



PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Investigación y políticas

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Investigación y políticas

Amparo Hernández Bello
Carmen Rico de Sotelo
EDITORAS

Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
Ottawa • Dakar • El Cairo • Montevideo • Nairobi • Nueva Delhi • Singapur





RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

© International Development Research Centre 2011

AUTORES

Dillon Alleyne, Wilma Bailey, Jasper Barnett, Ernesto Báscolo, Roberto Bazzani, Álvaro Cardona Saldarriaga, Oscar Cetrángolo, Ana Luiza d'Ávila Viana, Luciana Dias de Lima, Fernando Filgueira, Georgiana Gordon-Strachan, Marta Lucía Gutiérrez Bonilla, Aldrie Henry-Lee, Amparo Hernández Bello, Stanley Lalta, Fabíola Lana Iozzi, Eduardo Levcovitz, Luz Mery Mejía Ortega, Emmanuel Nieto López, Néstor Ponce, Carmen Rico de Sotelo, Oscar Rodríguez Salazar, Luiza Sterman Heimann, Martín Valdivia, Román Vega Romero, Mariana Vercesi de Albuquerque, Cristiani Vieira Machado, Natalia Yavich.

COMITÉ EDITORIAL

Roberto Bazzani, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC); Oscar Cetrángolo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); Fernando Filgueira, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Eduardo Levcovitz, Organización Panamericana de la Salud (OPS); Amparo Hernández Bello, Pontificia Universidad Javeriana; Oscar Rodríguez Salazar, Universidad Nacional de Colombia; Carmen Rico de Sotelo, Universidad de Québec en Montreal; Soledad Urrutia, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

COMITÉ EVALUADOR INTERNACIONAL

Françoise Barten, Jeannie Haggerty, Ronald Labonté, Lise Lamothe.

EDITORIAL PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Cra. 7, núm. 37-25, oficina 1301

Edificio Lutaima

Teléfono: 2870691 ext. 4752

www.javeriana.edu.co/editorial

Bogotá, D. C.

Primera edición: Bogotá, D.C., marzo de 2011

ISBN: 978-958-716-421-3

Número de ejemplares: 900

Impreso y hecho en Colombia

Printed and made in Colombia

POR LA TRADUCCIÓN DEL INGLÉS AL ESPAÑOL

Ángela Bayer, Magdalena Gutiérrez, Santiago Martínez

POR LA TRADUCCIÓN DEL PORTUGUÉS AL ESPAÑOL

Dominique Hill

CORRECCIÓN DE ESTILO

Angélica Olaya, Juan David González Betancur

DISEÑO DE PÁGINAS INTERIORES Y DIAGRAMACIÓN

Carolina Maya Gómez

DISEÑO Y MONTAJE DE CUBIERTA

Sebastián Santana Camargo

www.sebastiansantana.com

IMPRESIÓN

Javegraf

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO

PO Box 8500

Ottawa, ON, Canadá K1G 3H9

info@idrc.ca / www.idrc.ca

ISBN e-libro: 978-1-55250-509-0

Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas / editoras Amparo Hernández Bello y Carmen Rico de Sotelo. -- Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2011.

408 p. : ilustraciones, diagramas, gráficas y tablas ; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN e-book: 978-1-55250-509-0

ISBN: 978-958-716-421-3

1. POLÍTICA SOCIAL. 2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD. 3. SISTEMAS DE SALUD. 4. SALUD PÚBLICA. 5. POBLACIONES VULNERABLES. 6. DESIGUALDADES EN LA SALUD. 7. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD. 8. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. 9. SEGURIDAD SOCIAL. 10. INVESTIGACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SALUD. 11. AMÉRICA LATINA. 12. REGIÓN CARIBE. I. Hernández Bello, Amparo, Ed. II. Rico de Sotelo, Carmen, Ed. III. International Development Research Centre 2011.

CDD 368.4 ed. 21

Catalogación en la publicación - Pontificia Universidad Javeriana. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal, S.J.

ech. Diciembre 13 / 2010

Prohibida la reproducción total o parcial de este material, sin autorización por escrito de la Pontificia Universidad Javeriana.

ÍNDICE

Presentación	7
<i>Roberto Bazzani y Eduardo Levcovitz</i>	
Introducción. Nuevos horizontes para la producción de conocimiento y las políticas en protección social en salud	
<i>Roberto Bazzani, Eduardo Levcovitz, Amparo Hernández Bello, Oscar Rodríguez Salazar, Carmen Rico de Sotelo</i>	11
SECCIÓN I. DEBATES TEÓRICOS SOBRE PROTECCIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	
Programas de investigación y políticas públicas en los Sistemas de Protección Social	
<i>Oscar Rodríguez Salazar</i>	35
Pasado, presente y futuro del Estado Social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas	
<i>Fernando Filgueira</i>	69
Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto sobre la equidad	
<i>Oscar Cetrángolo</i>	105
SECCIÓN II. CASOS SOBRE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	
Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú	
<i>Martín Valdivia</i>	121
Gobernanza y gobernabilidad del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires	

Ernesto Báscolo, Natalia Yavich

159

Protección social en salud y desigualdad territorial: el contexto de la Amazonia legal brasileña*Ana Luiza d'Ávila Viana, Cristiani Vieira Machado, Luiza Sterman Heimann, Luciana Dias de Lima, Fabíola Lana Iozzi, Mariana Vercesi de Albuquerque*

187

Retos para una protección social integral: vulnerabilidad y exclusión de la población desplazada en Colombia*Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero, Marta Lucía Gutiérrez Bonilla*

235

Factores relacionados con el no aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes en la ciudad de Medellín, Colombia, 2007*Álvaro Cardona Saldarriaga, Emmanuel Nieto López, Luz Mery Mejía Ortega*

289

Evaluación de la introducción de tarifas al usuario por servicios preventivos en Jamaica: impacto sobre el nivel de salud y las estrategias adaptativas de los usuarios*Wilma Bailey, Georgiana Gordon-Strachan, Aldrie Henry Lee, Jasper Barnett, Stanley Lalta, Dillon Alleyne*

319

Vínculos entre la investigación y la toma de decisiones: análisis de las relaciones en el marco de cinco proyectos de investigación*Ernesto Báscolo, Natalia Yavich, Néstor Ponce, Wilma Bailey, Ana Luiza d'Ávila Viana, Álvaro Cardona Saldarriaga*

369

EDITORAS, AUTORES Y EVALUADORES

391

PRESENTACIÓN

Roberto Bazzani, IDRC Eduardo Levcovitz, OPS/OMS

Esta publicación constituye el resultado de un largo proceso de colaboración entre el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en materia de investigación en políticas y sistemas de salud en América Latina y el Caribe, que parte del mutuo reconocimiento de la importancia de fortalecer las capacidades institucionales de investigación en este campo, así como de la impostergable necesidad de generar nuevos modelos de interrelación entre la investigación y los procesos de toma de decisión.

Desde el año 2000, ambas organizaciones han subrayado el escaso desarrollo de la investigación en salud pública, en contraposición con la marcada hegemonía de la investigación biomédica y clínica. Dentro de la salud pública, y con vistas a contribuir en los procesos de cambio de los sistemas de salud, resulta esencial la generación de una masa crítica de mayor gravitación nacional e internacional en las agendas de investigación en políticas y sistemas de salud.

La colaboración estuvo inicialmente centrada en el análisis de los procesos de “reforma del sector salud” y, más recientemente, en forma específica, en las estrategias de extensión de la protección social en salud. Se reconoce la diversidad y dinámica de las transformaciones de los sistemas de salud que la región ha experimentado desde fines del siglo XX, así como la insuficiente generación de conocimientos sobre dichos procesos, tanto en relación con su fundamentación y diseño como en sus resultados. En una primera etapa, se partió de la revisión y análisis de la investigación sobre reforma del sector salud en América Latina y el Caribe producida en el período 1995-2000. Salvo excepciones, este análisis destaca la orientación predominantemente económica de las reformas en la región y su énfasis en la búsqueda de una mayor eficiencia del gasto público en salud, la pérdida del papel rector del Estado, la ausencia de aportes alternativos a los modelos prevalecientes de atención en salud y la baja prioridad de las agendas en la búsqueda de mayores niveles de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud.

A partir de estos resultados, debatidos en distintos ámbitos regionales, se concluyó que era necesario contribuir en la construcción de políticas sustentadas por el mejor conocimiento científico disponible, basadas en procesos democráticos con la activa participación de los distintos actores nacionales y orientada en forma prioritaria hacia el logro de la universalidad y la equidad en los sistemas de salud.

En este contexto, se desarrolla la iniciativa sobre extensión de la Protección Social en Salud (PSS), que fue conjuntamente apoyada por el Programa de Gobernanza, Equidad y Salud de IDRC y la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS/OMS en el período 2003-2008 y tuvo como objetivos: a) generar nuevos conocimientos para el desarrollo de estrategias de extensión de la PSS y b) promover la interacción entre investigadores y formuladores de políticas en esta área temática.

Esta iniciativa asume que los procesos de investigación deben estar basados en el involucramiento conjunto de actores del campo académico, político y de la sociedad civil, desde las etapas más precoces del proceso: la definición de la agenda y de las preguntas de investigación. Por tanto, se considera que la mejor forma de involucrar a los usuarios de la investigación es a través de la creación de mecanismos de participación e interacción a lo largo del diseño, la planificación, la ejecución y la diseminación de la investigación.

Con estos antecedentes, en el año 2003, se lanzó una convocatoria para el desarrollo de propuestas de investigación sobre estrategias de extensión de la protección social en salud, la cual tiene como concepción principal que la PSS no es una función asistencial sino un derecho exigible por los ciudadanos y de obligatoria garantía por parte del Estado. En esta convocatoria participaron, además de IDRC y la OPS, tres redes subregionales de investigación con importante presencia en la región: la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, la Red Nevalat para la Región Andina y Centro América y la Red del Caribe Anglófono para la investigación en Políticas y

Sistemas de Salud.

Como resultado de la convocatoria, se seleccionaron y apoyaron nueve procesos de interacción entre distintos actores que trabajaron en forma conjunta en la definición del problema objeto de estudio y en la formulación de un protocolo de investigación que respondiera al marco conceptual de la iniciativa. En función de la calidad y relevancia de las propuestas, así como de la profundidad de los procesos de interacción entre investigadores y tomadores de decisión, un comité de revisión internacional seleccionó cinco de los nueve estudios de caso, los cuales fueron apoyados técnica y financieramente para su desarrollo en el período 2005-2008.

La iniciativa representa un paso adelante en el camino hacia el fortalecimiento de la capacidad de investigación, planeación y formulación de políticas en el campo de la Protección Social en Salud (PSS) en la región. Este libro forma parte del proceso de divulgación de resultados y tiene como objeto contribuir al debate sobre la PSS en el marco de las reformas de la salud en América Latina y el Caribe.

La publicación está organizada en dos secciones. A partir de un capítulo introductorio “Nuevos horizontes para la producción de conocimiento y las políticas en protección social en salud”, que desarrolla en mayor profundidad el contexto, la orientación principal, los alcances y contenidos de las distintas secciones y capítulos del libro, en la primera sección, se presenta una discusión sobre los contextos y bases teóricas que han influido en los sistemas de protección social en salud de la región en las décadas recientes. Esta sección incluye las reflexiones desarrolladas por tres académicos de vasta experiencia y trayectoria en este campo, que conjugan distintas perspectivas de análisis con base en las ciencias sociales y la seguridad social, la economía y la salud.

La segunda sección presenta los resultados de los casos apoyados por la Iniciativa sobre Extensión de la Protección Social en Salud y agrega un proyecto complementario sobre las inequidades étnicas en Perú, el cual fue apoyado durante el mismo período por el programa de Gobernanza, Equidad y Salud del IDRC. Por último, se incluye un análisis de las interacciones entre investigadores y tomadores de decisión que tuvieron lugar en el marco de los cinco estudios de caso. Todos los artículos fueron sujetos a un proceso de revisión de pares por un equipo internacional de reconocida trayectoria en el campo de la investigación en políticas y sistemas de salud.

Confiamos en que el debate propuesto en esta publicación, así como los aportes de las experiencias de los estudios de caso, contribuyan a enriquecer la reflexión sobre los desafíos de la investigación y las políticas de salud en la región, en la búsqueda de mayores niveles de equidad en salud, el logro efectivo de la universalidad por parte de los sistemas de atención de la salud y la garantía del derecho a la salud. En nombre del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), agradecemos a las distintas personas e instituciones que contribuyeron durante el transcurso de la iniciativa regional, y en la elaboración de esta publicación:

A los investigadores principales, autores de los casos y de las reflexiones sobre la interacción entre la investigación y la política, Wilma Bailey, Ernesto Báscolo, Álvaro Cardona, Amparo Hernández, Martín Valdivia, Ana Luiza Viana, Natalia Yavich y a sus equipos de investigación.

A Oscar Cetrángolo, Fernando Filgueira y Oscar Rodríguez Salazar por sus aportes en la ampliación del marco teórico y conceptual sobre la protección social.

A los evaluadores internacionales Françoise Barten, Jeannie Haggerty, Ronald Labonté y Lise Lamothe, quienes con sus comentarios y observaciones contribuyeron a garantizar la calidad de los materiales.

A Patricia Pittman, Celia Almeida, Gabriel Carrasquilla y Elsie LeFranc, asesores internacionales y representantes de las redes de investigación quienes contribuyeron con la iniciativa regional desde sus inicios.

Al Programa de Gobernanza, Equidad y Salud de IDRC y a la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS/OMS, en especial a Soledad Urrutia.

Finalmente, a los miembros del comité editorial y, en particular, a Amparo Hernández Bello y Carmen Rico de Sotelo, por su invaluable contribución y trabajo como editoras principales.

INTRODUCCIÓN NUEVOS HORIZONTES PARA LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y LAS POLÍTICAS EN PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Roberto Bazzani, Eduardo Levcovitz, Amparo Hernández Bello, Oscar Rodríguez Salazar, Carmen Rico de Sotelo

Desde fines del siglo XX y hasta comienzos del presente, se han promovido e implementado múltiples procesos de cambio en los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe, denominados en la literatura especializada como “reforma del sector salud”, en el contexto de la revisión de las políticas sociales y de los planteamientos alentados principalmente por la banca multilateral, que han tenido un marcado impacto sobre las orientaciones regionales en materia del derecho a la salud y la protección social.

Si bien el ritmo y la profundidad de esas reformas han dependido del contexto histórico de cada país y tenido grandes variaciones, casi todas se han centrado en la revisión de las funciones del Estado como prestador de servicios públicos y como articulador y regulador de las políticas sociales, el cual ha sido cuestionado en sus capacidades y funciones rectoras. No obstante, los tiempos presentes marcan una mayor

diversidad de decisiones sobre lo social, muchas de las cuales han tomado notorias distancias con respecto a las políticas hegemónicas que fueron instaladas en la mayor parte de los países en las décadas anteriores. En la actualidad, se destacan esfuerzos significativos orientados al rescate del papel rector del Estado en las políticas públicas de salud y en la promoción de nuevos espacios de ciudadanía en salud. El debate sobre los sistemas de protección social en la región ha estado fuertemente influido por estos procesos, lo que ha determinado distintos abordajes teóricos, políticos y prácticos, en particular, en el campo de la protección social en salud.

Un aspecto crítico de las “reformas sectoriales” ha sido su escasa sustentación en el conocimiento científico. Si bien se ha reconocido a la investigación en políticas y sistemas de salud como un campo prioritario en las agendas de investigación nacional de muchos países, este presenta aún notorias debilidades, y existe acuerdo sobre la necesidad de fortalecerla (Almeida, Bazzani y Pittman, 2001). A ello ha buscado contribuir la estrategia de cooperación desarrollada conjuntamente por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde el año 2000, en cuyo marco se formuló, posteriormente, en el 2003, la iniciativa tendiente a la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe, que buscaba el fortalecimiento de “las bases científicas y la inteligencia sanitaria para la construcción de una visión renovadora de las políticas de salud que asigne una importancia central a la superación de las condiciones predominantes de exclusión e inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud” (Bazzani, et al. 2006, p. S109).

El punto de partida fue el reconocimiento de la necesidad de replantear la protección social para enfrentar los bajos resultados en acceso universal, atención equitativa, salud pública y participación social de los sistemas de salud, consecuencia del enfoque predominantemente económico de las reformas emprendidas desde la década de los años noventa y de su énfasis en aspectos de eficiencia en detrimento de la equidad y la calidad.

Los resultados de la experiencia de esta iniciativa refuerzan las evidencias sobre las limitaciones de la orientación principal de las reformas para superar las inequidades y la importancia de replantear la forma de intervención en lo social y, en forma más específica, de desarrollar sistemas de protección social, universales y ciudadanos, que permitan por fin hacer de la garantía del derecho a la salud una realidad. Sobre estos pilares se construye este libro titulado *Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*.

Este capítulo introductorio presenta someramente algunos de los principales enfoques sobre salud y protección social que han inspirado el diseño de políticas públicas en el continente e introduce algunas de las iniciativas desarrolladas en los últimos tiempos que han tenido como objeto mejorar la capacidad de la investigación para influir en la toma de decisiones. Ello sirve de contexto para comprender las contribuciones que los capítulos de reflexión teórica y de análisis de casos hacen al debate regional sobre protección social en salud.

ENFOQUES SOBRE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Una forma de responder de forma integral desde las políticas públicas a los retos de los pobres y excluidos han sido los sistemas de protección social propios de los Estados de Bienestar (Lautier, 2006).

De acuerdo con d’Avila Viana y Levcovitz (2005), se conocen tres modalidades básicas de acción de la protección social que pueden ser puras o mixtas en cada sociedad de acuerdo con el mayor o menor grado de intervención pública, de a quién se protege, cuánta protección y cómo se ofrece: la asistencia social, el seguro social y la seguridad social. La asistencia social de prestaciones básicas y financiamiento fiscal, tiene cobertura marginal con bienes y servicios dirigidos a capas específicas de la población mediante acciones focalizadas, residuales y selectivas; el seguro social tiene cobertura ocupacional y financiamiento contributivo; y la seguridad social cobertura universal de servicios, beneficios y acciones y financiamiento fiscal.

Esta última protección social de vocación integral y universalista, predominante en la experiencia de los Estados de Bienestar, aunque tuvo un escaso desarrollo en América Latina, desde comienzos del siglo XXI, ha sido puesta de nuevo en el debate y transformada como consecuencia de los resultados que sobre la pobreza tuvieron las políticas de ajuste, el incremento de la volatilidad en la economía internacional, el cambio en las políticas macroeconómicas y de flexibilización laboral y las mutaciones en el discurso teórico (Hernández, et al. 2008). Hoy es posible distinguir dos enfoques generales: uno con mayor énfasis en el mercado, la focalización de subsidios y el manejo de riesgos individuales, y otro orientado a garantizar derechos sociales universales que descansa en una mayor intervención estatal. En el debate entre estas tendencias, descansan muchos de los planteamientos sobre protección social con mayor eco en la región.

Entre estos, cabe resaltar la propuesta de una “Nueva Protección Social” desarrollada por el Banco Mundial en el marco de la renovación de sus recomendaciones de política social (Holzmann y Jorgensen, 2000), que fundamenta sus orientaciones para el combate a la pobreza en el Manejo Social del Riesgo (MSR). Fuertemente arraigado en el mercado, el MSR se promueve como una salida a las formas tradicionales de protección del Estado benefactor, pero no ha resuelto e, incluso en muchos casos, ha incrementado la carga de exclusión, fragmentación e inequidad de los sistemas de salud (Hernández, et al. 2008).

Su objetivo es intervenir sobre los riesgos naturales y sociales que generan y profundizan la pobreza y la vulnerabilidad y está orientado a asistir a los pobres en condición crítica (mediante estrategias de prevención, superación o mitigación) para superar los riesgos que les impiden insertarse en la vida productiva, procurarse bienestar y salir de la pobreza, haciendo de la protección social un complemento del mercado en materia de bienestar.

Otro enfoque es el de CEPAL (2007), que propone avanzar hacia un “pacto de cohesión social” en la región tendiente a reducir las brechas y crear un sentido de pertenencia de los individuos en la sociedad, abogando por una transformación de las estructuras productivas, de formación en “capital humano” y de inclusión a través de políticas de ampliación de oportunidades productivas (empleo estable), fomento de la educación (oportunidades de educación, de permanencia y calidad), mejora del acceso a oportunidades de bienestar y extensión de

sistemas de protección social que promuevan la cohesión social.

En materia de salud y sistemas de salud (CEPAL, 2006), se considera necesario revisar las agendas de reforma para avanzar en la consolidación de modelos solidarios y de cotización obligatoria no relacionados con el contrato laboral, dada la real flexibilidad e inestabilidad del mundo del trabajo, a la vez que atender al crecimiento de los costos y a la eficiencia en la asignación que permita hacer buen uso de los recursos escasos para atender las crecientes necesidades que se desprenden de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos que vive la región.

La CEPAL reconoce que lograr mejoras sustanciales en la salud de la población implica intervenciones de política que superan al sector salud incluidas las de vivienda, seguridad alimentaria, infraestructura, agua potable y saneamiento, entre otras; pero que también se requiere de transformaciones en la organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud, para las que sugiere un conjunto de medidas que incluyen la integración del financiamiento público y de la seguridad social, la separación de funciones entre financiamiento y prestación, la universalización de un conjunto de prestaciones prioritarias, de ampliación progresiva en función de las posibilidades de recursos en cada país y la expansión de modelos de atención que, como la atención primaria, posibiliten el acceso y la expansión de la cobertura.

También hacen parte de este debate las propuestas centrales para la generación de empleo y de trabajo decente, seguro y en condiciones de igualdad de la Organización Internacional del Trabajo OIT (2007a), que propone la extensión de la protección social con base en la mejor utilización de los mecanismos de financiación existentes, la clara definición de un paquete de prestaciones sanitarias y económicas y un sistema de gobernanza que apoye el papel del Estado y garantice la participación de los distintos actores sociales (incluidos proveedores, aseguradores y usuarios) en el funcionamiento del sistema.

El fin último es “lograr la cobertura universal de la protección social en salud definida como el acceso efectivo a una asistencia médica accesible de calidad adecuada y la protección financiera en caso de enfermedad” (OIT, 2007, p. 15). La agenda en materia de financiamiento se basa en cuatro fórmulas aplicables en forma pura o combinada según las circunstancias nacionales y las posibilidades de financiamiento: extensión de la seguridad social obligatoria, sistemas universales financiados con recursos fiscales, microseguros y prestaciones contributivas solidarias y financiadas por el Estado.

A diferencia de los enfoques que ven la protección social como una estrategia de asistencia a los pobres que les permita superar los riesgos económicos que impiden su participación en el mercado, o de aquellos que la entienden solo como un aporte al capital humano que produce beneficios económicos, el enfoque de la OIT para la protección social de la salud se fundamenta en los derechos humanos a la salud y a la seguridad social y su relación con los derechos al trabajo.

La OPS ha sido pionera en impulsar una propuesta que se apoya también en la extensión de la protección social en salud combinada con el desarrollo de políticas públicas saludables como base para superar la exclusión y reducir o eliminar las inequidades sanitarias y desarrollar la acción intersectorial por la salud. La extensión de la protección social en salud busca garantizar protección social universal en salud (OIT-OPS, 1999), entendiendo la PSS como “la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo” (OPS, 2003, p. XIII).

Así definida, la PSS no es una función asistencial sino un derecho exigible por los ciudadanos y de obligatoria garantía por parte del Estado, la cual debe cumplir tres condiciones: i) garantizar el acceso a los servicios eliminando las barreras económicas, sociales, geográficas, culturales y de la estructura del sistema de salud y las relacionadas con la clase social, género y etnia; ii) garantizar la solidaridad en el financiamiento y la seguridad financiera de los hogares y iii) asegurar la atención con dignidad y el respeto por la diversidad, calidad y calidez. La ausencia de una o más de estas dimensiones determina alguna forma de exclusión en salud (ES), entendida 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” (OPS/OMS, 2002, p. 10).

La exclusión en salud abarca tanto la falta de recursos y oportunidades, como la falta de pertenencia producto de la ruptura de los lazos que permiten a los individuos formar parte de una sociedad. Aunque la noción reconoce que el fenómeno trasciende las fronteras del sector salud, la organización de los sistemas de salud no es neutral frente a la exclusión y, por ello, se proponen intervenciones públicas en rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios, articuladas a estrategias multi e intersectoriales de ampliación de la protección social tendientes a garantizar a los no protegidos su inclusión en el sistema (OPS, 2003; Levcovitz y Acuña, 2003; OPS, 2002).

Más recientemente, en su informe final, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, creada en 2005 con el fin de recopilar y generar conocimiento sobre medidas e intervenciones para apoyar la formulación de políticas que permitan influir sobre los determinantes sociales y mejorar la equidad sanitaria, a la vez que demanda prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, resalta el papel que la extensión de la protección social tiene en el logro de la equidad sanitaria. Igualmente, señala que la protección social se refiere tanto a las prestaciones sanitarias como a las prestaciones económicas que sean suficientes para garantizar condiciones de bienestar a lo largo de la vida y permitan mejorar la salud, la cohesión social y la inclusión social. Y, al igual que la OIT y la OPS, promueve sistemas de financiamiento fiscal allí donde la seguridad social es precaria y existan limitaciones para extender la relación salarial y aboga por extender la protección social a los excluidos.

LA INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y POLÍTICAS DE SALUD

A nivel mundial es creciente la preocupación por la producción de conocimientos de mayor relevancia, que tengan como propósito principal la incidencia en los procesos de cambio de las políticas de salud. En América Latina y el Caribe, resulta crucial que la investigación

contribuya a dar respuestas encaminadas a la superación de las condiciones de inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud.

Para responder a estos desafíos, IDRC ha creado el programa de Gobernanza, Equidad y Salud (GEH), el cual apoya investigación aplicada que “fortalezca la capacidad de los gobiernos de asegurar la prestación y el financiamiento de servicios de salud y de salud pública equitativos, especialmente para las poblaciones marginadas y sin acceso a los servicios” (IDRC, 2010). Se parte de la base de la importancia de contribuir a fortalecer la masa crítica de instituciones e investigadores latinoamericanos en temas que vinculen gobernanza y equidad en salud colectiva (Bazzani, 2010), entendida la gobernanza como “los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (formales e informales) con las que una sociedad toma e implementa sus decisiones y determina sus conductas” (Plumptre y Graham, 1999).

En tal sentido, se entiende que no alcanza con ampliar la base de sustentación técnica basada en los resultados de la investigación para influir en los procesos políticos de equidad en salud y combate a la exclusión. Además de la relevancia y excelencia académica, es fundamental lograr una mejor comprensión de los procesos de gobernanza vinculados al desarrollo e implementación de las políticas, un aspecto en el que este programa hace énfasis.

En este marco, y acogiendo los desarrollos teóricos de la OPS en el campo de las políticas y sistemas de salud, en 2003, IDRC y OPS formularon la convocatoria de investigación “Extensión de la protección social en salud—EPSS—en América Latina y el Caribe” (Bazzani, et al. 2006), que tuvo como objetivos principales generar nuevos conocimientos para el desarrollo de estrategias en protección social de la salud y promover la articulación entre las comunidades de investigadores y tomadores de decisiones, tanto en la definición de líneas de investigación como en el uso de las evidencias para la toma de decisiones, como mecanismo para superar la baja capacidad de la investigación para incidir en las agendas políticas nacionales y locales.

Esta convocatoria abordó la extensión de la protección social en salud a partir del análisis e intervención sobre las dimensiones de acceso, dignidad de la atención, seguridad financiera y participación, a la luz de las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de los sistemas de salud. Entre sus principales líneas orientadoras, incluyó preguntas para identificar en qué medida la PSS constituye una preocupación central en la agenda política, qué alternativas existen para financiar la extensión de cobertura de grupos excluidos, qué tipo de acuerdos entre fuentes de financiamiento pueden establecerse para responder a las necesidades de toda la población, en qué condiciones se prestan los servicios y cuál es su adecuación cultural y técnica y cómo establecer coordinación entre prestadores de distintos sectores para garantizar la atención de toda la población (OPS/OMS-IDRC, 2003) e incluyó una perspectiva de análisis de gobernanza.

La iniciativa de EPSS estuvo organizada en dos fases. La fase I, en 2003, denominada “Apoyo para la planificación de investigaciones sobre estrategias para extender la protección social en salud”, estuvo dirigida a apoyar procesos de recolección de información, estudios de líneas de base, proyectos piloto o análisis de problemas con miras a la elaboración de un proyecto de investigación. Se seleccionaron nueve iniciativas que, una vez concluidas en 2004, se presentaron a la segunda fase para su financiamiento. En la fase II, cinco de las nueve fueron apoyadas y su ejecución se desarrolló entre 2004 y 2008. En ambas fases, cada estudio estuvo compuesto desde su inicio por pares de actores académicos y decisores que interactuaron durante todo el proceso de los proyectos.

De la iniciativa, se destaca el carácter innovador del financiamiento de la investigación, al conjugar tres elementos claves: convocar a equipos de investigación compuestos por alianzas entre investigadores y tomadores de decisiones como estrategia para favorecer el uso de la investigación en la política y la mayor participación de los decisores en el proceso de diseño, ejecución y evaluación de la investigación (Bazzani, et al. 2006); fortalecer la capacidad de planificación y formulación de políticas de protección social en salud y prestar atención a las condiciones de gobernanza de las políticas para asegurar el financiamiento y prestación equitativa de los servicios de salud.

Los alcances de los proyectos financiados en el marco de los mencionados programa y convocatoria, se presentan en la sección siguiente.

CONTRIBUCIONES AL DEBATE SOBRE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El proceso de globalización financiera, las sucesivas crisis de las economías regionales y el enfoque predominante de lo social centrado en la focalización, los subsidios a la demanda, la descentralización y la privatización que han dominado el escenario regional en las últimas décadas han conducido a incrementar la vulnerabilidad social y la pobreza —y con ellas el deterioro en las condiciones de salud y acceso a servicios de la población— y han puesto de nuevo en la agenda la forma como los estados deben brindar protección social a su población.

Esta publicación acoge este debate y hace una contribución a la crítica y prospectiva sobre las orientaciones que subyacen a las reformas sectoriales y políticas de protección social en salud de los últimos tiempos. Se apoya en desarrollos conceptuales alternativos sobre la cuestión social y los que surgen del análisis de distintas experiencias nacionales. Para ello, los trabajos que componen este libro están organizados en dos grandes secciones. La sección “Debates teóricos sobre protección social y protección social en salud” recoge las reflexiones de tres reconocidos investigadores que tienen el rasgo común de distanciarse de los desarrollos teóricos convencionales elaborados para analizar los sistemas de protección social y de discutir el limitado alcance sobre la equidad social de las políticas que han prevalecido en la región en las últimas décadas.

En la segunda sección, “Casos sobre protección social en salud en América Latina y el Caribe”, se presentan los resultados de seis investigaciones realizadas en distintos países de la región: cinco de ellas (Argentina, Brasil, Bogotá, Medellín y Jamaica) en el marco de la convocatoria realizada por la iniciativa sobre extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe ya mencionada y un proyecto de Perú apoyado por el programa Gobernanza, Equidad y Salud de IDRC. Los seis capítulos analizan distintas dimensiones de las

políticas públicas de protección social en salud en un conjunto diverso de escenarios regionales y locales. Cada proyecto centra su atención sobre un grupo excluido, las causas de la exclusión y su relación con la equidad y las políticas de salud de carácter nacional, provincial, regional o local, con el objetivo de proponer estrategias de extensión de la protección social para superar la inequidad y la exclusión en salud. El primer capítulo, “Programas de investigación y políticas públicas en los sistemas de protección social”, preparado por Oscar Rodríguez Salazar, centra su atención en el análisis de los enfoques de investigación, que en opinión del autor, han inspirado el diseño de las políticas públicas: el liderado por el Banco Mundial y construido sobre el individualismo metodológico en su versión neoinstitucionalista conocida bajo el nombre de Manejo Social del Riesgo (MSR) y el holindividualista, del estructuralismo abierto, heredero de la experiencia de los Estados de Bienestar europeos.

De la propuesta del Banco Mundial, se critica el carácter individualista de los Sistemas de Protección Social (SPS), en tanto se hace recaer en el ciudadano la responsabilidad de estar protegido, trastoca los derechos de ciudadanía en favores generando prácticas clientelistas y porque sustenta teóricamente políticas macroeconómicas generadoras de pobreza. Para Rodríguez, los programas sociales basados en el MSR tienen como componentes comunes la renuncia a la universalización, los subsidios a la demanda, la descentralización y una protección social brindada desde el mercado, lo que repercute en fragmentación social y debilitamiento de la cohesión social. El autor sostiene que hace parte de una “cultura neoliberal” en tanto extiende la racionalidad mercantil a todas las esferas de la existencia humana, al construir un conjunto de discursos y dispositivos que determinan un modo de gobierno y una norma de vida según el principio universal de la competencia.

A esta visión, Rodríguez opone otro programa de investigación que entiende el sistema de protección social como un escenario de mediación entre los distintos órdenes que operan en la sociedad: político (acumulación de poder), económico (regido por la lógica de acumulación de capital) y doméstico (reproducción del recurso humano, fundamento de la acumulación tanto económica como política). En esta visión, el SPS es producto de un compromiso político, agenciado por el Estado, y fundamenta políticas con vocación universalista, de las que son ejemplo la de renta ciudadana o de ingreso de ciudadanía y la del Estado como empleador de última instancia.

Estos dos programas de investigación, concluye, inspiran diferentes políticas públicas, pero la manera como se plasman y se formalizan depende de la trayectoria histórica que en materia de protección social ha tenido cada país y de la economía política que acompaña la expedición de las leyes que transforman los respectivos sistemas.

Por su parte, en el trabajo de Fernando Filgueira titulado “Pasado, presente y futuro del Estado Social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas”, se examina el orden político en algunos países de América Latina, explorando la relación entre política, democracia y los orígenes del Estado de Bienestar. Se abordan los efectos sobre los sistemas de protección social del cambio del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) al régimen de acumulación caracterizado por la CEPAL como de dominación financiera. El modelaje se construye a partir del análisis de tres aspectos de la cuestión social: la educación, la seguridad social y la atención de salud. En ellos, se estudian las variables de gasto, cobertura, estratificación y calidad de los servicios sociales.

Filgueira contrasta el modelo de protección social de los Estados de Bienestar europeos –de carácter universalista y construido a partir del ejercicio de los derechos sociales– con el implantado en América Latina. Para ello, establece una tipología a partir del path-dependent de tipo estructural, que revela las trayectorias del desarrollo de algunos países de la región y establece tres grupos de acuerdo con el esfuerzo que en política social hicieron en los años setenta: los de Universalismo Estratificado representado por Argentina, Chile y Uruguay; los Estados Sociales Duales cuyos casos representativos son Brasil y México, y los Estados Sociales Excluyentes como El Salvador, Honduras, Bolivia, Ecuador y Guatemala.

En su análisis, no solo se ocupa de las instituciones económicas, sino que también toma en cuenta la historia en la que está inmersa la construcción del Estado, sus formas particulares en cada territorio, las modalidades de los regímenes políticos, los actores que administran tales modelos, así como las características organizacionales y políticas asumidas por los sectores no elitistas como la clase media, la clase obrera formal, los trabajadores informales urbanos y los trabajadores rurales con pequeñas propiedades. A su vez, destaca, en la economía política de las reformas, la presión externa de la banca multilateral y de los organismos de regulación macroeconómica internacional, que, en lo social, estimularon una agenda orientada por la focalización, subsidios a la demanda, descentralización y alta participación del capital privado en el suministro de servicios y en el aseguramiento social. Concluye afirmando que, si bien en el continente se impuso la gobernabilidad fiscal, el gasto social se incrementó en la mayoría de los países.

Cerrando esta primera sección, el capítulo de Oscar Cetrángolo, “Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto sobre la equidad”, además de analizar la fragmentación del sector salud en Argentina, desarrolla un interesante debate acerca de la relación entre las formas de financiación de la protección social en salud y su impacto sobre la equidad en los países de la región.

Al explorar las formas de financiación de los sistemas de protección social en salud en América Latina, encuentra que predominan los sistemas híbridos, basados en tres fuentes de financiamiento: la financiación vía impuesto, los aportes (obrero-patronales) a la seguridad social en el sector formal del mercado de trabajo y el gasto de bolsillo (en pagos de seguros privados por parte de la población con altos ingresos o, en general, para cubrir el déficit de atención). La combinación de estas tres fuentes de ingresos crea efectos negativos tanto sobre el financiamiento como sobre la prestación de los servicios, promoviéndose la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, situación que al final fortalece una modalidad regresiva de protección que discrimina por grupos sociales. A diferencia de los que acontece en Europa, en donde se ha venido disminuyendo el financiamiento privado, en América Latina, el incremento de la participación de los gastos de bolsillo profundiza la inequidad.

Cetrángolo pone de manifiesto la existencia de una estrecha relación entre el tamaño del sector público y la provisión de los servicios, así

como entre la cobertura alcanzada y la redistribución implícita de los ingresos. En general, se comprueba que los países con mayores gastos de bolsillo para acceder al sistema tienden a ser más inequitativos. Por ello, y considerando las limitaciones de cobertura del régimen contributivo, afirma que la búsqueda de una mayor equidad en la financiación pasa por reconocer la necesidad de disminuir los gastos de bolsillo y por garantizar a través del presupuesto nacional la satisfacción de las demandas de la población en materia de protección social. También, recomienda que se ponga una mayor atención a la organización federal de los sistemas de salud pública en aquellos países donde priman los sistemas descentralizados, definiendo claramente las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno y sistemas de transferencias entre niveles que aseguren el financiamiento adecuado de las diferentes funciones.

El caso de Perú, “Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú”, escrito por Martín Valdivia, es el resultado de un proyecto desarrollado por la Alianza para la Equidad en Salud (AES) en el período 2005-2009 y apoyado por el programa de GEH-IDRC, el cual, si bien no fue parte de la iniciativa sobre EPSS, fue invitado a participar de esta publicación en virtud de la relevancia de los factores étnicos para la investigación y las políticas de protección social en salud.

En el texto, se afirma que, a pesar de la evidente situación de exclusión social de la mayor parte de las poblaciones indígenas de América Latina y el Caribe, cuya marginación sistemática perdura desde los tiempos de La Colonia, el conocimiento científico disponible sobre la etnicidad como determinante de inequidad en salud es notoriamente escaso. La mayor parte de la literatura científica hace énfasis en otros determinantes sociales de la salud, pero la variable etnia como determinante de las desigualdades sociales no ha recibido suficiente atención, aspecto que en el Perú resulta de especial importancia, en particular por el progresivo interés de los movimientos sociales que, como la Comisión de la Verdad y Reconciliación, han planteado el tema de los derechos de las etnias originarias.

Mientras que la literatura ha vinculado casi exclusivamente el papel de los factores étnicos como determinantes de inequidad en contextos rurales, este capítulo llama la atención sobre la forma como el factor étnico afecta el proceso de asimilación de los migrantes a las ciudades, en particular en relación con el acceso y uso equitativo de los servicios de salud. En el contexto de la creciente urbanización de la sociedad peruana, esta temática adquiere una relevancia aún mayor. Valdivia presenta los resultados del análisis de los factores étnicoraciales como determinantes de la inequidad en salud materno-infantil y discute las implicaciones de política, enmarcándolas dentro de la agenda actual de reforma del sector salud y de la política de protección social en general.

En el capítulo sobre el caso argentino, “Gobernanza y gobernabilidad del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires”, Ernesto Báscolo y Natalia Yavich analizan el proceso de implementación de la fase materno-infantil del Seguro Público de Salud y su relación con los cambios en la cobertura y equidad de la población urbana, compuesta mayoritariamente por sectores en condición de pobreza y marginalidad. Los autores señalan como principal causa de la exclusión las barreras de acceso geográficas y organizacionales vinculadas a la debilidad del rol de rectoría del Estado provincial, que resulta de los rasgos institucionales y los mecanismos de organización de los servicios de salud, los cuales afectan la integralidad y continuidad de la atención.

Con el propósito de aumentar la equidad en salud mediante mecanismos de asignación de recursos que privilegien a los grupos más necesitados, y la introducción de estrategias de reforma del modelo de atención orientadas a mejorar los servicios de salud, concentran su atención en el análisis de gobernanza (identificación de interfases sociales) del proceso de implementación del seguro público y en su papel condicionante como estrategia de reforma del sistema de salud.

El capítulo sobre Brasil, escrito por Ana Luiza Viana, Cristiani Vieira, Luiza Sterman, Luciana Dias, Fabíola Lana Iozzi y Mariana Vercesi y titulado “Protección social en salud y desigualdad territorial: el contexto de la Amazonia legal brasileña”, muestra los problemas de un proceso de municipalización “puro” y el papel de los aspectos territoriales –de la descentralización y la regionalización– en la generación de condiciones de inequidad en salud, aún en sistemas de orientación universal y ciudadana.

Adentrándose en un importante debate teórico sobre el territorio y su materialización en la experiencia de la Amazonia Legal, el capítulo discute los límites de un enfoque de protección social reducido a la intervención sobre las barreras económicas y resalta la importancia de rescatar el papel del nivel central y superar las fronteras administrativas que definen los territorios para garantizar la equidad en el acceso y en el financiamiento del Sistema Único de Salud.

Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero y Marta Lucía Gutiérrez Bonilla, por su parte, en el capítulo sobre los “Retos para una protección social integral: vulnerabilidad y exclusión de la población desplazada en Colombia”, con un enfoque de investigación acción participativa, analizan los efectos del desplazamiento forzado por la violencia sobre los resultados en salud y acceso a servicios de la población que vive en Bogotá, principal municipio receptor de los migrantes forzados internos. Concluyen que el desplazamiento acentúa la exclusión y profundiza las desigualdades en las condiciones de vida de las víctimas, situación que se agrava por el enfoque focalizado y asistencialista predominante de la política y las características del sistema de protección social basado en el aseguramiento, que hacen imposible garantizar la universalidad del acceso y una perspectiva integral de garantía de derechos, con lo que “se desconoce la necesidad de una acción compensatoria frente a los daños producidos por el desarraigo, la prevención de los efectos de sus riesgos asociados y el combate a los factores estructurales ligados a la situación de pobreza y violencia en que la población se encontraba o ha caído como consecuencia” del desplazamiento.

Los autores abogan por una protección social integral y universalista y por enfoques específicos y diferenciales para situaciones particulares y extremas, orientaciones principales que subyacen al ejercicio participativo de construcción de la política pública de salud (sectorial e intersectorial) para los desplazados en la ciudad, de la que dan cuenta ampliamente en su texto.

La segunda experiencia colombiana se describe en el capítulo denominado “Factores relacionados con el no aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes en la ciudad de Medellín, Colombia, 2007”, escrito por Álvaro Cardona, Emmanuel Nieto y Luz Mery Mejía. En este, se afirma el carácter excluyente del modelo de aseguramiento en salud en Colombia basado en contribuciones y dependiente del

comportamiento del mercado laboral. También, se identifican las barreras económicas al acceso como el principal mecanismo de exclusión de la población desempleada de Medellín y de su grupo familiar. Gran parte de la población cesante “queda excluida del aseguramiento en salud y de su consecuente acceso a servicios de salud, porque no tiene recursos suficientes para mantener su continuidad en el régimen contributivo, ni hace parte de los estratos socio-económicos más bajos que les habilite para tener derecho a afiliarse en el régimen subsidiado (de subsidios públicos a la demanda)” y limita su acceso a servicios en caso de enfermedad.

Cardona, Nieto y Mejía discuten las limitaciones de los modelos que identifican la protección social con el aseguramiento y no con la garantía de acceso, particularmente en naciones en las que se verifica una sostenida reducción del grado de salarización y los niveles de informalidad del empleo y el subempleo son crecientes. Como medida compensatoria en el corto plazo, y sin detrimento de cambios estructurales necesarios en la orientación del sistema colombiano de seguridad social en salud, plantean una “alternativa piloto de intervención pública”, orientada a la creación de un fondo financiero de recursos públicos y privados para garantizar la continuidad del aseguramiento contributivo de los trabajadores que pierden el empleo y de sus familias. Aunque la iniciativa sigue discutiéndose con el gobierno regional y local, los autores señalan como un efecto importante el haber puesto este problema en la agenda política de la ciudad. El capítulo referido a “Una evaluación de la introducción de tarifas al usuario por servicios preventivos en Jamaica: impacto sobre el nivel de salud y estrategias adaptativas de los usuarios”, de los investigadores Wilma Bailey, Georgiana Gordon-Strachan, Aldrie Henry-Lee, Jasper Barnett, Stanley Lalta y Dillon Alleyne, se ocupa de los efectos de los copagos sobre la seguridad financiera y la exclusión de la población más pobre y vulnerable: ancianos, niños y mujeres embarazadas.

La investigación encontró que los copagos no desestimulaban el acceso a los servicios preventivos primarios (planificación familiar y vacunaciones), sino fundamentalmente el acceso a la atención preventiva secundaria de pacientes crónicamente enfermos, ancianos y residentes de zonas rurales, en los que la baja disponibilidad de los medicamentos y su costo, además de los costos de transporte, constitúan las principales barreras.

En sus reflexiones, los autores muestran cómo esta experiencia refleja la discusión sobre el financiamiento de los sistemas de salud y la creciente incorporación de copagos como mecanismos de financiamiento, aún para servicios preventivos, siguiendo las recomendaciones y condicionalidades de la banca multilateral. Además, afirman la importancia de producir evidencias para la toma de decisiones. Para el caso, los resultados y recomendaciones del proyecto fueron puestos en la agenda política en medio de un proceso electoral que a la postre significó la remoción de las tarifas por servicios preventivos para toda la población.

Cierra este libro el capítulo dedicado a mostrar la relación entre investigación y políticas en protección social en salud en la región. Titulado “Vínculos entre investigación y toma de decisiones en cinco proyectos sobre extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe”, este capítulo fue escrito por investigadores de los cinco proyectos financiados en el marco de la convocatoria OPS-IDRC. En este, se analiza el proceso de interacción entre la investigación y la toma de decisiones, como contribución a la reflexión sobre el uso de la investigación para apoyar la formulación y el desarrollo de políticas de salud en América Latina y el Caribe.

En un marco en que la producción de conocimiento tiene un papel secundario o marginal en la toma de decisiones, y el cambio de los sistemas de salud requiere vincular la producción de conocimiento a la formulación y puesta en marcha de las políticas, los autores hacen énfasis en mostrar las ventajas, limitaciones y desafíos de la articulación entre investigadores y decisores, con vistas a mejorar el uso de los resultados de investigación para la toma de decisiones en salud.

A partir de una revisión de la literatura y discusión de los principales modelos conceptuales sobre interacción entre investigación y toma de decisiones, los autores caracterizan cada uno de los proyectos y analizan las relaciones entre investigadores y decisores, los mecanismos y estrategias para el fortalecimiento y mantenimiento de la relación entre las dos comunidades, los resultados de la interfaz en los objetivos y hallazgos de la investigación, así como sus efectos sobre la toma de decisiones. Concluyen afirmando que el mecanismo de financiamiento de la convocatoria que impulsó como elemento innovador la participación de los decisores en el proceso de investigación, “imprimió a los estudios una riqueza y complejidad adicionales a las formas tradicionales de investigación” y que no basta con el diseño de soluciones técnicas para implementar políticas efectivas que logren disminuir la inequidad en salud. Se requiere de interacción con actores políticos con capacidad de influir en el éxito de tales políticas.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

De manera general, las experiencias de los estudios de caso muestran que la exclusión está fuertemente ligada con la pobreza y la marginalidad y se profundiza en intersección con otras formas de exclusión cultural, social y política como ser migrante forzoso, desempleado, pertenecer a un grupo étnico minoritario, ser residente de una región geográfica en desventaja o pertenecer a un grupo particularmente vulnerable a la falta de acceso a servicios de salud y otros servicios sociales como los ancianos, las mujeres y los niños.

En materia de exclusión en salud, se juxtaponen las distintas formas de estratificación y discriminación social con factores propios de las características de los sistemas de salud, tales como el déficit de oferta de servicios; las barreras organizacionales y económicas al acceso, producto de la fragmentación y segmentación de los servicios; las barreras geográficas derivadas de los procesos de descentralización; las limitaciones en la cobertura; la ineficiencia en la asignación de recursos al interior de la red de prestación de servicios y la inadecuación cultural y técnica de los modelos de atención para responder a las necesidades, demandas y expectativas de las poblaciones. Fallos que encuentran su explicación en las principales tendencias de intervención sobre la cuestión social (focalización, subsidio a la demanda, descentralización y privatización) señaladas por Rodríguez y Filgueira y en la pérdida del papel rector del Estado en la conducción del sistema de salud y en su financiamiento como lo resalta Cetrángolo.

Los resultados sugieren que las políticas orientadas a combatir la exclusión social y la inequidad en salud requieren un enfoque multi e intersectorial y que las estrategias del sector salud deben sumar distintas modalidades de intervención para aportar a la garantía del derecho a la salud, en las que orientaciones sobre el territorio y el enfoque diferencial, son centrales a la definición de políticas.

Las reflexiones y casos permiten constatar la existencia de una crisis del modelo de política social inspirado en el pensamiento hegemónico, que ha demostrado su incapacidad para garantizar la protección social universal en salud, superar las inequidades y dar respuesta a las distintas y particulares necesidades de salud de la población. Evidencian también el fracaso de las recetas prediseñadas que no tuvieron en cuenta las realidades complejas y diversas de sociedades y sistemas de salud, cuyas particularidades es necesario conocer y develar y que, por el contrario, contribuyeron a mantener o agravar las desigualdades sociales y sanitarias, incluso en aquellos modelos con perspectivas más democráticas y universalistas basadas en la salud como derecho ciudadano.

Reafirman, además, la importancia de vincular la producción de conocimiento en la economía política de las decisiones en salud, de incorporar en el análisis las variables socioestructurales que subyacen a las inequidades sanitarias y de democratizar la toma de decisiones, ampliando la participación ciudadana y de los distintos actores.

Por último, de las pruebas científicas aportadas por los distintos trabajos compilados en este texto, se resume que es necesario replantear la forma de intervención del Estado en el área social y que se requiere renovar las relaciones entre Estado, economía y sociedad. El escenario actual, caracterizado por importantes transformaciones políticas de la región, constituye, sin duda, una oportunidad ineludible en la búsqueda de sistemas de protección social universales, ciudadanos y democráticos.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida, C., Bazzani, R. y Pittman, P. (Org.) (2001). *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Bazzani R. (2010). Gobernanza y salud: aportes para la innovación en sistemas de salud. *Rev. Salud Pública* [en línea], 12, suppl.1. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700001&lng=en&nrm=iso. ISSN 0124-0064. doi: 10.1590/S0124-00642010000700001

Bazzani, R., et al. (2006). Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. *Cad. Saúde Pública* [en línea], 22, suppl, S109-S112. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001300020&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2006001300020

Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (febrero, 2007). Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones. En Ana Sojo y Andras Uthoff (Eds.). *Colección Documento de proyecto*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

_____. (2006). Protección social y sistemas de salud. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (cap. III, pp. 77-10). Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). Protección social a lo largo de la vida. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (cap. 8, parte III, pp.84-93). Argentina: La Stampa.

Hernández, M., et al. (2008). *La superación de la exclusión social en la región andina de América Latina: debates e implicaciones. Informe final del grupo Colombia-Nodo conjunto regional para América Latina para la Red de Conocimiento sobre Exclusión Social (SEKN) de la Organización Mundial de la Salud OMS*. Manuscrito inédito.

Holzmann, R. y Jorgensen S. (febrero, 2000). Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond. *Social Protection Discussion Paper Series*, 6. Washington: Social Protection Unit. Human Development Network, The World Bank.

International Development Research Centre (IDRC). *Governance, Equity and Health*. Recuperado de <http://www.idrc.ca/geh/>

Lautier B. (2006). Condiciones políticas para la universalización de la protección social. En Y. Le Bonniec y O. Rodríguez (Eds.). *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social* (tomo II., pp.257-691). Bogotá: CID-Universidad Nacional.

Levcovitz, E., Acuña, C. (2003). Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud [dossier]. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 2(5), 10-32.

Organización Internacional del Trabajo (OIT)/Departamento de Seguridad Social. (2007). Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica. *Temas de protección social. Documento de discusión*, 19. Recuperado de http://www.ilo.org/public/spanish/protection/secsoc/downloads/healthpolicy_sp.pdf

_____. (2007a). *La igualdad en el trabajo: afrontar los retos que se plantean*. Informe del Director General. Conferencia Internacional del trabajo. 96ª reunión. Oficina Internacional de Trabajo, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003). Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. *Serie Extensión de la Protección Social en Salud*, 1. Washington: OPS-ASDI.

_____. (septiembre, 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*. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional. Washington.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Internacional del Trabajo (OIT). (29 noviembre - 1 diciembre, 1999). *Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Reunión tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. México.

Plumptre, T. y Graham, J. (1999). *Governance and good governance: international and aboriginal perspectives*. Ottawa: Institute of Governance. Recuperado de <http://iog.ca/en/publications/governance-and-good-governance-international-and-aboriginal-perspectives>

Viana, A. L. y Levcovitz, E. (2005). Proteção social: introduzindo o debate. En A.L. Viana, P.E. Elias y N. Ibañez (Org). *Proteção Social: dilemas e perspectivas* (pp. 15-57). São Paulo: Editora Hucitec.

SECCIÓN I

DEBATES TEÓRICOS SOBRE PROTECCIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Oscar Rodríguez Salazar

Las reflexiones plasmadas en este artículo giran en torno a dos preocupaciones: la primera, referida al debate entre las diferentes aproximaciones teóricas sobre el análisis de los Sistemas de Protección Social (SPS) y la segunda, concerniente a la manera cómo de las formulaciones teóricas se derivan modelos de políticas públicas. No sobra reiterar la pertinencia de esta materia en tiempo de crisis económica: aquellos países con sistemas de protección avanzados, que en general han sido heredados de los Estados de Bienestar, se encuentran en mejores condiciones para enfrentar la actual recesión del capitalismo, mientras que aquellos con sistemas fragmentados y clientelizados exhiben mayor nivel de vulnerabilidad.

Con relación a la primera temática es preciso tener en cuenta que las economías de mercado tienden a generar exclusión social y a propiciar la concentración del ingreso. No obstante, a través del desarrollo de SPS las sociedades tratan de resguardarse frente a estos dos procesos. La experiencia histórica de tales sistemas se puede asociar al modelo europeo que los construyó como elemento central de los Estados de Bienestar, los que a su vez contienen dos aspectos medulares: 1) contar con un criterio de ciudadanía, construida a partir del ejercicio de los derechos sociales, y 2) diseñar una política pública basada en el aseguramiento, derivado de la existencia de un contrato de trabajo o del ejercicio de la ciudadanía¹.

¹ Para Castel este nuevo concepto de ciudadanía pasa por la constitución de la propiedad social, es decir, de “una protección social extendida al conjunto de los miembros de la sociedad. Los derechos sociales aseguran a los individuos contra los principales riesgos (la enfermedad, el accidente, la vejez) que amenazan con disgregar los intercambios sociales. Ellos otorgan el derecho, como lo ilustra bien el derecho a la pensión, de tener acceso a los recursos necesarios para que un individuo pueda continuar inserto en las relaciones de interdependencia (y no solamente de dependencia) con sus conciudadanos” (Castel, 2009, p. 259); traducción del autor.

El SPS se delineó para articular y flexibilizar la oferta de programas sociales del Estado y fortalecer su capacidad para prevenir, mitigar y contribuir a superar los riesgos resultantes de la actividad económica, especialmente en momentos de recesión económica. En esta dirección se puede afirmar que un sistema de protección social debe estar orientado a proteger la población del *riesgo social* en el que se encuentra, a través de la ampliación de sus oportunidades y el mejoramiento de sus dotaciones iniciales, para crear condiciones que fortalezcan sus

capacidades. Desde esta aproximación, el riesgo desborda la lógica del mercado y se ubica en una perspectiva de derechos sociales, que es la naturaleza fundamental de los SPS.

El incremento de la vulnerabilidad en los países europeos, así como el aumento y la profundización de la pobreza en el “tercer mundo”, han situado la organización de los sistemas de protección social en el centro del debate de las políticas públicas. La expresión protección social involucra el reconocimiento, por parte de los académicos y de las autoridades políticas, de una forma diferente de concebir tanto el ámbito de lo social como el de las acciones gubernamentales. Vale la pena señalar que el tema de protección social aparece como prioritario en la agenda de los gobiernos en América Latina no sólo por la persistencia de la exclusión social, manifiesta en altos índices de pobreza, sino también por el fracaso de las políticas focalizadas que no han podido avanzar hacia sistemas universales.

Otro indicador de este nuevo enfoque de la política social es el cambio dentro de algunas instituciones internacionales: el Banco Mundial ha creado una división de protección social, a partir de la Conferencia General número 89 de junio del 2001; la OIT se inclina por un SPS de carácter universal; y la CEPAL hace otro tanto (Lautier, 2006).

PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL SPS

En los últimos años el debate en torno a la protección social, liderado por sociólogos y economistas, se ha centrado en dos tipos de aproximaciones, las tesis de manejo social del riesgo y las tesis de derechos sociales. Estas dos alternativas teóricas se asocian una con el individualismo metodológico y otra con el denominado estructuralismo abierto.

Manejo social del riesgo

Uno de los enfoques de protección social más cercano al diseño de las políticas públicas actuales en un gran número de países de la región, es el Manejo Social del Riesgo (MSR). Pero antes de analizar los ejes centrales de esta propuesta teórica, vale la pena señalar la forma como la teoría del riesgo se introduce en las Ciencias Sociales, aun cuando aquella no haya considerado este tema.

Una aproximación a la definición de riesgo la presenta Beck (2002, p. 5), para quien el “riesgo es el enfoque moderno de la previsión y control de las consecuencias futuras de la acción humana, las diversas consecuencias no deseadas de la modernidad radicalizada. Es un intento (institucionalizado) de colonizar el futuro, un mapa cognitivo. Toda sociedad, por supuesto, ha experimentado peligros. Pero el régimen de riesgo es una función de un orden nuevo: no es nacional sino global”. Este autor pasa de analizar *la sociedad de riesgo* a una *sociedad de riesgo global* en la medida que con el desarrollo técnico-científico el riesgo se globaliza.

Los riesgos siempre presuponen decisiones. En este sentido “riesgo y responsabilidad están intrínsecamente relacionados, como el riesgo o la confianza o el riesgo y la seguridad. ¿A quién puede atribuirse la responsabilidad (y por tanto los costos)? ¿o vivimos en un contexto de irresponsabilidad organizada?” (Beck, 2009, p. 9). Al tener un tratamiento estadístico probabilístico se allana el camino de desindividualizar los riesgos, los cuales se revelan como sucesos sistemáticos que, por tanto, requieren de una regulación política formal².

Otro tópico del análisis del riesgo es que este concepto se sitúa en el ámbito del cálculo racional, por cuanto se acepta un posible daño en aras de un beneficio. En esta lógica el cálculo del riesgo se realiza individualmente, es decir:

Se lleva a cabo también con arreglo a preferencias individuales. Entonces las premisas de racionalidad, concebidas de manera tan estrecha, parecen garantizar que otros, en la misma situación, actuarían también de esta manera. Quien calcula racionalmente puede sentirse como otro cualquiera y tratar como emocionalmente perturbado a quien piense de otra manera. La dimensión social no gana peso propio, es fagocitada por el programa de racionalidad (Luhman, 2007, p. 365).

2 “La descripción estadística de los riesgos (por ejemplo, en formas de probabilidades de sufrir un accidente), acaba con las orejeras de la individualización, lo que todavía no ocurre de forma suficiente en el caso de enfermedades medio ambientales como el pseudo-crup, el asma e incluso el cáncer” (Beck, 2002, p. 80).

La distinción entre riesgos y peligros es de gran ayuda para comprender el programa de investigación liderado por el Banco Mundial. Ambos conceptos se ubican en la lógica de los posibles daños derivados de una decisión que tendrá efectos posteriores, en tanto el futuro es y siempre será un horizonte de inseguridad; aquí aparecen los problemas de imputación de los daños. Esta distinción reside entre la dimensión temporal y la dimensión social. El riesgo es el resultado de una auto-atribución mientras que el peligro es la consecuencia de una decisión ajena³. Por consiguiente:

Cuando unos daños cualesquiera se consideran como consecuencia de la decisión propia y se atribuyen a esta decisión, se trata de riesgos, con independencia de sí, y desde cuyas concepciones de racionalidad se han calculado los riesgos frente a las posibilidades. Se supone que los daños no habrían sucedido si se hubiera adoptado una decisión diferente. En cambio, se habla de peligros cuando, y en la medida en que, los daños cualesquiera que sea se atribuyen a causas que están por fuera de control de uno. Estas pueden ser acontecimientos inevitables de la naturaleza o, también, decisiones de otras personas, grupos u organizaciones (Luhman, 2007, p. 380).

El MSR es un modelo teórico liderado por la División de Protección Social del Banco Mundial, cuyo eje es la configuración de un conjunto de dispositivos públicos destinados a suministrar a la población una garantía de ingresos (Holzmann, et al. 2003). El MSR retoma algunos de los instrumentos elaborados por la “nueva política” social implementada en el último decenio del siglo XX: focalización, subsidios a la

demanda, descentralización, arreglos públicos y privados para el suministro de servicios y privatización de la seguridad social. La justificación de esta orientación de la política social estribaba en primer lugar, en que por efectos de las políticas de ajuste se produciría pobreza y por tanto se debía identificar a quienes fueran víctimas de estos choques macroeconómicos y, en segundo lugar, que dada la desconfianza y la ineficiencia del sector público se requería un mayor protagonismo del capital privado.

3 Luhman (2007, p. 379) nos da un ejemplo: sólo para los fumadores representa riesgo el cáncer, para los demás es siempre un peligro.

En síntesis se podría anotar que el MSR es un programa de investigación, elaborado por el Banco Mundial, dirigido al estudio y diseño de sistemas de protección social. En esta aproximación la protección social se define como el conjunto de las intervenciones públicas para “asistir a las personas y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y a proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza”. Además de adecuadas políticas públicas para poder acceder al sistema de salud y a la educación básica, la protección social se acompaña de intervenciones públicas en el campo económico: equilibrios macroeconómicos, reducción del déficit fiscal y estabilidad en el nivel de los precios.

En el programa de investigación MSR el gobierno cumple funciones de primer orden, entre las más importantes:

- 1) Ejecutar medidas de políticas para la prevención de riesgo; 2) facilitar el establecimiento de instituciones financieras de mercado, instaurar el marco legal habilitador, asegurar su fiscalización y supervisión, y contribuir a facilitar el flujo de información; 3) entregar instrumentos de MSR en aquellas áreas en que el sector privado no funciona bien [por ejemplo, el seguro de desempleo] o donde los individuos carecen de la información para cubrirse adecuadamente; 4) Proporcionar redes de protección social para superar los riesgos; y 5) decretar la redistribución del ingreso si los resultados de mercado se consideran inaceptables desde el punto de vista del bienestar social (Holzmann y Jorgensen, 2003, p. 21).

La acogida de esta nueva orientación de la política social se facilitó por las modificaciones llevadas a cabo en la comprensión del fenómeno de la pobreza, sobre todo a partir del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001* elaborado por el Banco Mundial, que condujeron a superar la concepción de la pobreza asociada a la escasez de activos y a la idea de que el crecimiento económico orientado a favorecer el desarrollo humano e incrementar los activos de los pobres, bastaba para eliminar la pobreza. En sustitución se promovió el concepto de vulnerabilidad, referido a la reducción del riesgo derivado de las guerras, enfermedades, crisis económicas y desastres naturales.

Superar la vulnerabilidad implica generar políticas sociales eficaces y, por ello, dirigidas a que los segmentos vulnerables de la población cuenten con: 1) oportunidades, 2) seguridad material y 3) empoderamiento⁴ (poner a los individuos en capacidad de beneficiarse plenamente de sus potencialidades). Articular los SPS con el crecimiento significa que se debe optar por políticas dirigidas a lograr mercados más atentos a las necesidades de los pobres y al incremento de sus activos. Por último, se requiere buscar la implementación de medidas que contribuyan a un mejor funcionamiento del Estado y de las instituciones sociales en el cumplimiento de las metas a la vez que se apoya el crecimiento y la equidad⁵.

Con esta base, las agencias multilaterales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, y el Banco Interamericano de Desarrollo, han modificado el discurso sobre la forma de enfrentar la pobreza. El fracaso de las políticas de ajuste, en términos de disminuir la exclusión social y avanzar hacia la equidad, los condujo a una renovación teórica, que sin abandonar los principios del liberalismo radical, presenta una opción de política pública construida sobre el Manejo Social del Riesgo.

4 En el informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001, titulado *Lucha contra la pobreza*, por empoderamiento se entiende: “el aumento de la capacidad de los pobres de influir en las instituciones estatales que influyen en su vida, reforzando su participación en los procesos políticos y en las decisiones locales. Significa también eliminar los obstáculos –políticos, jurídicos y sociales– que perjudican a determinados grupos, y aumentar los activos de los pobres para que puedan intervenir activamente en los mercados. La ampliación de las oportunidades económicas de los pobres contribuye ciertamente a su empoderamiento.” (Banco Mundial, 2000, p. 39). Este término implica igualmente intervenciones públicas en diferentes campos. v. gr. procesos democráticos formales, modos de buen gobierno, responsabilidad de las instituciones frente a sus ciudadanos y reducción de la corrupción cotidiana.

5 Igualmente, el MSR participa en una nueva concepción que sobre el Estado ha implementado el Banco Mundial. Con las reformas neoliberales, el problema de las “fallas de Estado” era un asunto netamente “administrativo” que ocultaba la nueva correlación de fuerzas entre las diferentes fracciones del capital, y de manera adicional, un ataque a los derechos sociales vinculados al mundo del Trabajo. La “reforma del Estado” debía cumplir con una doble tarea: “blindar” las instituciones estatales encargadas de conducir las políticas macroeconómicas de las reivindicaciones democráticas (autonomía de la banca central, sin que los codirectores tuviesen responsabilidad política); y la ampliación selectiva del propio Estado, por medio de un conjunto de “arreglos público-privados” responsables de desarrollar funciones que antes sólo eran desempeñadas por instituciones públicas. Este es el caso de la participación del capital privado en el sistema de seguridad social (Mendes–Pereira, 2005).

El Banco Interamericano de Desarrollo sostiene que el sistema de protección social alude:

A las intervenciones públicas que pueden atenuar el impacto de estos sucesos repentinos en los ingresos y en las condiciones de vida de los pobres, así como las tendencias del desarrollo a largo plazo. Estas intervenciones –que incluyen medidas en el mercado laboral, redes de protección social, sistemas de pensión y fondos para desastres– ayudan a los individuos y a las familias a enfrentar mejor los shocks económicos y naturales (BID, 2001, p. 2).

A partir de esa conceptualización se afirma que como resultado del proceso de globalización se debe modificar la protección social. Dos razones justifican los cambios: ayudar a los trabajadores afectados por el proceso y limitar los efectos negativos sobre grupos específicos de la población (Banco Mundial, 2002). Si bien el margen de acción que los países tienen para desarrollar políticas de protección social es supuestamente amplio, estos deben ajustarse a las políticas económicas nacidas de acuerdos con los organismos de crédito internacional y, en últimas, a la concepción que tiene la teoría económica convencional respecto a la manera como se debe enfrentar la pobreza.

Con esta orientación, la protección social se entiende como una fuerza dinámica para el crecimiento económico. Además, se argumenta que la innovación en este campo debe ir acompañada, ineludiblemente, de una política fiscal sana, de una regulación prudencial de los mercados financieros, y de una política cambiaria que evite la sobrevaluación de las tasas de cambio y el insostenible déficit de la cuenta corriente.

La concepción del SPS como parte de las políticas de desarrollo económico se ajusta a las nuevas formas de examinar la protección social. Los últimos trabajos del Banco Mundial se inclinan por considerar que las desigualdades son cuellos de botella para alcanzar altas tasas de crecimiento, dado que el crecimiento económico agregado se perjudica cuando se asocia con la falta de equidad en el acceso al crédito, a la educación, a la salud, al suministro de agua, además de crear tensiones sociales. Por tanto, la inequidad, ya sea en el ingreso o en otras dimensiones del bienestar, se traduce en más pobreza: disminuye la inversión por falta de acceso al crédito, frena el proceso de desarrollo y crea desigualdad en oportunidades educativas, lo que puede redundar en incremento de la violencia y de la delincuencia, que debilitan los derechos de propiedad⁶.

Dentro de este marco, el SPS se piensa como una alternativa de corto plazo para responder a choques macroeconómicos, crisis económicas, catástrofes naturales, o conflictos bélicos. Una vez superados estos acontecimientos, la economía debe entrar por el sendero del crecimiento, y con ello reducir el campo de acción del SPS. Como lo menciona Bruno Lautier (2006), mientras se aplican estas políticas, se desmonta el sistema heredado de los Estados de Bienestar mediante la privatización del aseguramiento, suprimiendo las posibilidades que brindaba el principio de mutualización, es decir, aquel que se financia a través de la centralización de aportes proporcionales del salario y de los impuestos. La crítica a esta forma de organización política es que en vez de promover el bienestar de la población, ha disuadido al individuo de buscar trabajo y de protegerse contra la enfermedad. La solución a este comportamiento considerado nocivo, es una moralización del individuo por la vía de la competencia, lo que significaría una gran eficiencia de los sistemas sociales.

Otro rasgo característico de este programa de investigación, liderado por el Banco Mundial, es la individualización de los SPS. Como lo señala Castel:

La concepción originaria de la seguridad social era combatir la inseguridad y la pobreza protegiendo colectivamente, en primer lugar, a los trabajadores y después al conjunto de los ciudadanos, contra la incertidumbre de la existencia. Sobre la base de la cotización, ellos se beneficiaban de prestaciones homogéneas que valían como un derecho incondicional y garantizado por el Estado. El estar protegido hoy en día depende de más en más de situaciones particulares: falta de recursos, estar sin trabajo, pertenecer a una familia disociada o especialmente desfavorecida, vivir en espacios urbanos degradados, sin contar las diferentes formas de invalidez o de deficiencias que demuestren la necesidad de la ayuda social (2009, p. 250).

⁶ Ver el trabajo de los funcionarios del Banco Mundial (Ferranti, D; Perry, G; Ferreira, F. y Walton, M.) publicado en Washington por este organismo en el 2003 con el título: *Desigualdad en América Latina y el Caribe ¿Ruptura con la Historia?*

Este discurso de inspiración liberal, que tiene como epicentro la promoción de los valores individuales, conduce a una concepción minimalista de la protección social, en la que su rol principal es focalizar, con miras a centrar la protección en los más vulnerables, una drástica disminución de las tareas del Estado. Se argumenta que la reducción de los recursos asignados a los SPS, sustentada en la búsqueda de equilibrios macroeconómicos, logra una mayor competitividad de la economía al reducir los costos laborales originados en el pago de los aportes a la seguridad social.

Se puede considerar que el MSR hace parte de la cultura neoliberal, la cual se puede definir como el conjunto de discursos, de dispositivos que determina un modo de gobierno de los hombres según el principio universal de la competencia; es una norma de vida que se instaura en las sociedades occidentales⁷. El neoliberalismo antes de ser una ideología o una política económica, es una racionalidad que tiende a estructurar y organizar no solamente la acción de los gobiernos sino también la conducta de los gobernados; es extender la racionalidad mercantil a todas las esferas de la existencia humana (Dardot y Laval, 2009).

Entre los dispositivos aplicados para imponer esta racionalidad, la *disciplina* es uno de los más importantes. Es decir, las limitaciones “tanto económicas como sociales, cuyo funcionamiento gira en torno a obligar a los individuos a comportarse bajo la presión de la competencia, según los principios del cálculo de la racionalidad maximizadora y dentro de una lógica de valorización del capital” (Dardot y Laval 2009, p. 277). En las dinámicas del capital humano cada individuo está sujeto a comportarse dentro de todas las facetas de su existencia como portador de un capital que debe valorizar: estudios universitarios que debe cancelar, constitución de un ahorro individual para garantizar la pensión, compra de vivienda, ahorros en la bolsa en títulos de largo plazo, entre otros, son los aspectos de la capitalización de la vida individual, que erosionan cada vez más los principios de solidaridad que se deben tener en el funcionamiento de cualquier sociedad.

⁷ En términos de Foucault (2004) se podría entender la estrategia neoliberal como el conjunto de discursos, prácticas y dispositivos de poder tendientes a instaurar las nuevas condiciones políticas, a modificar las reglas de funcionamiento económico y a transformar las relaciones sociales con el fin de imponer sus propios objetivos. Por su parte, Lander (2000, p.11) sostiene que “el neoliberalismo es debatido y confrontado como una teoría económica, cuando en realidad debe ser comprendido como el discurso hegemónico de un modelo civilizatorio, esto es, como una extraordinaria síntesis de los supuestos y valores básicos de la sociedad liberal moderna en torno al ser humano, la

riqueza, la naturaleza, la historia, el progreso, el conocimiento y la *buena vida*.”

Antes de que esta clase de cultura se impusiera, el desempleo, las desigualdades sociales, las inequidades, la inflación y toda clase de patologías sociales se asociaban con el desarrollo del capitalismo. Para el neoliberalismo estos “males” son responsabilidad directa de la intervención estatal⁸: las indemnizaciones a los desempleados y el salario mínimo son los responsables del desempleo; el sistema de seguridad es culpable del déficit fiscal, al que a su vez se le imputa generar el proceso inflacionario; la gratuidad de la educación es un subsidio cruzado; la redistribución del ingreso no disminuye las desigualdades y, por el contrario, es un castigo para los generadores de riqueza y modernización de la economía.

Como parte de este modelo neoliberal se genera un discurso que valoriza el riesgo inherente a la existencia individual y colectiva, y se insta a pensar que los dispositivos del Estado Social son profundamente dañinos a la creatividad, a la innovación y a la realización de la persona. Si cada individuo es responsable de su suerte, la sociedad no les debe nada, por el contrario:

El individuo debe demostrar a cada instante la prueba para merecer las condiciones de su existencia. La vida es una perpetua gestión de riesgos que reclama abstenerse de realizar prácticas peligrosas, el control permanente de sí, una regulación de sus propios comportamientos, que mezclan el ascetismo y la flexibilidad. La gran consigna de la sociedad de riesgo es la autorregulación.

Esta sociedad de riesgo se ha convertido en una de las evidencias que acompañan las más variadas justificaciones de protección y de seguros privados. Un inmenso mercado de la seguridad personal que comprende desde el seguro doméstico a los fondos privados de pensiones, se desarrolla proporcionalmente al debilitamiento de los dispositivos de aseguramiento colectivos y obligatorios, reforzando el sentimiento de riesgo y la necesidad de protegerse individualmente (Dardot y Laval, 2009, p. 296, traducción del autor).

Se podría afirmar que el discurso neoliberal presenta en cierta medida una “privatización” de la conducta humana, por cuanto la vida misma es el resultado de elecciones individuales. El obeso, el delincuente, el pésimo estudiante, son el resultado de una elección individual. La enfermedad, el desempleo, la pobreza, el fracaso escolar y la exclusión son percibidas como el resultado de un mal cálculo individual. La falta de previsión que se traduce en no haberse asegurado frente a los riesgos de la existencia o dejar desprotegido su capital humano, son los responsables de la miseria, de la pobreza en la tercera edad.

⁸ A esta conclusión llegaba el mejor exponente del neoliberalismo Milton Friedman (1966).

En los trabajos tanto del Banco Mundial como en los de Holzmann, es usual la referencia a la miopía de los trabajadores o de manera más global de los ciudadanos vis a vis de la protección⁹. El individuo responsable se protege a sí mismo y asume los riesgos que toma disponiendo de sus propios recursos. Por ejemplo, con relación al sistema de pensiones, se traslada a los trabajadores la responsabilidad de estar asegurados, escamoteando el compromiso estatal de garantizar la obligatoriedad del aseguramiento.

Esta promoción de los valores individuales deja por fuera una noción de equidad en el sentido en que si una persona debe acudir a la ayuda social, es precisamente porque no dispone de recursos monetarios y se le trata igual que a aquella que sí cuenta con los ingresos suficientes; una forma perversa de aplicar el principio de independencia individual. Transferir al sujeto la responsabilidad de administrar el riesgo es olvidar que las personas están desigualmente provistas para enfrentarlos. El hecho de que el individuo debe comportarse responsablemente frente al riesgo tiene como secuela la condena o la culpabilización de no haberlo hecho (Castel, 2009, p. 45).

En la crítica de la idea central del MSR se sostiene que, en su mayoría, los riesgos no son los de perder un ingreso derivado del trabajo sino los referidos a los costos o gastos excepcionales: costos de tratamiento de una enfermedad o de una dolencia, o costo de la crianza y la educación de un número elevado de niños. A fuerza de definir como riesgo todo “acontecimiento o estado desfavorable, especialmente para los pobres y vulnerables”, se consigue, por una parte, desconectar completamente la noción de riesgo de la de ingreso del trabajo, y por otra, considerar a priori cualquier SPS –estatal o paraestatal– como ineficaz: se trata de imaginar una institución de Protección Social que garantice contra las consecuencias de los choques macroeconómicos o incluso las guerras. Esta visión extensiva de los riesgos es coherente con la definición de Protección Social como “gestión del riesgo social” (Lautier, 2006, p. 663). Así el concepto de “derechos sociales” desaparece dentro de la teoría estándar ligada al MSR.

⁹ En particular esta concepción está presente en el informe presentado en *Envejecimiento sin crisis*, documento elaborado por Estelle James y Holzmann (Banco Mundial, Washington, 1994). El informe trata de las pautas que deben seguir los cambios en los sistemas previsionales. Para los autores gran parte de los excluidos de los sistemas de seguridad tienen un comportamiento “miope” (en la terminología actual de la tecnocracia del Banco Mundial) e individualmente son responsables de su situación de desprotección. Por ende, la pobreza se convierte en una responsabilidad individual.

De otra parte, no es claro si el MSR está pugnando por disminuir el riesgo o el peligro. Al insistir en la responsabilidad individual (miopía) de los trabajadores, toda la teoría se centra en el riesgo. Sin embargo, se podría situar en la dimensión del peligro por cuanto los ajustes macroeconómicos que conducen a la pérdida del empleo o a la precariedad del trabajo y, por ende, al incremento de la pobreza, no es responsabilidad de los afectados. Obviamente, clasificar como riesgo todo aquello que se puede considerar como peligro tiene varias ventajas para esta corriente teórica: en primer lugar, elude su responsabilidad social de haber generado desafiliación y exclusión social, y se la traslada a los individuos; en segundo lugar, se soslaya establecer un sistema universal de compensaciones para los perjudicados por las decisiones macroeconómicas; y en tercer lugar, se establece un principio de ética propia de la cultura neoliberal que divide la sociedad en ganadores y perdedores: los ganadores son aquellos que por sus virtudes individuales supieron aprovechar la competencia y obtener

ganancias, en las cuales no jugó ningún papel importante la política económica, y los perdedores que son los responsables individualmente de no haber aprovechado las ventajas que les brindó la competencia.

Los sistemas de protección social como mediaciones sociales

Otro programa de investigación que se ocupa de los SPS hace parte del estructuralismo abierto y conjuga diversas disciplinas: la economía, la ciencia política, la historia y la antropología. Este desarrollo teórico, que se puede catalogar como heterodoxo, ha sido propuesto por la Escuela de la Regulación y la sociología económica. Un rasgo distintivo de esta aproximación de carácter interdisciplinario es que cada una de las disciplinas conserva su propio método de análisis¹⁰. En particular se considera que la economía debe ser una ciencia social, en tanto se ocupa de los comportamientos humanos en sociedad:

Aunque reduzca su campo de investigación a una esfera en particular: la del intercambio de mercado (intercambio comercial) y de la acumulación de riqueza económica. Si admitimos que la economía debe formar parte de las ciencias sociales, que es una parte de la sociología, entonces hay que desarrollar una economía institucional, no normativa, que rechaza la idea de que existe un funcionamiento universal de las sociedades modernas (Théret, 2008, p. 78).

El estructuralismo abierto guarda significativas diferencias tanto con el individualismo metodológico como con la visión Holista, las cuales pueden ser resumidas de la siguiente forma según lo señala Billaudot (2001, p. 134).

El estructuralismo cerrado ha sido considerado como estructural funcionalista, mientras que el estructuralismo abierto brinda la posibilidad de que, en el contexto de un proceso histórico, los grupos puedan modificar la sociedad y el individuo juegue algún papel de significancia dentro del cambio social. En esta visión, se pueden cambiar instituciones o crear otras, como forma de regular y reducir el conflicto social.

Con este enfoque de las ciencias sociales se construye otro modo de analizar el SPS, definido como un escenario de mediación entre los distintos órdenes que operan en la sociedad: político (acumulación de poder), económico (regido por la lógica de acumulación de capital) y doméstico (reproducción del recurso humano, fundamento de la acumulación tanto económica como política); es decir que se constituye en un árbitro entre las lógicas de crecimiento económico, reproducción antropológica del orden doméstico y legitimación de lo político. Así, le corresponde al Estado poner en funcionamiento el SPS, lo cual significa que se trata de una decisión política y aparece como resultado de un compromiso político, agenciado por el Estado, entre los diferentes grupos sociales. En conclusión, cualquier sistema de protección social busca legitimar proyectos políticos (Théret, 1995).

¹⁰ La economía neo-institucionalista liderada por Oliver Williamson y Douglass North que hace parte de la corriente dominante en el pensamiento económico toma en cuenta las instituciones dentro de un modelo universalista “reduciendo entonces la institución a un problema de resolución de las fallas de mercado. Este enfoque económico que perfecciona el modelo económico normativo universal inicial, integra las instituciones pero con una visión que reduce absolutamente la dinámica y la invención de las instituciones” (Theret, 2008, p. 78).

GRÁFICO 1.

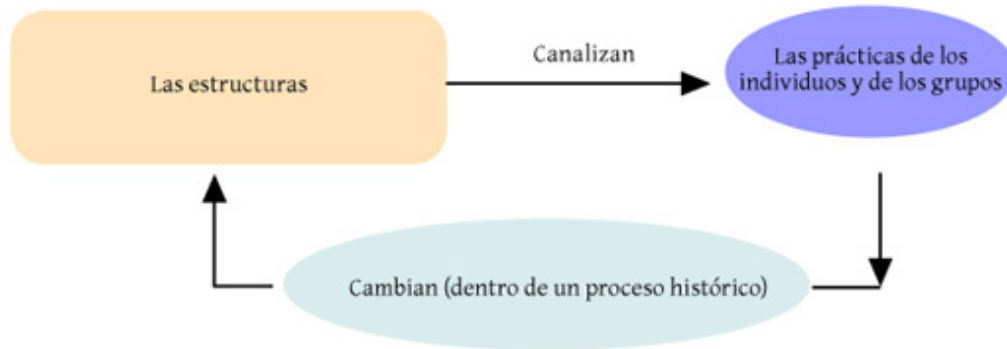
Visión individualista



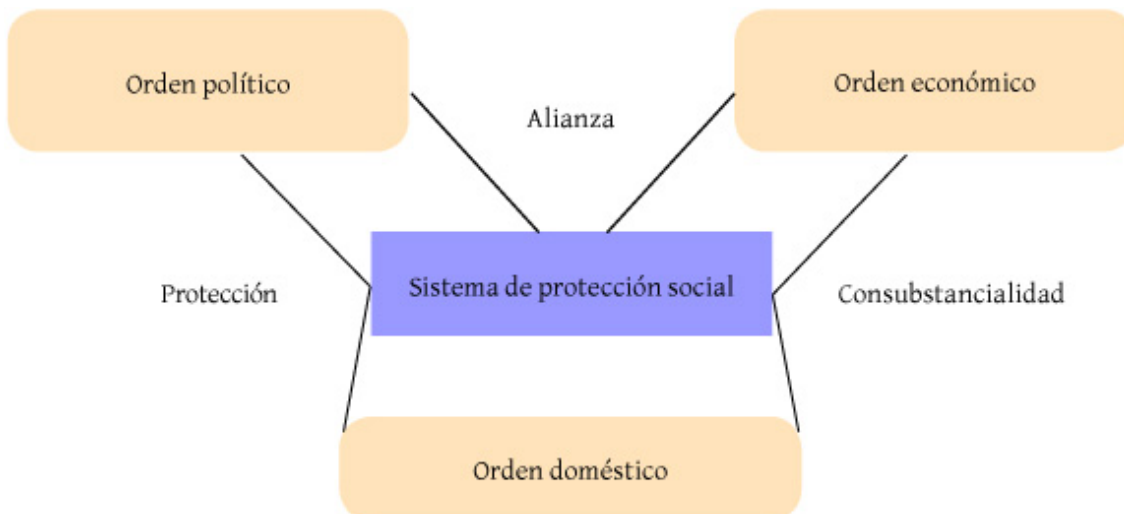
Visión estructuralista cerrada (propiamente Holista)



La visión estructuralista abierta (Holindividualista)



Tal vez esta opción teórica se puede comprender a partir del siguiente gráfico:



La relación entre el orden económico, el SPS y el orden doméstico es de consustancialidad por cuanto la incorporación al mercado de trabajo formal es una garantía de estar protegido. Precisamente las formas de trabajo precario o de informalidad se caracterizan por la baja cobertura de los sistemas de seguridad social, y en últimas por una baja protección de los trabajadores. La relación entre el SPS, el orden político y el económico es de alianza porque se retroalimentan, y el papel de la financiación vía aportes es el resultado de un compromiso político de los diferentes sectores y partidos políticos que hacen presencia en una determinada sociedad. La relación entre el SPS, el orden

político y el doméstico se sustenta no sólo en el componente de legitimidad –que está presente en toda política social– sino también en el hecho de que la protección es una respuesta social a una amenaza contra la reproducción –biológica y social– de quienes habitan un espacio nacional.

A diferencia del MSR que se construye con base en el individualismo metodológico propio de la economía neoclásica en su versión neo-institucional, la visión alternativa es de carácter holi-individualista, ligada a una visión de carácter estructuralista en donde:

Todo sistema de protección social constituye uno de los niveles económicos de la coherencia social, el nivel institucionalizado en organizaciones sociales situadas en el centro de un juego de tres relaciones diferentes que vinculan respectivamente el orden capitalista mercantil, el orden políticoadministrativo y el orden doméstico de la familia. La Protección Social es así una red de relaciones e instituciones que funciona como sistema de comunicación entre el capitalismo de mercado y el Estado, y cuya finalidad es el control social de la población y su reproducción mediante el consumo (Théret, 1995, p. 468, traducción del autor).

Al considerar el SPS como un sistema de mediaciones sociales se destaca que:

[...] existe un círculo virtuoso: protección social–productividad–salario–protección social. Esta apuesta es a la vez económica y política. En su componente económico, equivale a afirmar que la protección no es únicamente un costo, sino que genera aumentos en la productividad que –incluso sin redistribución entre salarios y beneficios– permiten aumentos de salarios, donde la parte individual crece menos rápidamente que la parte socializada. En su componente político, equivale a decir que se puede establecer un compromiso político sobre este modo de distribución de las ganancias de productividad, que se traduce en una estabilidad de la distribución entre salarios y beneficios y en un aumento de la participación del salario indirecto en el salario total (Lautier, 2006, p. 103).

En esta perspectiva el SPS es el conjunto de instituciones construidas socialmente e insertas en un régimen de acumulación¹¹. Adoptar esta opción implica reconocer que el problema de la seguridad social desborda el tema de la sostenibilidad financiera y se ubica también en el terreno de la política, pues se trata de determinar la manera como la sociedad quiere restaurar el tejido social y hacer permanentes los lazos de solidaridad que la sustentan; la referencia al orden político involucra además un nuevo concepto de ciudadanía, en el que ya no sólo se refiere a la posibilidad de ejercer los derechos políticos sino también a que el individuo tenga garantizados los derechos civiles y sociales.

¹¹ Esta alternativa teórica seleccionada para estudiar el SPS “se opone a las teorías individualistas basadas en la elección racional que piensan deducir de los fundamentos micro-sociales la evolución global de la sociedad contemporánea, el presente proyecto considera más pertinente fundar su problemática dentro de las nociones de relación social e interdependencia entre los individuos con la perspectiva de derivar de los fundamentos macro-sociales los comportamientos individuales” (Lautier y Théret, 1993, traducción del autor).

Toda vez que la protección social se enfoca como un resultado de la interacción entre los grupos de la sociedad, es preciso recurrir al análisis histórico con el fin de establecer los elementos estructurales que definen el sistema de protección social, así como dilucidar la lógica con la que cada grupo social acude a la negociación. Los SPS son históricamente determinados por compromisos que se elaboran entre las exigencias propias del régimen de acumulación y los requerimientos que surgen del proceso de legitimación y del régimen político.

Existe una gran pluralidad de modelos de SPS que son determinados por “trayectorias nacionales” relacionadas con las formas históricas que adoptó el proceso de salarización, las modalidades de construcción de los Estados, la configuración de los intereses sociales (establecidos a partir de las estructuras y modos de distribución de la riqueza material y las categorías sociales asociadas con este proceso), y con los sistemas de representación (corporativismo, clientelismo, sindicalismo, entre otros) (Lautier y Théret, 1993).

Cuando los SPS están insertos en economías precapitalistas, su característica es que la protección sea brindada por la Iglesia y los gobiernos locales. ¿Pero qué sectores debían ser objetos de protección? Los grupos que accedían a la propiedad, no requerían ciertamente de dispositivos institucionales para ser protegidos a diferencia de otros colectivos sociales que estaban en condiciones de pobreza¹². La preocupación de organizar sistemáticamente el socorro sobre una base local desembocó también en una innovación considerable: asegurar ayuda a ciertas categorías de indigentes, incluso algunos capaces de trabajar. La exclusión de los extranjeros, los vagabundos, los ajenos, asociada con la prohibición de la mendicidad, permitía asistir sistemáticamente a la indigencia domiciliada; cuidado y socorro a los enfermos e inválidos, pero también puesta en aprendizaje a los niños pobres y distribución de ayuda a las familias sin empleo o con ingreso insuficiente (Mollat, 1988).

¹² Para Castel “es la propiedad la que protege. En tal sentido el propietario puede hacer frente a la incertidumbre de la existencia o lo que se denominaran más tarde riesgos sociales, la enfermedad o la incapacidad debida a la edad. Pero más profundamente, es la propiedad lo que asegura la independencia social” (2009, p. 256, traducción del autor).

La política sobre la pobreza toma nuevos rumbos con la expedición de la Ley de pobres que sirve para el control de esta población considerada como un peligro potencial y de acuerdo con Lautier (1998), responde a una visión “asistencial represiva” propia de la historia europea después del siglo XV, en donde el pobre encarna un potencial peligro para la sociedad¹³.

Con los procesos generados por el desarrollo industrial, la salarización y la urbanización, el escenario de la protección social se modifica substancialmente. Como lo anota Polanyi (1997) con el surgimiento del mercado autorregulador se produjo un colapso social y para que la sociedad no entrara en crisis, y en virtud de las luchas de los trabajadores y del compromiso político con los sectores burgueses, se dio paso a la sociedad aseguradora¹⁴. Una especificidad de la sociedad industrial –reiterada por los economistas clásicos– es que la inserción social se

lograba por medio del acceso libre al mercado de trabajo. Una relación estable de trabajo bajo la forma del status de empleo garantiza la integración a la sociedad, mientras que la precariedad laboral, el desempleo, impiden acceder a las condiciones requeridas para tener un lugar en la sociedad. Es decir, que el trabajo se constituye en el epicentro de la cuestión social (Castel, 1997).

Otro rasgo de la protección que surge con el aseguramiento es la protección del colectivo. Gracias a la mediación del derecho, a la instauración de nuevos derechos sociales, se pasa de la relación de un contrato individual laboral, a un régimen estatutario contractual: el derecho laboral y el componente de seguridad social que lleva implícitos se convierten en regulaciones colectivas. El trabajo “es tomado dentro de un conjunto de derechos y deberes regidos por su utilidad colectiva, y no solamente por la utilidad económica de sus intercambios” (Castel, 2009, p. 82).

13 En la Edad Media la asistencia es monopolio de la Iglesia. Este período está caracterizado por el concepto cristiano de caridad, subentendiendo el de pobreza, que había sido proclamado y practicado por los Obispos y monjes de oriente y occidente; este concepto transforma la humildad en un impulso hacia Dios y tiende a aliviar la humillación material y social de los pobres. Existe un recuerdo incesante del deber de la limosna. La Iglesia hace de la caridad una condición de salvación, los doctores de la Iglesia declaran que sus bienes constituyen “el patrimonio de los pobres” (Mollat, 1988).

14 Este autor expresa que “la economía de mercado la olvidamos con demasiada facilidad, es una estructura institucional que no ha existido en otras épocas, sino únicamente en la nuestra, incluso en este último caso no es generalizable a todo el planeta” (Polanyi, 1997, p. 76). Dicha economía de mercado está gobernada por los precios, los cuales resultan de la interacción de la oferta y la demanda; en épocas anteriores, si bien el mercado estaba circunscrito a la sociedad y ocupaba un lugar secundario, dentro de las sociedades preindustriales la economía estaba inserta dentro de las instituciones sociales, religiosas, y políticas. En consecuencia, fenómenos como el intercambio, la moneda y los mercados obedecían a motivos diferentes a la ganancia, y la vida económica tenía la ventaja de estar gobernada por la reciprocidad y la distribución.

La globalización financiera, las políticas de desregulación de los mercados en Europa o de ajuste estructural en América Latina modifican medularmente los SPS. La mundialización financiera “designa las interconexiones muy estrechas entre los sistemas monetarios y los mercados financieros nacionales, que resultaron de las medidas de liberalización y desreglamentación adoptadas en primer lugar en los Estados Unidos y el Reino Unido entre 1979 y 1982 y por otros países industrializados en los años siguientes” (Chesnais, 1996, p. 10). En particular estas modificaciones tienen como contexto un cambio en el régimen de acumulación que ha sido caracterizado como de financiarización¹⁵. Esta categoría expresa que en el proceso económico la lógica financiera se sobre pone a la productiva (Giraldo, 2007). Dos resultados se destacan en este proceso: de una parte, los empresarios, por diferenciales en la tasa de ganancia, son más proclives a buscar rentas financieras que a realizar inversiones en el sector real de la economía, situación que tiene consecuencias en la magnitud del desempleo; de otra, se está gestando una política macroeconómica que conduce al empobrecimiento laboral, pues, frente a la magnitud del endeudamiento del empresario con el sector financiero, la disminución en los costos se logra mediante la reducción salarial o la alta rotación laboral.

Como parte de las políticas de ajuste, y en armonía con el discurso ultra liberal, los sistemas de seguridad social se privatizaron o se le dio al capital privado una parte significativa en la prestación de los servicios. El sistema pensional desarrollado en Chile durante la dictadura de Pinochet fue el modelo a seguir por una gran parte de países del continente: Colombia, Argentina, Perú, México, Uruguay, entre otros. Los fondos de pensiones remplazaron al sector público ya sea de manera monopólica o en competencia con los modelos de reparto (Rodríguez, 2002). Estos fondos son los mayores beneficiarios de la mundialización financiera y ponen en peligro no sólo las economías locales por la gran volatilidad originada en la libre entrada y salida de capitales, sino que aumentan el riesgo tanto de los afiliados a los fondos como de los pensionados sobre sus ingresos futuros (Orszag y Stiglitz, 1999).

15 Por régimen de acumulación se “describe la estabilización y la asignación del producto entre consumo y acumulación dentro del largo plazo, con este término se designa al conjunto de regularidades que aseguran una progresión general y relativamente coherente de la acumulación de capital, es decir, que permite reabsorber o proponer distorsiones y desequilibrios que nacen del mismo proceso” (Boyer, 1989, p. 15). Así el régimen de acumulación predominante en los países industrializados durante los años de la posguerra estuvo acompañado de un modo de regulación que incluye la contratación colectiva de los salarios, el incremento de los salarios indirectos, el dinero-crédito de curso legal y las políticas económicas de tipo Keynesiano. Este régimen ha sido tipificado como fordismo.

En materia de salud y riesgos profesionales, además de darle una mayor participación al capital privado en la provisión de servicios, se separaron los dos negocios y se presentó una ruptura en su complementariedad. La búsqueda de equilibrios macroeconómicos y la reducción del déficit fiscal fueron las directrices de las transformaciones de los sistemas de seguridad social. Las sugerencias que en materia de salud dio el Banco Mundial partieron de:

[...] modificar el financiamiento, reducir la responsabilidad del Estado para los tipos de servicios de salud que proporcionan pocos beneficios a toda la sociedad (a diferencia de pocos beneficios directos a los usuarios del servicio), y disponer de más recursos gubernamentales (o públicos) para pagar los servicios que proporcionaban muchos beneficios a la sociedad en su totalidad (Banco Mundial, 1990, p. 2).

Al determinar un paquete de servicios al cual tienen acceso los ciudadanos y prescribir que los catalogados como pobres sólo tienen derecho a la mitad de los servicios del sector formal de la economía, la protección social se acerca a la lógica de mercado. Esto es desvirtuar que la

dimensión aseguradora tiene una función de des-mercantilización de las prestaciones sociales y, por el contrario, ajustar estas últimas a los intercambios de tipo mercantil o exigir vía seguros complementarios, un mayor esfuerzo del beneficiario (Esping-Andersen, 1999).

Otra óptica analítica que podría delinear pistas de investigación sería la de la exclusión social, en la que se sostiene que los SPS se diseñaron, precisamente, para luchar contra este fenómeno¹⁶. Organizaciones como la OPS, la OMS y la OIT se han apoyado en esta categoría definiéndola como “la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo, o grupos de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios de sistema o algunos de los subsistemas de salud existentes en el país sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo” (OPS/OMS, 2002, p.4). Aquellos grupos de la sociedad que no puedan hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud. Tres son las condiciones que debe cumplir la extensión de la protección social en salud: acceso a los servicios (que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud y que las personas puedan tener acceso física y económicamente a ellos), seguridad financiera del hogar (que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica de las familias ni para el desarrollo de sus miembros), y dignidad en la atención (que la atención de salud se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios definidas en un diálogo social). Estas tres dimensiones son imprescindibles y la ausencia de una de ellas determina alguna forma de exclusión social. La pobreza es una de las condiciones más importantes de la exclusión social en salud.

Reconocer que esta situación existe es de por sí un paso significativo, pero otro nivel de análisis es explicar por qué se presenta la exclusión. Las respuestas dentro de la visión heterodoxa estarían asociadas con el régimen de acumulación que conduce a flexibilizar los mercados de trabajo, a precarizar el empleo, y a que los procesos de financiarización de la economía conduzcan a incrementar la vulnerabilidad social. En el orden político se podría lanzar un buen número de hipótesis entre ellas que las reformas pro mercado instauradas en la última década del siglo XX condujeron, en América Latina, a diseñar sistemas impositivos regresivos y a una fiscalidad en que el peso de la deuda (interna y externa) orientara presupuestos que no tuvieron como eje orientador el gasto social. Muchas veces las decisiones de privatizar el sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales) se construyeron en un marco de economía política jalonado por grandes grupos económicos y por sistemas políticos que profundizaron las prácticas clientelistas, con altos niveles de corrupción. Si bien la focalización y los subsidios a la demanda facilitaron, en algunos países, el acceso al sistema de protección social y, de manera adicional, lograron algo de gobernabilidad, fue a costa de transformar los derechos en favores y construir una ciudadanía patrimonial que está en contravía de un proceso democrático.

¹⁶ A propósito de esta categoría existe un debate entre los científicos sociales. Para Castel (2009, p. 340), la primera razón para desconfiar de este término es la heterogeneidad de sus usos que señala un buen número de situaciones diferentes. Es decir, la exclusión no es una categoría analítica. Por ello, Castel prefiere el término desafiliación. Por su parte, Rosanvallon (1995) se inclina por una visión procesual con miras a determinar quiénes son los excluidos.

Por su parte la CEPAL señala que los SPS se han concebido como derechos sociales y entre sus objetivos está combatir la pobreza, la discriminación y los riesgos sociales. Las reformas a estos sistemas deben superar tres desafíos históricos: 1) universalizar la seguridad social, 2) disminuir las marcadas inequidades en el acceso y la calidad de los servicios y 3) mejorar la rentabilidad social de los recursos que se dirigen a estas actividades, mediante cambios en la gestión y la asignación.

POLÍTICAS PÚBLICAS DERIVADAS DE LOS ENFOQUES SOBRE PROTECCIÓN SOCIAL

Cada uno de estos enfoques teóricos sustenta políticas públicas diferentes en materia de protección social y están relacionados con la forma como se analiza y se lucha contra las condiciones de pobreza que campean en el continente¹⁷. Estos dos programas de investigación son las bases de inspiración de las políticas públicas para los componentes constitutivos de los SPS. La manera como ellas se plasman y se formalizan depende, en primer lugar, de la trayectoria histórica –que en materia de protección social ha tenido cada país–, y en segundo lugar, de la economía política que acompaña la expedición de las leyes que transformaron los respectivos sistemas. A *grosso modo* se podría decir que en materia de política social en América Latina los derechos se convierten en favores, dado el contexto de políticas clientelistas existentes en el continente, mientras que en países que pasaron por la experiencia de Estados de Bienestar los derechos se transforman en obligaciones.

¹⁷ De acuerdo con la CEPAL (2008) en América Latina para el año 2007 el 34.1% de la población se encontraba en condiciones de pobreza, es decir que existían 184 millones de pobres y el 12.6% en condiciones de pobreza extrema lo que equivale a 68 millones de indigentes. El 52.1% de la población rural se encuentra en condiciones de pobreza. Esta situación de exclusión social se ve acompañada de una concentración del ingreso. De acuerdo con la CEPAL (2008, p. 53), el estrato conformado por el 40% de los hogares ubicados en la parte inferior capta un promedio del 15% del ingreso total. En contraste, el 10% de los hogares más ricos concentra en promedio el 35% de los ingresos totales. Los países que presentan mayor concentración del ingreso son Brasil (2006) con un coeficiente Gini del 0.590 y Colombia (2005) con 0.584.

Las políticas de protección social auspiciadas por el MSR siempre tienen el componente de lucha contra la pobreza¹⁸. Como se mencionó el MSR no centra sus esfuerzos analíticos en explorar de manera sistemática las causas históricas y estructurales por las cuales una persona se convierte en pobre, sus medidas –aunque en algunos momentos pueden llegar a ser importantes– son de carácter reparativo más que preventivo. Obviamente esta opción escamotea la responsabilidad que han tenido las políticas económicas neoliberales en el incremento de la pobreza. En muchas ocasiones las recomendaciones dadas por los organismos financieros, tipo Banco Mundial y FMI, conducen a

extender y profundizar la pobreza. La desregulación financiera, la flexibilidad laboral, las reformas fiscales con un alto componente de impuestos indirectos, la apertura discriminada, la reducción del gasto público en materia social en aras del equilibrio macroeconómico y la financiación de los sistemas de protección concebida como impuestos a la nómina, harían parte del vademécum de las políticas que conducen a la desafiliación¹⁹.

Como ejemplos de políticas inspiradas en el MSR se podrían mencionar los programas de transferencias condicionadas y las transformaciones en los sistemas de salud que tienen como modelo el caso colombiano, que se piensan implementar en Perú y en México para sólo citar algunos casos. Dos componentes son comunes en estas políticas, en primer lugar, la renuncia a la universalización de los SPS y el fortalecimiento de los procesos de focalización, en los que se selecciona qué pobres ameritan ser protegidos y cuáles quedan excluidos de la protección. En segundo lugar, su sustento en los subsidios, la demanda, la descentralización y una protección social brindada desde el mercado, repercuten en la fragmentación social y el debilitamiento de la cohesión social.

18 “La cuestión de la función de control de las políticas sociales y, más allá de su función política, han sido muy ocultadas en el reciente período. Si se trata de la lucha contra la pobreza en los períodos antiguos, principalmente en Europa, –del siglo XVI al XIX–, hay un consenso entre los historiadores sobre el hecho de que la lucha contra la pobreza no servía solamente para ayudar a los pobres, sino que también servía para controlarlos. El objetivo de esta lucha no es erradicar la pobreza, sino contenerla dentro de límites aceptables políticamente, y permitir el cumplimiento de la función política de la pobreza” (Lautier, 2006, p. 669).

19 Los economistas de la corriente estándar proclaman que el crecimiento económico es una condición *sine qua non* para disminuir la pobreza. La validez de esta afirmación depende de la forma como se distribuye el ingreso en un país. Según Salama (2005, p. 43) “La fluctuación del PIB no induce una fluctuación inversa de la pobreza. Cuando el crecimiento disminuye, los pobres se ven afectados de manera más que proporcional por esta disminución; y cuando el crecimiento aumenta, el nivel de pobreza se mantiene estable, cuando no empeora, durante un período más o menos largo (en función de los efectos redistributivos en curso)”.

Se podría señalar que los elementos definitorios de las políticas auspiciadas por el Banco Mundial:

Se fueron desarrollando a través de coberturas temporales, compensatorias y no siempre de calidad, que dejaron de lado la importancia de asegurar servicios homogéneos y con estándares de calidad para todos, que permitieron construir sociedades equitativas y sostenibles, a la vez que para fortalecer el ejercicio ciudadano. Al concentrar la acción del Estado hacia los pobres –que, valga decirlo, no es toda la acción del Estado, pues parte importante de los recursos estatales continuó llegando a los quintiles superiores– y al hacerlo de manera asistencial, durante los últimos años se perdió de vista la importancia de los servicios de derecho universal y la responsabilidad que le cabe al Estado para proveerlos (BID, 2006, p. 1).

Otros análisis han hecho hincapié en que una estrategia construida sobre la universalidad tiene mayores repercusiones en la lucha contra la pobreza que la focalización (Ocampo, 2008). Una de las razones para superar la focalización está asociada con que los efectos redistributivos del gasto tienen mayor impacto en la medida en que la cobertura se expande.

En la línea de pensamiento de Holzmann, los recursos públicos, como es el caso de las transferencias, juegan un papel fundamental en tanto “ayudan a los hogares a enfrentar los riesgos de salud, desempleo, pérdida de cosechas y redistribuyen ingresos hacia los más pobres” (Ferranti, Perry, Ferreira y Walton, 2003), de modo que en el largo plazo se ampliaría la propiedad de activos y se transitaría a sociedades más equitativas. En esta óptica se deben fomentar programas puntuales como: ancianos pobres, familias en acción, programas focalizados, además de las acciones orientadas a fortalecer el capital humano, tales como las políticas en salud y educación. En el mediano plazo los efectos de dichas acciones deben ser el mejoramiento de las oportunidades económicas, del nivel social y de la influencia política (Ferranti, et al. 2003).

Los programas de transferencias condicionadas se pueden catalogar como subsidios al consumo. Normalmente se focalizan en familias con condiciones de pobreza extrema a cambio de la comprobación de la asistencia a programas de crecimiento, desarrollo, y vacunación para niños y niñas menores de cinco años, de control prenatal para mujeres gestantes y/o permanencia escolar de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años. Estos programas hacen presencia en toda la región bajo diferentes nombres: Bolsa de Familia en Brasil, en Argentina Familias por la Inclusión Social, en Ecuador Bono de Desarrollo Humano, en Colombia Familias en Acción, en Costa Rica Avancemos, en Salvador Programa Red Solidaria, en Panamá Red de Oportunidades, en México Oportunidades, sólo para nombrar algunos de los más importantes²⁰.

Si bien estos recursos son significativos para aquellas familias que “ameritan” ser socorridas, este asistencialismo ha sido a nivel regional fuente de corrupción y, sobre todo, el ámbito especial para las prácticas clientelistas. En últimas no son herramientas de “lucha contra la pobreza” en tanto los beneficiarios pueden solventar su situación, pero con estas políticas no podrán salir de lo que se conoce como la trampa de la pobreza.

Tal vez la política pública donde mejor se puede apreciar el MSR es en la reforma en salud en Colombia conocida como la Ley 100 de 1993. Si bien en los momentos en que esta ley fue expedida, la política social tenía la vieja orientación; los ajustes al sistema de salud adoptados con la Ley 1122 del 2007 se adecuaban plenamente a la nueva orientación teórica. Entre otras razones porque, en esa coyuntura, las ideas centrales del MSR fueron acogidas como políticas de Estado, en particular con la expedición de la Ley 797 del 2002 que suprimió los antiguos Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social y Ministerio de Salud, dando paso al Ministerio de la Protección Social²¹.

20 Un análisis de esos programas se puede consultar en el informe final del grupo Colombia-Nodo conjunto regional para América Latina de la Red SEKN “The Who Social Exclusion Knowledge Network” 2008, elaborado por Mario Hernández, Amparo Hernández, Oscar Rodríguez, Mauricio Torres, Manuel Vega, Alejandro Perdomo, et al.

El sistema de salud en Colombia tiene dos componentes contruidos sobre el aseguramiento: el régimen contributivo que funciona por aportes (cancelados en dos terceras partes por el patrón y una tercera parte por el trabajador) y el régimen subsidiado o de salud para pobres (que funciona con subsidios a la demanda) financiado con aportes fiscales y recursos denominados parafiscales (un 1% de los salarios de aquellos trabajadores que devenguen más de cuatro salarios mínimos). Hasta el presente, existe una discriminación en términos de servicios por cuanto –como se mencionó anteriormente– los pobres sólo reciben la mitad de servicios que el sector formal de la economía. Es decir que se trata de un régimen tremendamente inequitativo. Por fuera del aseguramiento se encuentra el sector llamado *vinculados*, que en caso de enfermedad debe acudir a los hospitales.

Varios problemas que enfrenta el sistema persisten por la debilidad que tiene el Estado en los procesos de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), ya sea para hacer que las aseguradoras en salud cumplan su papel de garantes de la prestación de servicios con oportunidad y calidad (las tutelas se han convertido en una forma normal de acceso al sistema), o evitar desvíos de recursos del régimen subsidiado, o que los dineros no sean apropiados por grupos armados o por la corrupción política. Otro indicador de la debilidad regulatoria son los altos índices de evasión y elusión que presenta el sistema (Rodríguez, et al. 2008).

Para el MSR la focalización es un proceso clave para diferenciar la población que amerita servicios de la que debe ser excluida aunque sea temporalmente. Los procesos de focalización no son neutros: ellos se implantan en un contexto social y toman cuerpo dentro de él, cambian el rumbo de la ejecución de las políticas públicas y se nutren de elementos del contexto político y cultural. De acuerdo con ejercicios estadísticos realizados por el grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), los errores de inclusión para el 2006 (pobres que no deberían recibir subsidios) es del 26% y los errores de exclusión se acerca al 24% (Fresneda, 2008). El proceso de selección de pobres y los subsidios a la demanda llevan inherente el estigma social: el pobre debe declararse como tal para poder acceder al derecho a la salud y, en la mayoría de los casos, conllevan contrapartidas en el comportamiento electoral. Como parte de las políticas auspiciadas bajo las orientaciones del MSR se podría estudiar el sistema de salud diseñado para atender la población en condiciones de desplazamiento²².

21 Las ideas sobre el MSR adoptadas por la Banca Multilateral (Banco Mundial, BID) fueron asumidas por la primera administración del presidente Uribe con la expedición de los documentos Conpes 3144 del 2001 y 3187 del 2002, mediante los cuales se crearon el Sistema del Riesgo y el Fondo de Equilibrio de Protección Social.

La alternativa teórica para investigar los SPS, catalogada como estructuralismo abierto sirve de inspiración a políticas con vocación universalista. Se podría decir que las recomendaciones contruidas sobre esta orientación teórica, para organizar los SPS, son herederas de la experiencia vivida por los Estados de Bienestar. Las posibilidades de poner en práctica las recomendaciones de este modelo dependen de la economía política de cada país, es decir, de la correlación de fuerzas de los grupos sociales y de la manera como influyen en el orden político. No está de más recordar que la implantación de un SPS es una decisión política.

Son razones políticas y crediticias las que explican por qué la mayoría de los países de la región siguen de cerca las orientaciones del MSR. Los préstamos otorgados por la Banca Multilateral, por ejemplo para Familias en Acción, son delineados dentro de la concepción del MSR.

De contera, en materia de política económica los preceptos de la ortodoxia articulan las relaciones entre Estado y mercado²³. La actual crisis está cuestionando estas políticas, y las viejas doctrinas que se pensaban derrotadas se vuelven a retomar, como los modelos post-keynesianos y neoestructuralistas.

Los modelos de Protección Social son ante todo decisiones políticas asociadas al compromiso del Estado, de las fuerzas parlamentarias para optar por una forma de proteger a la sociedad. Por ejemplo, mutualizar recursos requiere discutir acerca de la manera como la sociedad define el gasto y cómo por medio del sistema impositivo se captan los recursos. Cuando se discuten los presupuestos destinados a los SPS, se hace explícito el tipo de sociedad que se quiere construir. No podemos dejar de lado la consideración de que existe una estrecha relación entre el análisis económico y la esfera de lo político. La mayor parte de los problemas económicos se encuentran asociados a la intervención de poderes públicos, la repartición de la riqueza y de los ingresos entre los individuos, los conflictos de intereses entre los grupos sociales y la competencia entre naciones. En el plano de la política económica se puede concluir que no existe la “supuesta neutralidad” en las decisiones que toman los gobiernos en materia de intervención del Estado, siempre se favorecerá a determinados grupos sociales en detrimento de otros.

22 Este análisis es presentado en el trabajo de Amparo Hernández, Román Vega y Marta Lucía Gutiérrez, que hace parte de esta publicación.

23 Théret (2008) se pregunta ¿Cuál es la razón por la cual el modelo de la ciencia económica tiene éxito? Justamente porque le es útil a los políticos al ser muy reductor, permite cuantificar las cosas de manera simple y obtener cifras de referencia para mostrar políticas y llevarlas a cabo. Pero el problema es que, aunque sea simple de utilizar, puede producir resultados bastantes desastrosos a nivel de la sociedad, particularmente de la inclusión social. Por el contrario, podemos oponer a este método el de las ciencias sociales que actualiza la variedad finita de soluciones que la humanidad ha inventado para vivir en sociedad.

Como alternativas de política se podrían citar los sistemas contruidos sobre una renta ciudadana o un ingreso de ciudadanía y el Estado como empleador de última instancia (Raventós y Bertomeu, 2005). Con relación a la primera modalidad se define como renta básica un ingreso (al menos de la misma cantidad que el umbral de la pobreza) pagado por el Estado, como derecho de ciudadanía, a cada miembro de

pleno derecho o residente de la sociedad, incluso si no quiere trabajar de forma remunerada, sin tomar en consideración si es rico o pobre; o expresado de otra forma, independientemente de cuáles puedan ser las otras posibles fuentes de renta y sin importar con quién conviva.

Frente a la actual coyuntura de crisis económica (tasa de desempleo en España y el Reino Unido del 17%, informalidad en Colombia del 50%, uno de los propulsores de la política de renta básica (periódico virtual Sin Permiso) encuentra las siguientes ventajas en esta política: 1) Con una Renta Básica (RB) por tiempo indefinido e incondicional, la pérdida del puesto de trabajo no tendría consecuencias tan preocupantes para el bienestar de los damnificados. 2) La RB permitiría una reducción del riesgo a las personas que hubieran emprendido proyectos de auto ocupación. En este sentido, la RB sería más eficiente que el micro-crédito para estimular la creación de micro empresas y de cooperativas, porque significaría un ingreso estable, permanente y que no genera deuda. 3) La RB podría representar, en caso de huelgas obreras, una especie de caja de resistencia incondicional cuyos efectos para el fortalecimiento del poder de negociación de los trabajadores son fáciles de calibrar. 4) La crisis revela claramente la importancia de tener una RB universal e incondicional como forma de prevenir la emergencia de nuevos pobres frente a la crisis, objetivo que no pueden lograr los múltiples programas asistenciales que pululan en América Latina y que exigen la comprobación de su situación de necesidad para recibir un beneficio²⁴.

Esta opción además de contar con una propuesta técnica en el sentido que se debe evaluar su forma de financiación, su estabilidad financiera y su modelo institucional, toca necesariamente problemas de economía política.

Otra posible alternativa de lucha contra la pobreza es la de cumplir con los compromisos firmados por la mayoría de estados latinoamericanos sobre Trabajo Decente. Mediante esta Convención (firmada por jefes de Estado y de Gobierno de 34 países durante la IV Cumbre de las Américas, realizada en Mar de Plata en el 2005) los estados se comprometieron a buscar la inclusión social, por cuanto no es lógico que quienes trabajan se encuentren en condiciones de pobreza. De este modo uno de los acuerdos fue:

Implementar políticas activas que generen trabajo decente, dirigidas a crear las condiciones de empleo de calidad, que doten a las políticas económicas y a la globalización de un fuerte contenido ético y humano poniendo a la persona en el centro del trabajo, la empresa y la economía. Promoveremos el trabajo decente, es decir, los derechos fundamentales en el trabajo; el empleo; la protección social y el diálogo social (OIT, 2006, p. 23).

El trabajo decente lo define este organismo como aquel trabajo productivo, justamente remunerado y ejercido en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana (OIT, 2006, p. 22).

Las políticas interrelacionadas con la generación de trabajo decente tocan cuatro áreas estratégicas: 1) Respeto efectivo de los principios y derechos fundamentales en el trabajo (la libertad de asociación, la libertad sindical y el derecho de negociación colectiva; la eliminación del trabajo forzoso u obligatorio; la abolición del trabajo infantil; la eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación). 2) La generación de mayores oportunidades de empleo a través del crecimiento económico sostenido. 3) Mayor eficiencia y cobertura de la protección social y 4) La promoción del tripartismo entre organizaciones de trabajadores, de empleadores y de gobiernos, y del mecanismo del diálogo social como medio de legitimación social de las políticas de promoción de trabajo decente (OIT, 2006, p. 22).

²⁴ Este programa es expuesto por Lo Vuolo Rubén y Raventós Daniel. 2009. “La renta básica; una buena propuesta en tiempos de bonanza, muy buena en tiempo de crisis. Comentario sobre Argentina, el Reino Unido y España”. En *Semanario Virtual Caja de Herramientas*, 169.

Una pregunta que se podría formular es ¿por qué a pesar de que un gran número de países –entre ellos Colombia– ha firmado la Convención de Trabajo Decente, el empleo de la región sigue precario e informal? La respuesta tiene que ver más con que el trabajo sigue siendo considerado un costo, y no como el elemento determinante tanto del proceso económico, como de la cohesión social. Obviamente otro nivel de explicación estaría relacionado con la dinámica que la financiarización impone al mercado laboral.

A manera de conclusión podríamos decir, siguiendo a Castel (2009, p. 263), que la discusión sobre la protección que una sociedad debe brindar a un individuo, teniendo como eje los derechos sociales, debe revestir una importancia similar a la que se le otorga al debate sobre salario mínimo. Dicha protección consiste en un cierto número de derechos, como: el de ser curado cuando se está enfermo (derecho a la salud), el de ocupar un espacio propio (derecho a la vivienda), el de prestaciones decentes cuando no se pueda trabajar (derecho a la pensión en caso de incapacidad síquica o física) o si se encuentra en condición de interrupción del trabajo (desempleo, períodos de alternancia entre dos empleos, etc.), y a una formación verdadera que pueda enfrentar los cambios tecnológicos.

BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial. (1990). *Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo*. Washington.

_____. (2000). *Informe sobre el Desarrollo Mundial*. Washington.

_____. (2001/2002). *Informe sobre el Desarrollo Mundial*. Washington.

_____. (2002). *Globalización, crecimiento y pobreza*. Bogotá: Alfaomega.

_____. (2005). En D. Ferranti, G. Perry, F. Ferreira y M. Walton. *Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿Ruptura con la historia?* Washington: Banco Mundial.

- Banco Interamericano de Desarrollo BID. (2001). *Protección Social para la equidad y el crecimiento*. Washington.
- Beck, U. (2002). *La sociedad de riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
- Boyer, R. (1999). *La teoría de la regulación. Un análisis crítico*. Buenos Aires: Humanitas.
- Billaudot, B. (2001). *Régulation et croissance*. Paris: L'Harmattan.
- Dardot, P. y Laval, C. (2009). *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*. Paris: La découverte.
- Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, status de l'individu*. Paris: Seuil.
- _____. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
- CEPAL. (2008). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Chenais, F. (1996). *La mondialisation financière. Genèse, coût et enjeux*. Paris: Syros.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Les trois mondes de l'État-providence. Essais sur le capitalisme moderne*. Paris: PUF.
- Fernando, F., Molina, C. G., Papadópulos, J. y Tovar, F. (2006). Universalismo Básico; Una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina, en Banco Interamericano de Desarrollo BID. *Serie documentos de trabajo*, 1-57.
- Ferranti, D., Perry, G., Ferreira, F. y Walton, M. (2003) *Desigualdad en América Latina y el Caribe ¿Ruptura con la Historia?* Washington: Banco Mundial.
- Fresneda, O. (2008). Dificultades, avances y retrocesos del sistema de salud para pobres. En: Arévalo, Décsi y Martínez, Félix. *¿Ha mejorado el acceso en Salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado*. Segunda edición. Bogota: Ministerio de Protección Social.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique*. Paris: Seuil.
- Friedman, M. (1966). *Capitalismo y libertad*. Madrid: Editorial Rialp.
- Giraldo, C. (2007). *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Desde abajo. Universidad Nacional.
- Holzmann, R. y Jorgensen, S. (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
- James, E. y Holzmann, R. (1994). *Envejecimiento sin crisis*. Washington: Banco Mundial.
- Lander, E. (2000). Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. En E. Lander (Ed.). *La Colonialidad del Saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires, Argentina, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales: CLACSO.
- Lautier, B. (1998). Représentations et régulations étatiques de la pauvreté en Amérique Latine. En Richard Poulin y Pierre Salama (Eds.). *L'insoutenable misère du monde*. Québec: Editions Vents d'Ouest.
- _____. (2006). Las condiciones políticas para la universalización de la protección social en América Latina. En Yves Le Bonniec y Oscar Rodríguez Salazar (Eds.). *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de Protección Social*. CID Universidad Nacional de Colombia.
- Lautier, B. y Théret, B (1993). État et protection sociale: une comparaison entre l'Europe et l'Amérique latine. *Cahiers des Amériques latines*, 15.
- Lo Vuolo, R. y Raventós, D. (2009). La renta básica: una buena propuesta en tiempos de bonanza, muy buena en tiempos de crisis. Comentario sobre Argentina, el Reino Unido y España. *Semanario Virtual. Caja de Herramientas*, 169.

- Luhman, N. (2007). Riesgo y peligro. En Josetxo Beriain y Maya Aguiluz (Eds.). *Las contradicciones culturales de la modernidad*. Barcelona: Anthropos.
- Mendes-Pereira, J. (2005). *El Banco Mundial y la reforma del Estado; ¿Más allá del Consenso de Washington?* Rio de Janeiro: La Jiribilla.
- Mollat, M. (1998). *Pobres, humildes y miserables en la edad media*. México: Fondo de Cultura económica.
- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y comportamiento económico*. México: Fondo de Cultura económica.
- Ocampo, J. A. (2008). Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización. *Revista Nueva Sociedad*, 215.
- OPS/OMS (septiembre, 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. 26^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington.
- Organización Internacional del Trabajo OIT (2006). *Panorama laboral 2006. América Latina y el Caribe*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- Orszag, P. y Stiglitz, J. (1999). *Diez mitos sobre los sistemas de seguridad social*. Washington: Banco Mundial.
- Polanyi, K. (1997). *La gran transformación crítica al liberalismo económico*. Madrid: La Piqueta.
- Raventós, D. y Bertomeu, M.J. (2006). La renta básica ciudadana como derecho de existencia: vivir sin permiso de otro. En Yves Le Bonniec y Oscar Rodríguez Salazar (Eds.). *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de Protección Social*. Bogotá: CID Universidad Nacional de Colombia, DABS, Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Red SEKN (2007). The Who Social Exclusion Network. *Informe final del grupo Colombia-Nodo conjunto regional para América Latina*.
- Rodríguez–Salazar, O. (2002). Reformas pro-mercado y seguridad social. En Oscar Rodríguez-Salazar (Ed.). *¿Hacia una reforma del sistema de seguridad social: salud, pensiones y riesgos profesionales?* (colección La seguridad social en la Encrucijada. Tomo III). Bogotá: CID, Universidad Nacional, Ministerio de Salud.
- Rosanvallon, P. (1995). *La nueva cuestión social*. Buenos Aires: Manantial.
- Salama, P. (2005). Régimen de crecimiento, vulnerabilidad financiera y protección social en América Latina. Condiciones macro para la eficiencia de la lucha contra la pobreza. En Oscar Rodríguez-Salazar (Coord.). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Bogotá: CID, Universidad Nacional de Colombia.
- Théret, B. (1995). De la comparabilité des systèmes nationaux de protection sociale dans les sociétés salariales. Essai d’analyse structurale. En *Coloque franco-allemand “Comparer les systèmes de protection sociales en Europe”* (pp. 439-503). Berlín: MIRE.
- _____. (2006). Sistemas de protección social y representación política. Una perspectiva comparativa y estructural. En Yves Le Bonniec y Oscar Rodríguez-Salazar. *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Bogotá: CID, Universidad Nacional de Colombia, DABS, Alcaldía Mayor de Bogotá.
- _____. (2008). Crecimiento económico, desigualdad de ingresos e inclusión social. Un punto de vista regulacionista. En Marta Novick y Guillermo Pérez (Eds.). *El Estado y la reconfiguración de la protección social. Asuntos pendientes*. Instituto Di Tella, Ministerio de Trabajo, Cátedra Unesco, Siglo XXI.
- Williamson, O. (1989). *Las instituciones económicas del capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL ESTADO SOCIAL LATINOAMERICANO: COYUNTURAS CRÍTICAS, DECISIONES CRÍTICAS¹

Fernando Filgueira

INTRODUCCIÓN

La ciudadanía civil, política y social en América Latina ha estado marcada por su fragilidad a lo largo del siglo XX. En la región, el Estado Social² ha estado inevitablemente ligado al desarrollo de Estados y burocracias modernas, a la emergencia de un nuevo modelo de desarrollo y a la política de masas.

Si bien la democracia y las luchas democráticas han sido un elemento más débil que la expansión del Estado y la Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) en la construcción de los Estados de Bienestar de la región, no significa que la existencia o no de regímenes democráticos haya sido o sea irrelevante para los Estados Sociales. La evidencia para cada país y los análisis comparados sugieren que tanto las reglas formales de la democracia como la calidad y el nivel de la incorporación política alcanzada por los regímenes políticos latinoamericanos, han jugado y pueden jugar en el futuro un rol muy importante. Cuando se considera el efecto de la estabilidad democrática (años de reglas democráticas ininterrumpidas) entre los años 1950 y 1990 en el tamaño del Estado Social, considerado como gasto social sobre el Producto Interno Bruto (PIB), se aprecia que no existe relación alguna.

1 Esta es una versión revisada y editada de un trabajo anterior encomendado por el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD) realizado en 2005. Agradezco a Yusuf Bangura, Jorge Papadópulos y Federico Tobar por sus comentarios. También quiero agradecer, más allá de las referencias y citas apropiadas, a la inspiración, los análisis y los datos provenientes de los estudios de Carmelo Mesa-Lago y Evelyne Huber. Los errores que puedan presentarse serán por supuesto mi responsabilidad.

2 En América Latina no existe el Estado de Bienestar. Esta afirmación se corrobora de dos formas: en primer lugar, ningún sistema de políticas sociales en América Latina se puede considerar un Estado de Bienestar verdadero al carecer todos ellos de coberturas y calidades adecuadas en sus prestaciones sociales. En segundo lugar, si consideramos a sus sistemas de políticas sociales como algo que se parece a un Estado de Bienestar, tendríamos que hablar de por lo menos tres tipos diferentes de Estados de Bienestar. Al no etiquetarlos como Estados de Bienestar, me referiré al sistema de políticas sociales y protección social como Estados Sociales. América Latina tiene, efectivamente, Estados Sociales, si por este término entendemos esos aspectos y acciones que desarrolla el Estado bajo la forma de un grupo de políticas relacionadas con transferencias, subsidios y servicios que se asemejan a una red de seguridad social y a un conjunto de transferencias y servicios redistributivos.

FIGURA 1

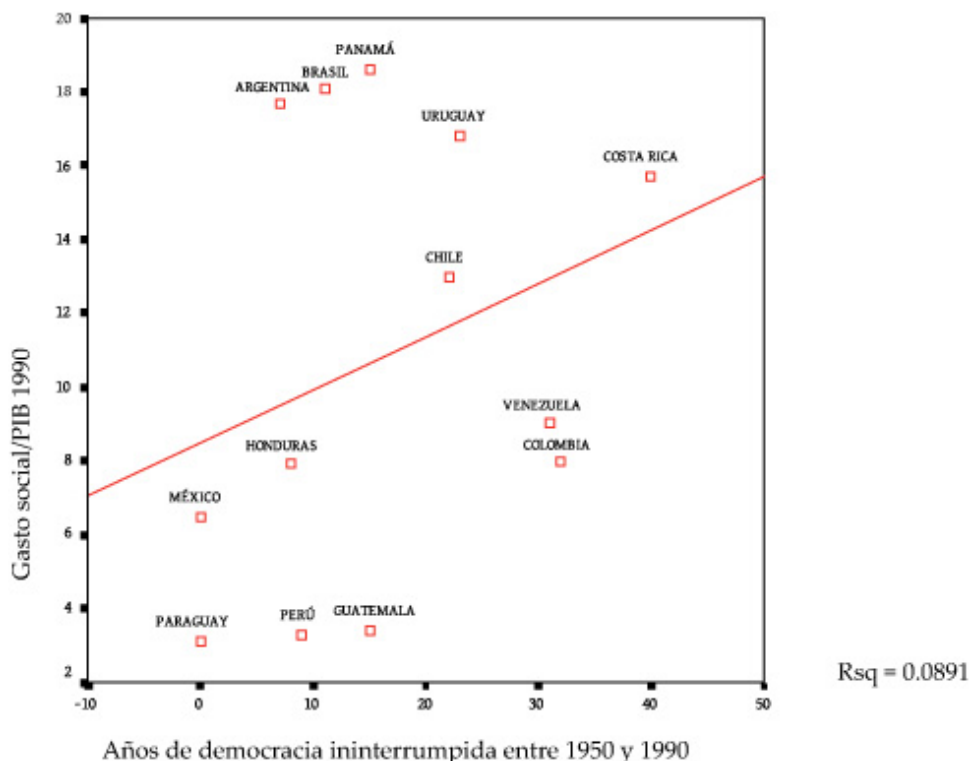
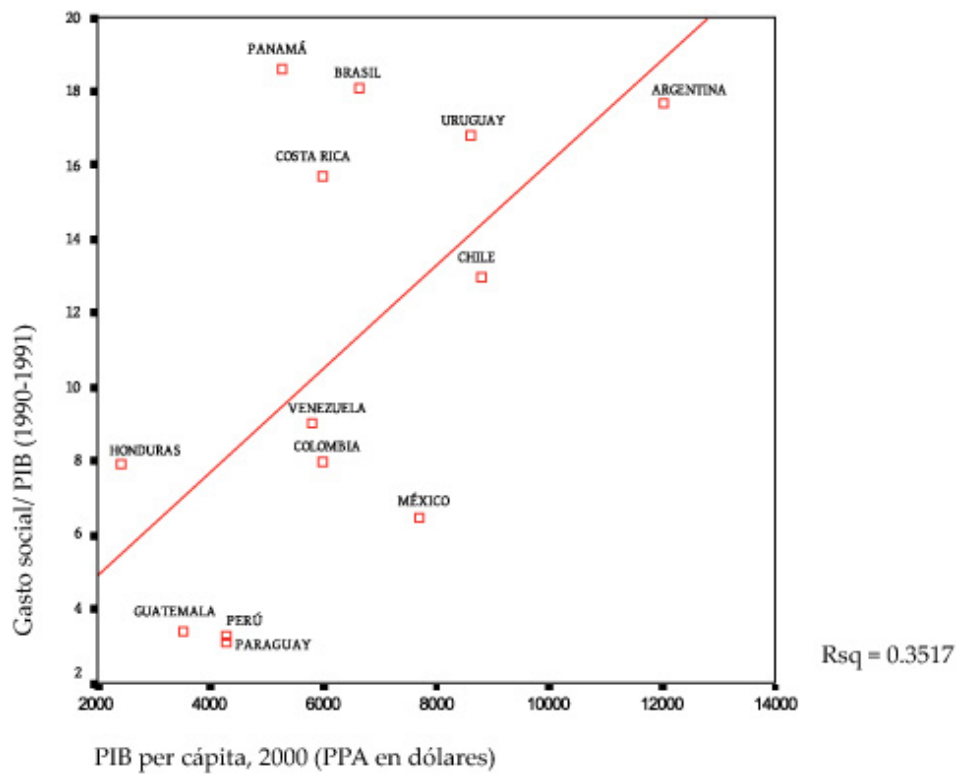
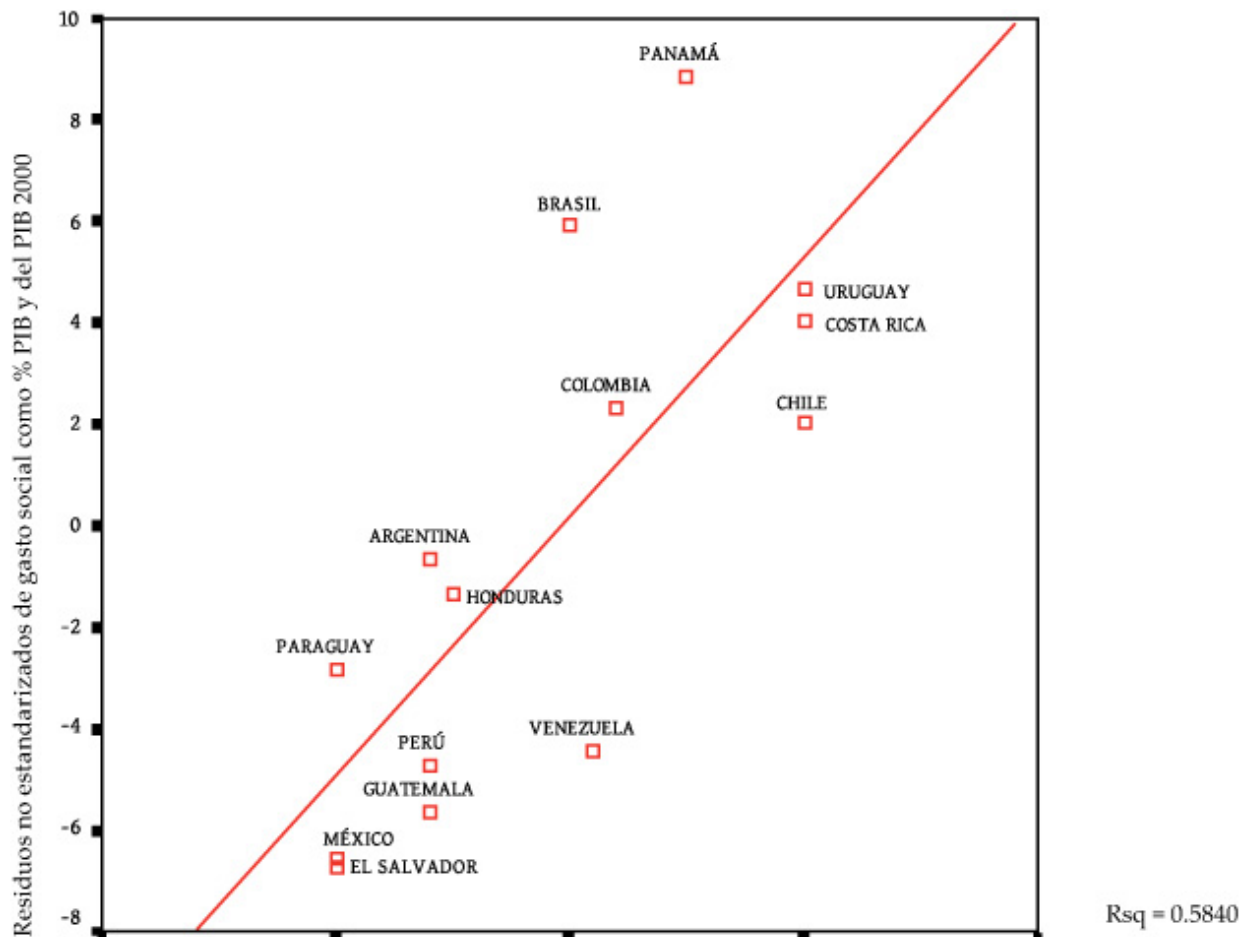


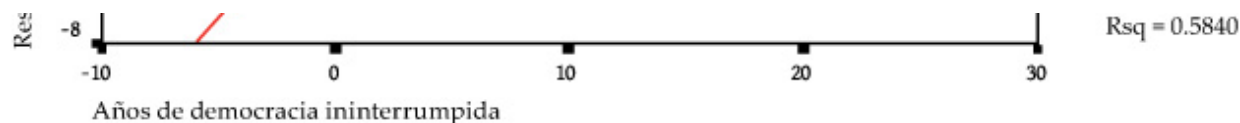
FIGURA 2



Sin embargo, la hipótesis que vincula democracia y Estado de Bienestar puede ser considerada seriamente si se analiza el período de 1950 a 1970. En estos años, el corporativismo y el autoritarismo se extendieron en la región con la excepción de algunos países en donde la democracia se afianzó. Allí donde la democracia se hizo más fuerte y sobrevivió durante períodos relativamente largos en este tiempo, el gasto social 30 años después es claramente más alto de lo que se esperaría dado su PIB. En contraste, donde la democracia fue débil o inexistente entre los 50 y 70, el gasto social es más bajo, nuevamente 30 años después, de lo que debía esperarse dado su PIB.

FIGURA 3. RELACIÓN ENTRE AÑOS DE DEMOCRACIA ININTERRUMPIDA ENTRE 1950 Y 1970 Y EL RESIDUO NO ESTANDARIZADO DEL GASTO SOCIAL SOBRE PIB Y PIB PER CÁPITA, 2000





Fuente: el autor, basado en los datos de Przeworski et al. 2000, UNDP Human Development Report, y CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2000, 2001, 2002.

Este hallazgo no prueba una relación entre democracia y desarrollo del Estado Social. Tanto los datos como el número de casos, así como las falacias que toda conclusión implica dada la discordancia cronológica entre los datos, sugieren cautela. Pero la evidencia presenta un curioso patrón y ninguna explicación alternativa parece obvia. La hipótesis que aquí mejor se adecúa a los datos es que la relación entre democracia y expansión del bienestar es fuertemente *path dependent*; depende de la ruta elegida tempranamente y de la combinación de modelos de desarrollo con régimen político. Cuando se combinan oleadas importantes de desarrollo bajo cierto modelo (el modelo de ISI) con un gobierno democrático estable, se debe esperar un esfuerzo de política social a largo plazo mucho más allá del esfuerzo social promedio esperable dado el PIB del país. Si esta hipótesis es verosímil, luego la hegemonía democrática actual en la región, quizás sea la base para un nuevo empuje con respecto a esfuerzos de política social. Quizás ayude de igual forma no sólo a aumentar el gasto social, sino también a proporcionar una arquitectura más igualitaria al Estado Social latinoamericano.

UNA TIPOLOGÍA DE ESTADOS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA HASTA LOS AÑOS SETENTA

Para comprender y comparar al Estado Social latinoamericano, se requiere una clasificación tipológica en vez de una continua. Asimismo, la explicación para el desarrollo nacional diferencial del Estado Social no será de carácter lineal y evolutivo, sino que será *path-dependent* y de tipo estructural. En otras palabras, la explicación de la naturaleza de los sistemas de bienestar en la región tiene sus principales claves en las variables estructurales y en las secuencias históricas, en vez de los singulares puntos de partida temporales y sus correspondientes grados de madurez.

Los indicadores fundamentales a considerarse serán: la cobertura (hasta cierto punto el “cómo se gasta”), el gasto (el “cuánto se gasta”) y la distribución por sector, y los niveles de servicios dados (otra aproximación adicional de “cómo se gasta”). Nuestros intereses están en el “cómo” relacionado con el tema de distribución sectorial y la cobertura poblacional y en un segundo nivel, lo relacionado con la desmercantilización. Una vez que consideramos algunas variables básicas con respecto al esfuerzo y la cobertura, pueden ser claramente identificados tres distintos tipos de Estado Social. Argentina, Uruguay y Chile (Costa Rica sólo en los años ochenta) ofrecieron cobertura universal o casi universal con respecto a la seguridad social para la población económicamente activa, incorporación total en la enseñanza primaria, y servicios básicos de salud a toda o casi toda su población.

A excepción de la educación, los países del Cono Sur presentaron un fuerte patrón de estratificación en todas las otras áreas del Estado Social. Brasil y México (junto con países como Venezuela, Panamá y en menor grado Colombia) representan los casos de Estados Sociales duales, donde una gran parte de la población fue cubierta por servicios sociales y esquemas de mantenimiento de ingresos, también de una manera fuertemente estratificada, y otra gran parte de la población permaneció fuera del sistema estatal de protección. Por último, países como El Salvador, Honduras, Bolivia, Ecuador y Guatemala (aunque el último lo fue en menor grado) pueden ser denominados adecuadamente como Estados Sociales excluyentes, donde una pequeña y privilegiada parte de la población tuvo acceso a protección social, en tanto la gran mayoría no accedió hasta los años setenta a formas básicas de protección social.

CUADRO 1. VARIABLES SELECCIONADAS SOBRE EL TIPO DE ESFUERZO DE POLÍTICA SOCIAL DE LOS ESTADOS SOCIALES, 1970*

	PEA cubierta por Seguridad Social (%)	Población total cubierta por Seguridad Social (%)	Gasto social como % del PIB	Niños menores un año vacunados contra la tuberculosis (%)	Tasa de enrolamiento primario bruto (%)	Tasa de enrolamiento secundario bruto (%)
Universalismo estratificado	83,30	67,93	15,63	96,00	108,00	47,33
Dual	50,20	27,55	8,65	73,00	93,00	24,00
Excluyente	16,30	9,20	2,75	37,50	80,33	18,00

* Promedios no ponderados.

Fuentes: Mesa-Lago, 1991; World Bank, World Development Report, 1994; Miranda, 1994; Cominetti, 1994.

El desarrollo de estos diferentes sistemas de la protección social tenía una marcada repercusión sobre las variables relacionadas con el bienestar social como puede observarse en el Cuadro 2. El razonamiento de que estas diferencias pueden explicarse fácilmente por su nivel de PIB per cápita, no soporta siquiera una simple prueba empírica. Como puede observarse en la Figura 4, los residuos no estandarizados entre el PIB y el desarrollo social (medido a través de los hogares debajo del umbral de pobreza) muestran un patrón claro donde los países universalistas, duales y excluyentes presentan un ajuste casi perfecto con la hipótesis presentada anteriormente.

CUADRO 2. INDICADORES SOCIALES DE DESARROLLO SELECCIONADOS POR TIPOS DE ESTADOS SOCIALES, 1970*

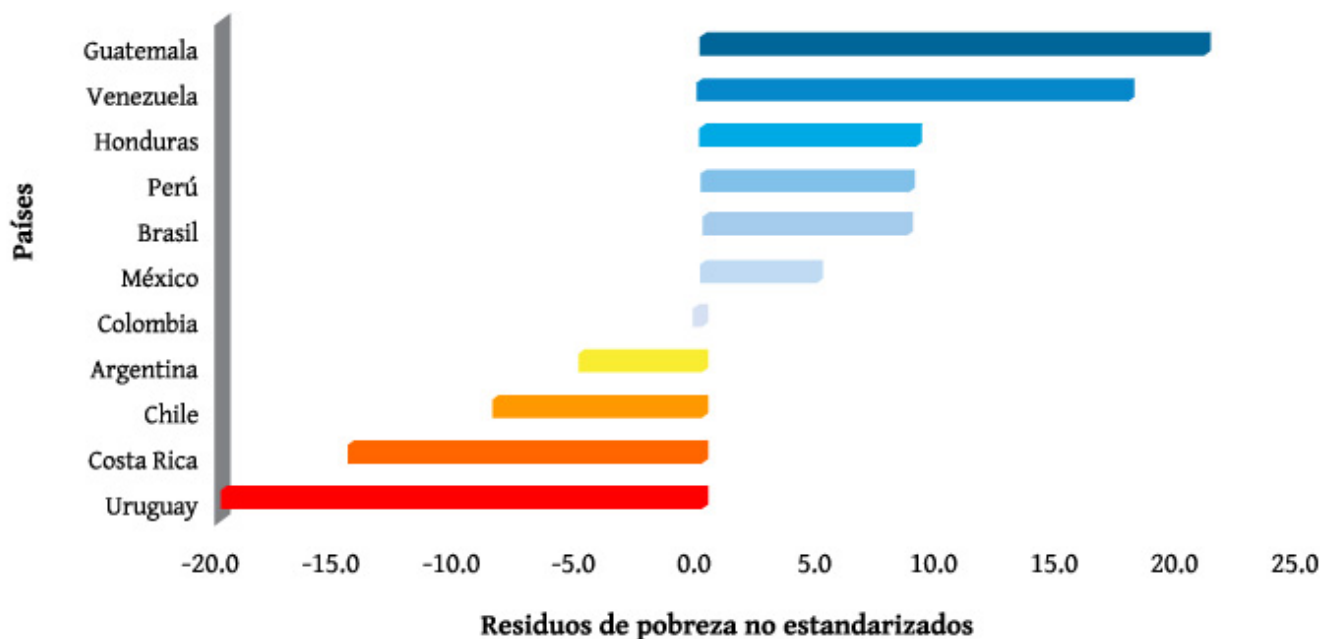
	Hogares bajo el umbral de pobreza(%)	Hogares bajo el umbral de indigencia(%)	Tasa de analfabetismo (%)	Mortalidad infantil (tasa por 1000 nacidos vivos)	Expectativa de vida al nacer (años)
Universalismo estratificado	11,67	3,67	9,53	50,00	67,07
Dual	41,50	18,50	29,70	77,50	61,25
Excluyente	62,50	31,33	40,40	112,00	54,08

* Promedios no ponderados.

Fuentes: ECLAC, Panorama Social de América Latina, 1995; ECLAC, Anuario Estadístico de América Latina, 1980.

Las diferencias en los caminos de formación del Estado Social radican en la economía política y en la política de los diferentes países. Los casos considerados excluyentes no serán parte de este análisis. Esto se debe tanto a razones de espacio como al hecho de que la mayoría de estos países, no tienen en realidad ni un Estado Social ni un Estado de cualquier tipo hasta los años setenta, sino un “aparato coercitivo al servicio de los privilegiados”.³

³ Para más detalles sobre estos casos, ver Filgueira (1998; 2004).

FIGURA 4. RESIDUOS DE POBREZA NO ESTANDARIZADOS BASADO EN LA REGRESIÓN ENTRE EL PIB

Fuente: ECLAC, 1994

LA ECONOMÍA POLÍTICA Y LA POLÍTICA DE LOS ESTADOS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA

En Argentina y Uruguay el Modelo de Sustitución de Importaciones (MSI) se basó en la exportación de los productos primarios, especialmente ganado y cereales, que tenía una baja demanda de fuerza laboral y una alta rentabilidad internacional. Ambos países fueron los primeros en experimentar no sólo la política de masas, sino también la democracia de masas.

Con respecto a la relación entre los regímenes y la expansión del Estado Social, vale la pena señalar que la formación temprana del Estado Social está altamente correlacionada con experimentos democráticos tempranos. Los primeros países en desarrollar sistemas masivos de educación básica y algunos intentos de salud pública, así como los primeros planes de seguridad social son Argentina y Uruguay. Ambos países pasaron por un experimento democrático temprano entre 1910 y 1930. En efecto, los años Yrigoyenistas y Batllistas verían no sólo una ampliación importante del voto y una creciente movilización de las clases media y obrera, sino también los primeros proyectos de ley protrabajo bien definidos, y la ampliación de educación pública ya comenzada a fines del siglo XIX. Chile tuvo que construir su Estado Social en una base estructural mucho más estricta que Argentina y Uruguay. Puede parecer una paradoja que en Chile fue Ibáñez, un líder militar mediante un golpe de Estado, quien sería el responsable de fijar la base del Estado Social de Chile.

Aunque el experimento de Argentina con la democracia se cerró en los años treinta y sólo volvió a ser una democracia estable nuevamente

en los años ochenta, Argentina nunca dejó de ser una nación de políticas de masas ni una sociedad movilizadora. A pesar de los aproximadamente 15 años de autoritarismo, los sindicatos siguieron siendo importantes actores, y crecieron aún más debido al proceso de industrialización.

Fue a principios de los años cuarenta que los fuertes y finalmente exitosos intentos del gobierno cooptaron el movimiento sindical. El ministro de trabajo del régimen militar que comenzó en 1943, Perón, sería el creador de una alianza corporativa entre los trabajadores, un nuevo movimiento—partido y el Estado. Entre 1946 y 1955 el Peronismo absorbió a los que ya eran sindicatos importantes y potentes. Con esta alianza y el retorno a políticas electorales de masas, Perón y su movimiento reformaron el código laboral, brindaron asignaciones familiares, establecieron un sueldo mínimo, brindaron un seguro contra accidentes y restringieron los despidos de trabajadores, así como más adelante financiaron los programas de salud conocidos como Obras Sociales, ampliaron notablemente la salud pública y extendieron la seguridad social.

El único y más importante efecto del período autoritario de los años treinta y principios de los cuarenta en Argentina no sería el concluir el proceso de ampliación del Estado Social, aunque sí conllevó a un paréntesis en esta expansión. Sería el desplazar lo que parecía ser una ruta pluralista de un Estado Social moderno con sindicatos autónomos de izquierda, hacia una ruta corporativa de construcción de estatalidad social.

Uruguay, con un corto período de semiautoritarismo en los años treinta, volvió a la democracia en 1938 y permaneció democrático hasta 1973. Nuevamente los Colorados condujeron a la ampliación del Estado Social bordeando en la cobertura universal ya para el final de los años sesenta. A principios de los años cuarenta, dos proyectos de ley se convertirían en elementos fundamentales del Estado Social y la democracia de Uruguay. Antes de que los partidos con inclinación católica en Europa lo hicieran, la Unión Cívica en Uruguay propuso y consiguió la aprobación de asignaciones familiares universales con tasas uniformes. También antes de que los socialistas y demócratas sociales de Europa tuvieran éxito, el Partido Socialista uruguayo hizo aprobar una ley que creaba consejos de salario tripartitos, que garantizaban el reconocimiento por parte del Estado del estatus público y del monopolio de la representación de los trabajadores en manos de sindicatos predominantemente de izquierda. Ambos proyectos de ley contaron con el apoyo y aliento del gobierno Colorado.

La respuesta a la paradoja de Argentina y Uruguay que a pesar de haber tenido trayectorias tan similares a principios de siglo XX transitaron por rutas muy disímiles en los años posteriores, quizás se deba, al menos parcialmente, a la lógica que primó en la construcción de sus Estados Sociales luego de los años treinta: Uruguay nunca dejó de construir su Estado Social basado en un debate parlamentario y en la presión de los sindicatos de izquierda, y Argentina adoptó un manejo vertical y corporativista en la ampliación de su Estado Social.

Ya sea por arreglos corporativistas y por discrepancias de interludios electorales y militares como en el caso de Argentina o mediante la democracia estable como en el caso del Uruguay, el Estado Social de estos países continuó su expansión. El caso chileno es más complicado. A pesar que también es un país con un importante MSI, éste se basaba en la minería y en una economía de exportación agraria, la cual era más diversificada y con una mayor demanda de fuerza laboral. Sin embargo, la minería permitió la aparición de un fuerte sindicato de izquierda bajo una moderna forma de relación de capital y trabajo.

Chile también tenía, como en los anteriores casos, una importante migración rural—urbana, aunque ésta ocurrió posteriormente. Ya para el siglo XX los sindicatos importantes se desarrollaron y lucharon en Santiago y Valparaíso a través de huelgas y movilizaciones sociales. Los primeros grupos en incorporarse al sistema de protección social fueron, al igual que en Uruguay y Argentina, los profesionales y los empleados públicos. Las élites del Estado, usando los recursos del comercio exterior, elaboraron los primeros programas de prestación de servicios sociales (educación y en menor grado salud) y de seguridad social. Por otro lado, los mineros que se sindicalizaron fuertemente y los trabajadores urbanos cercanos a partidos políticos de izquierda en los centros urbanos, fueron capaces de ejercer suficiente presión política y fueron incorporados a los sistemas de protección y servicios sociales.

La importancia de los partidos políticos de izquierda, del Partido Demócrata Cristiano y de la función central de congreso en la política chilena es fundamental para entender la ampliación del Estado Social. Mientras formalmente los partidos de derecha gobernaron durante gran parte del período entre los años cuarenta y principios de los años sesenta, el papel de los partidos de inclinación católica de centro y los partidos populistas y programáticos de izquierda fue sumamente relevante. Su comportamiento, flexible a decir lo menos con respecto a sus alianzas parlamentarias y coaliciones, nos ayudan a comprender la ampliación del Estado Social chileno.

Las alianzas parlamentarias reflejaron menos posiciones ideológicas que una situación en la que las élites en búsqueda de poder inmediato estaban vinculadas con los partidos y las categorías y grupos de empleadores y trabajadores mediante sistemas de intercambio, que eran clientelistas y pluralistas pero organizados. Por lo tanto el sistema chileno crecería y se ampliaría a través de las diversas capas de los esquemas de seguridad social. Hacia 1970 el sistema de seguridad social chileno tenía más de 100 instituciones y programas que cubrían a diferentes sectores con prestaciones por vejez, discapacidad, muerte del cónyuge, desempleo (sólo algunos), enfermedad y salud. Este mismo laberinto y la naturaleza muy pluralista e institucionalizada del juego reflejaron una democracia vibrante bajo cualquier criterio en América Latina. Era un sistema en el cual las partes se unían para proveer un robusto sistema universal de educación, y donde negociaban y convenían para ampliar un sistema de seguridad social y atención de salud estratificado pero también bastante universal, y bajo muchos criterios, generoso.

A pesar de todos sus avances, estos países no fueron Estados de Bienestar y no lo fueron en gran medida porque carecieron de una base de ideas y políticas para la construcción de alguna forma de ciudadanía social más allá de igualar las oportunidades y proporcionar esquemas de seguro para enfermedades, vejez y discapacidad. Al mismo tiempo, les hacía falta el desarrollo del mercado estructural, económico y laboral que le permitiría a la Europa Continental corporativa convertirse en verdaderos regímenes de bienestar. En su estructura y desarrollo se parecían bastante a los Estados de Bienestar de Europa continental. Sin embargo, sólo la ciudadanía económica y su relación con la

ciudadanía política garantizaron alguna forma de ciudadanía social estratificada.

En cualquier caso, y a pesar de estas advertencias, Chile, Argentina y Uruguay representan los casos que en los años setenta se asemejaban más a los regímenes de bienestar de Europa continental de esa misma época. Las élites que no requirieron control coercitivo de la fuerza laboral y que tempranamente habían desarrollado una clase profesional política y parcialmente autónoma de las élites terratenientes, son fundamentales para comprender la temprana aparición de la educación, atención primaria de salud y la creación de esquemas de seguridad social estratificados pero casi universales. Las políticas de masas y especialmente las políticas de masas inclusivas (democracia en el caso de Uruguay, democracia limitada en el caso de Chile, democracia populista y corporativismo en el caso de Argentina) fueron las claves para la ampliación en los gastos y la cobertura de los tempranos Estados Sociales del Cono Sur. Aunque la forma de los Estados Sociales era variada, en su profundidad era más uniforme. Chile y Uruguay impulsaron su agenda social y la incorporación social de los sectores populares mediante la combinación de los programas de clientelismo y agendas más amplias, alimentadas por la competencia electoral. Argentina avanzó mediante un corporativismo vertical y dilatadas políticas promulgadas entre los cambios de poder de los militares, el partido radical y el constructor del Estado Social: el movimiento peronista.

Estos casos indican que los experimentos democráticos tempranos, aún restringidos, son fundamentales para predecir los orígenes tempranos de Estados Sociales. No obstante, estos tres países eran autoritarios durante los años treinta, los efectos de estos regímenes fueron radicalmente distintos. En Uruguay no alteró dramáticamente el juego de la política y del establecimiento del Estado Social. En Argentina trajo una interrupción y luego permitió la creación de un inestable pero fundamental manejo corporativista que presionaría para conseguir la ampliación de su Estado Social. En Chile la dictadura de los años treinta en realidad rompería el *impasse* que las élites conservadoras estaban provocando en el país, limitando la función del congreso y la ampliación del voto. Asimismo, abriría la puerta para los orígenes reales del Estado Social chileno y el camino para un tipo de presidencialismo democrático con un rol central del parlamento, los partidos y las alianzas políticas.

El retorno a la democracia, o al menos a la política electoral de masas, se convertiría en el elemento fundamental de los tres países para la ampliación de los beneficios, los servicios y las protecciones, y en algunos casos para la “masificación del privilegio”. En ningún país fue líder del proceso de establecimiento del Estado Social un partido laboral organizado y articulado con un sindicato. Asimismo, rara vez fue un socio principal. Pero mientras en Uruguay el espacio para la influencia del sindicato fue concedido mediante representación parlamentaria y consejos salariales a nivel sectorial, en Chile fue a través de coaliciones políticas y *lobbies* dentro de partidos. En Argentina un movimiento popular y populista cooptó o reprimió los sindicatos para establecer un manejo vertical corporativo. En los tres casos la democracia y las elecciones aumentaron el poder de estos sectores entre los 40s y los 70s, y ayudaron a impulsar y financiar los Estados Sociales.

Cuando los orígenes del Estado Social fueron el producto de los debates del congreso, los sindicatos autónomos y los partidos de tipo *catch all* como en Uruguay, la democracia fue más estable. Cuando el código genético fue el de un sistema político electoralmente restrictivo con un congreso institucionalizado, con sindicatos de tipo *lobbies* y con un amplio rango de políticas de coalición de izquierda y centro, la democracia fue lenta pero estable en su expansión. Por último, cuando el código genético político fue el resultado de una ruta pluralista abortada, y luego recreada y reencausada en un tenso pacto entre los militares, un movimiento populista, los trabajadores organizados y las élites, donde principalmente el segundo y tercer actor construyeron Estados Sociales, y donde el primero y el último controlaron sus límites, el resultado fue un sistema político muy inestable con muchos, pero también cortos, períodos de democracia.

Conforme nos acercamos a los años setenta estos tres países, pioneros en el MSI y en el Estado Social latinoamericano, afrontaron crisis sistémicas que afectaron su economía, sus sociedades y sus regímenes políticos. Chile y Uruguay en 1973 y Argentina en 1976 verían sus regímenes democráticos destruidos. Los regímenes militares que surgieron esta vez intentarían reformar el modelo de desarrollo desde el modelo centrado en el Estado hacia una economía orientada al mercado. Con respecto a sus Estados Sociales sólo Chile se movería radicalmente en la dirección de una economía orientada al mercado. Argentina y Uruguay tratarían de poner algún orden en los Estados Sociales antiguos pero sin modificar su matriz originaria. Posteriormente transitarían (aunque en forma más moderada que Chile) hacia el nuevo credo liberal en políticas sociales.

¿El caso de Costa Rica como un particular matrimonio de democracia y universalismo?

Costa Rica resalta entre los países centroamericanos debido a su estabilidad democrática, relativo igualitarismo, PIB per cápita y por último, aunque no por ello menos importante, su Estado Social. En efecto para muchos analistas (Huber, 1996; Fleury, 2001), Costa Rica pertenece a una clase en sí misma⁴: el caso más cercano a un Estado Social igualitario universalista o, aún más, a un Estado de Bienestar socialdemócrata a nivel embrionario. Es también un país que ha tenido su orientación a la exportación conjuntamente con las estrategias de Sustitución de Importaciones, y que no ha basado su producción rural ni en trabajo forzado o semiforzado, ni en regímenes oligárquicos militaristas, sino en un modelo de distribución de tierras y en una forma de relación económica que fue más cercana al modelo de agricultores que al modelo tradicional de terratenientes de élites en América Latina. No obstante, para muchos este modelo de agricultores es en parte exagerado, lo que hace que el caso costarricense sea aún más excepcional en cuanto a su estabilidad democrática y su robusto Estado Social.

Con la revolución de Figueras en los años cuarenta y la supresión de las fuerzas armadas, Costa Rica iniciaría un sendero único en América Latina. Entre 1950 y 1980 Costa Rica conocería la democracia ininterrumpida, las tasas de crecimiento estables y un muy positivo desempeño social. A primera vista el sistema de protección social establecido en Costa Rica en este período no fue tan diferente de aquellos de estratificación universalista como puede ser documentado por los 19 regímenes especiales y privilegiados de la protección social. Sin

embargo, una mirada más cercana arrojaría una imagen completamente diferente del Estado Social costarricense. Lo primero, y quizás lo más importante, es que el Estado costarricense puso como ejes de su política social la ampliación de la educación y la atención primaria de salud. Mientras los otros países universalistas decidieron cubrir desde arriba hacia abajo y tendieron a agregar más privilegios a la población ya cubierta verticalmente, Costa Rica amplió rápidamente la salud y educación a la mayoría de la población.

4 Fleury lo agrupa junto con Cuba, la cual no está considerada en este estudio.

El hecho de que los sindicatos siempre han sido débiles y que durante mucho tiempo dos partidos principales dominaran el escenario electoral, quizás ayude a comprender estas opciones de política amplia. También es cierto que la sindicalización estatal fue siempre mayor que los sindicatos privados, por ello las ventajas en la protección para los empleados estatales son de alguna manera consecuencia directa de esto.

A los costarricenses les gusta pensar en sí mismos como un país de clase media. En rigor, la burocracia y los profesionales independientes son “clase media”, aunque el viejo sector bananero (principalmente extranjero) y las élites cafeteras también existen. Pero hay en realidad un amplio estrato social que no es pobre pero tampoco podría ser considerado clase media. Este sector incluye no sólo a trabajadores urbanos, sino también a los pequeños propietarios rurales e incluso trabajadores de ciertas zonas rurales. Se trata de la columna vertebral de algo que se asemeja, aunque no es equivalente, a un Estado Social universalista e igualitario de protección básica o, en otras palabras, a un Estado socialdemócrata.

Con respecto a las pensiones, una vez más una mirada más cercana muestra un patrón interesante. En Costa Rica entre el 25% y el 30% de la población recibe pensiones de asistencia social no contributivas. Los años setenta vieron el empujón más importante para la ampliación del Estado Social; una vez más la cobertura de ingresos básicos y atención básica en salud, así como el acceso a la educación fueron los objetivos principales de los gobiernos. La sociedad costarricense no es una sociedad urbana movilizadora como fueron Argentina, Chile y Uruguay. En gran parte rural y débilmente organizada en torno a líneas clásicas de trabajo y capital, las organizaciones sociales de solidaridad de trabajadores tienden a interactuar con partidos políticos y líderes políticos. La ausencia de *lobbies* fuertes coninfluencia en el Estado (quizás con la excepción de los profesores y los médicos) ha dado lugar a élites que tenían que apelar a metas universalistas para ganar el apoyo popular. Las elecciones sumamente reñidas y la amplia participación electoral, combinada con un Estado profesional y una élite política relativamente autónoma son la columna vertebral del Estado Social costarricense.

Mientras el modelo de desarrollo de Costa Rica se enfrentó con las crisis de los ochenta, una tendencia hacia políticas sociales del tipo liberal dominó los gobiernos de estos años. No obstante, para 1994, la administración de Figueres modernizaría los servicios sociales universales e intentaría articular nuevos pequeños programas focalizados con las principales instituciones de protección social del Estado Social costarricense. Para 1997, la atención de salud cubría cerca del 90% de la población, y las pensiones, incluidas las pensiones de asistencia social no contributivas, alcanzaban casi al 82% de los ancianos (Mesa–Lago, 1999). Sin embargo, como se definió cobertura por las contribuciones de la población económica activa, la cobertura en 1997 fue alrededor del 50% (Muller, 2003). La brecha positiva entre cobertura de la población y contribuciones destaca la importancia de la protección social no contributiva en Costa Rica.

Un sistema de partidos *catch all* en un ambiente democrático estable y la ausencia de fuertes *lobbies* arraigados en el Estado y los partidos, combinado con más de treinta años de crecimiento económico relativo, contribuyeron a la creación de la joya quizás más rara en nuestros Estados Sociales latinoamericanos. Costa Rica es hoy uno de los países socialmente más avanzados del continente y lo logra con un PIB per cápita que está aún lejos de Chile, Argentina y Uruguay. También es cierto que Costa Rica carecía de cualquier forma de seguro de desempleo y que las pensiones sociales no contributivas sólo alcanzaron a la mitad de la pensión básica del seguro (Mesa–Lago, 1999). Aún así para un país que en los años cuarenta fue predominantemente agrario y que carecía de casi cualquier forma de protección social y servicios sociales (a excepción de la educación), lo que ha logrado no es poco.

De igual forma es impensable hablar de la democracia costarricense sin considerar la función que ha jugado el Estado Social. Primero mediante la educación y luego mediante la atención de salud y seguridad social, el Estado costarricense descansa sobre la base sólida de una ciudadanía social básica. La lealtad de los costarricenses a la democracia no es ingenua. Se basa en la convicción comprobada de que las élites, las elecciones y la sociedad, pueden encontrar espacios para la construcción de una economía mixta con protección social como uno de sus elementos básicos fundamentales.

Quizás en ningún otro caso es tan claro como en Costa Rica la relevancia de la democracia como una variable independiente presionando la ampliación del Estado Social. Mientras que este país se considera un rezagado respecto a la política social moderna, genera entre los años cuarenta y los años setenta, un período de estabilidad democrática sin precedentes que se desarrolla e institucionaliza su Estado Social. Costa Rica, una economía basada en los años treinta en la exportación de café y de frutas, tuvo pocos factores estructurales que auguraran un sólido Estado Social. Sin la revolución de Figueres, la supresión de las fuerzas armadas y la creación de un sistema estable de dos partidos que tuvo que competir por el voto popular, es difícil siquiera imaginar cómo este pequeño país centroamericano, podría jactarse hoy, de lo que algunos definen como el único Estado Social latinoamericano igualitario.

Regímenes duales basados en la habilidad política de las élites y la cooptación y represión de los sectores populares (Brasil, México)⁵

Hasta 1970 estos regímenes contaban con un desarrollo casi universal de la educación primaria y un importante, aunque estratificado, grado de cobertura en salud. Respecto a la seguridad social, la cobertura subrayaba los aspectos estratificados que caracterizaban los sistemas maduros, sin presentar la cobertura universal de los regímenes universales estratificados.

Estos países se han caracterizado por un desarrollo basado en un MSI proveniente de rentas de economías primarias derivadas de una fuerza

laboral de alta intensidad. Sin embargo, existe una heterogeneidad regional importante en lo que se refiere a los niveles de desarrollo económico y social.

Los dos países desarrollaron y consolidaron sus Estados Sociales bajo lo que tradicionalmente se ha considerado como un modelo de desarrollo populista y de administración política. El Cardenismo en México y el Varguismo en Brasil representan esta particular forma de incorporación política y social. Los movimientos de masas y las políticas de masas fueron definitivamente una característica de estos modelos. En el caso de México, las raíces de las movilizaciones y políticas de masas radican en la Revolución Mexicana, y tienen grupos representados de campesinos y de áreas urbanas. En contraste, en Brasil el impulso desde abajo viene principalmente de las clases modernas de trabajadores y del nivel medio de los grandes centros urbanos, pero aún así sería controlado y cooptado rápidamente desde arriba.

5 Los casos de Colombia, Venezuela y Panamá podrían también haber sido clasificados bajo la categoría dual. Limitaciones de espacio e información no habilitan a realizar un juicio definitivo.

Desde el punto de vista político, el control y la incorporación de los sectores populares se han basado, en áreas de menor desarrollo económico y social, en una combinación de coerción y de formas patrimonialistas de la élite local. Por otro lado, en áreas más desarrolladas, han asumido la figura de corporativismo vertical que articulan los sindicatos, los partidos y el Estado. En Brasil durante la era del Varguismo, surgieron dos formas políticas distintas: el llamado Partido Social Demócrata (PSDB), que en las áreas rurales operó como una forma de control Estado–local élites–partido que se parecía a las políticas patrimoniales antiguas; y el Partido Trabajador de Brasil (PTB), orientado hacia el control de la fuerza laboral mediante la articulación entre el sindicato, el partido y el Estado (Draibe, 1985).

En el caso de México, el partido revolucionario durante y después del Cardenismo incluiría dentro del mismo partido la Confederación Nacional Campesina (CNC) y la Confederación de Trabajadores de México (CTM). Mientras que en Brasil el PSDB fue principalmente un nuevo nombre para antiguas formas de control, la CNC en México fue una nueva forma de control –un modelo posrevolucionario– que tenía su autonomía y poder especialmente durante el Cardenismo temprano. Después de los años cuarenta, muchas de las instituciones y líderes de la CNC serían relegados a los asuntos más urgentes y a la capacidad vocal de la CTM (Brachet, 2004).

Sin embargo, en ambos casos la debilidad, la corta duración y falta de intensidad de regímenes democráticos competitivos electoralmente permitieron el desarrollo de esta forma dual de incorporación, donde podemos ser testigos de crecientes diferencias entre el poder de los sectores rurales y urbanos, las áreas atrasadas y avanzadas, y el trabajo formal e informal. A diferencia de los países de universalismo estratificado, el Estado Social modera (no obstante su propia naturaleza estratificada) la segmentación social sólo en aquellos sectores que se incorporan a los formatos modernos de protección. Sin embargo, los sistemas de protección acentúan las diferencias sociales entre los sectores avanzados urbanos y los sectores rurales tradicionales y urbanos informales no protegidos. Además, una de las principales características y futuros desafíos de estos sistemas estriba en un legado directo de la peculiar forma del “arte de gobernar” (Malloy, 1998) que siguieron estos países.

El Estado, en estos regímenes, se convirtió en el elemento fundamental de la restringida coalición populista que estuvo en la base del período de incorporación de trabajos. El Estado fue no sólo una fuente de recursos que las élites en pugna usaron como base para la competencia por el apoyo popular y las regulaciones de mercado, como sucedió en los países universalistas. El Estado fue la esfera donde un orden político y social anteriormente patrimonial, tradicional y basado en estatus encontró su máxima expresión y refugio en la lógica más meritocrática de los mercados modernos. Es así que se creó un aparato estatal con menos inclinación a redistribuir para lograr el apoyo popular y más inclinación a redistribuir para complacer a las élites y el control popular.

Los sueldos y pensiones de los funcionarios estatales son extremadamente altos en estos regímenes, mucho mayores que los de Chile, Argentina y Uruguay, comparados con el sector privado. Aún hoy, en Brasil, aproximadamente 1.000.000 de beneficiarios de las pensiones del Estado cuestan aproximadamente el mismo monto de dinero que 14.000.000 de beneficiarios de las pensiones del sector privado. Hoy en día incluso, como señala Heredia (2002), el Estado mexicano es único no tanto debido a su tamaño sino debido a cuánto representan los sueldos de los empleados estatales en el gasto estatal total: casi el 45%. Es de lejos el porcentaje más alto en América Latina, a pesar de que el porcentaje de empleados estatales sobre la población económica activa en México se encuentra dentro del promedio de la región.

Los datos sobre los indicadores sociales en México y Brasil presentan, a pesar de sus denominadores comunes, diferencias importantes. México claramente supera a Brasil en los años setenta en todos los aspectos sociales considerados anteriormente. El motivo más importante de tales diferencias no puede atribuirse al gasto de políticas sociales. En realidad, Brasil gastó más en los tardíos setentas y principios de los ochentas que México.

Hay tres diferencias que nos ayudan a comprender los disímiles resultados sociales. Primero el modelo general de desigualdad estaba mucho más afianzado en Brasil que en México, especialmente en las zonas rurales donde se tuvo una reforma agraria basada en un movimiento revolucionario y en la lucha armada campesina. En segundo lugar influyó el hecho de que el gasto social en México se concentró más en la atención de salud y la educación que lo determinado en Brasil, donde el énfasis estuvo en el sistema de pensiones. Por último el hecho de que en México, aunque era visto como un socio más débil, la población rural y sus organizaciones corporativistas fueron parte del pacto populista, y un elemento básico fundamental de la estructura del Partido Revolucionario Institucional (PRI). Según señala Brachet (2004), México comenzó en los años veinte y posteriormente con el Cardenismo a incorporar en gran medida, más que otros Estados Sociales dualistas, al campesinado y a la población rural pobre no sólo como “asuntos” sino como personas.

Por el contrario, Brasil fue, como señala Draibe (2004), quizás el Estado de desarrollo social “industrialmente orientado” por excelencia. Por ello significó un Estado Social que se centró en reglamentar las relaciones industriales entre el trabajo y el capital, y en brindar protección sólo para la parte del sector laboral involucrada en aquellas relaciones modernas de trabajo–capital (y claro, los empleados públicos). Este

sesgo industrial anclado en las relaciones trabajo–capital ayuda a explicar el por qué Brasil tuvo tal énfasis en la seguridad social, desatendiendo la educación y atención de salud durante mucho tiempo.

Por lo tanto las políticas e instituciones de masas nos ayudan a explicar diferencias importantes dentro de estas semejanzas: fueron regímenes esencialmente duales. En México una revolución urbana–campesina y un partido que explícita y realmente integró las organizaciones de campesinos en el partido populista, se yerguen en un marcado contraste con la creación por parte del varguismo de dos partidos nacionales en Brasil: el Partido Trabalhista Brasileiro –urbano, corporativo e industrializante– y el Partido Social Democrático –esencialmente, un nuevo nombre para las prácticas “coronelistas” tradicionales de las élites terratenientes–. Los efectos de tales diferencias fueron el “sesgo industrial” del Varguismo y el “limitado espacio” –pero espacio al fin– para las políticas sociales orientadas hacia áreas rurales, especialmente en la salud y la educación en el caso mexicano.

CRISIS DE LOS MODELOS ANTIGUOS Y EL GIRO NEOLIBERAL. LA CRÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL AL MODELO DE INDUSTRIALIZACIÓN DE SUSTITUCIÓN DE IMPORTACIONES

En enero de 1990 el Instituto de Economía Internacional publicó *El Progreso en la Reforma de las Políticas en América Latina* de Williamson. En la publicación, el autor propuso la idea del “Consenso de Washington”, un conjunto de prescripciones de política promovidas por instituciones multilaterales y autoridades de los EE.UU. con respecto al proceso de desarrollo en América Latina.

La contribución de Williamson no pregunta el por qué tuvo lugar la reforma ni por qué la reforma siguió ciertos parámetros. No es ni un sociólogo ni un analista político. Su inquietud es más sencilla: ¿tuvieron lugar las reformas? No obstante, detrás de esa inquietud descansa una fe formidable, a saber, en que aquellas fueron las reformas correctas. El “Consenso de Washington” no es sólo un acuerdo, es el acuerdo “correcto”. Parte de esta fe se basa en una creencia adicional: la convicción absoluta respecto a los males del modelo de desarrollo anterior, es decir, la ISI. Desde un punto de vista económico, los críticos insisten en el efecto perjudicial de las barreras de comercio sobre las ventajas comparativas naturales de América Latina. En cuanto a la función del Estado, se argumenta que los reglamentos internos y las burocracias demasiado grandes e ineficientes inhibieron la función del mercado de asignar recursos eficientemente, y contribuyó a los *déficits* fiscales crónicos y a las economías propensas a la inflación en la región.

Además de esta crítica, las versiones más sofisticadas basadas en un enfoque de economía política argumentaron que el modelo por sí mismo favorecía la creación de un comportamiento de rentistas de todas las partes implicadas en las actividades económicas, inhibiendo el desarrollo capitalista. El argumento es relativamente sencillo y claro, incluso en su forma más estilizada. El Estado subsidió a las élites que practicaban la sustitución de importaciones con las rentas que obtuvo de los impuestos internacionales al comercio. Los sindicatos pidieron incrementos de beneficios y salarios que fueron otorgados rápidamente por razones políticas, así como por una estrategia para reducir al mínimo conflictos laborales.

A su vez, estos aumentos fueron pasados al consumidor en forma de precios más altos, lo que fue posible dado el hecho de que el Estado protegía sus espacios y parte del mercado a través del otorgamiento de aranceles, monopolios legales, exenciones tributarias, créditos y subsidios. Los capitalistas, los trabajadores y los sindicatos no tenían ningún incentivo para favorecer estrategias que aumentaran la productividad y compartieran los costos y beneficios de las innovaciones, ya que tenían una manera más fácil de mantener las ganancias y obtener los aumentos salariales. Este estado de asuntos fue definido por Evans (1988) como la creación de un triángulo “anti-Schumpeteriano” donde los trabajadores protegidos, los empresarios protegidos, y las élites y los empleados estatales se involucraron en los juegos de rentas, alimentados por una lógica política y no por una fuerza conductora de competencia e innovación.

El complemento de la crítica económica es la idea ampliamente apoyada de que el patrón de fuerte desigualdad en América Latina también se debe, al menos parcialmente, al MSI. La crítica social también puede estar enmarcada en lo que Evans denomina como el “triángulo anti-Schumpeteriano” de Estado, Trabajo Urbano y Élites Industriales. El MSI redistribuye ingresos dentro de este triángulo, pero en el proceso priva a otros sectores sociales de protección y beneficios.

En primer lugar, afecta claramente a las élites terratenientes que tienen que separarse de algunas de sus ganancias para financiar los subsidios y también tienen que aceptar una tasa de cambio que disminuye la competitividad de sus productos. Este grupo, en contraposición a las élites industriales protegidas de competencia externa por el MSI, es un tomador de precios en el mercado y por lo tanto no puede pasar sus pérdidas al consumidor o comprador.

En segundo lugar, los trabajadores rurales y las clases agrarias con propiedades pequeñas también pierden. La carga del desarrollo de los países descansa en el sector comercializable que en la mayoría de la región se basaba en un par de productos básicos. Los pequeños y medianos propietarios que venden sus productos a los grandes conglomerados de exportación son el eslabón más débil y por lo tanto asumen una parte de esta carga. En relación a los trabajadores rurales, hay que tener en cuenta que las élites les transmiten los costos del MSI mediante el impacto que el comportamiento de los rentistas y la baja inversión tienen en el trabajo, los salarios y los empleos agrarios.

Por último se considera el trabajo urbano informal. Estos trabajadores no están protegidos en el MSI. Son en verdad el excedente de trabajo que el modelo no podía incorporar con su tasa de desarrollo industrial y empleo estatal. Mientras que no se benefician de la protección y subsidios del que gozan el trabajo formal y los empresarios, sí sufren los aumentos de precios que este modelo genera al pasar los costos crecientes de sueldos a los precios de los productos básicos. El resultado final es que estas sociedades acaban siendo duales, con un pequeño sector moderno doméstico protegido y un gran sector rural y popular urbano informal sin protección.

No obstante, un error central de la crítica general de los aspectos sociales del MSI es que no considera las variaciones importantes que éste presentó en diferentes países de la región. En efecto, no todos los países desarrollaron el lado social del MSI por igual. En otras palabras, el

tamaño del triángulo anti-Schumpeteriano tuvo grandes variaciones en América Latina. Mientras la crítica del MSI puede muy bien ser válida para casos en los cuales el triángulo alcanzó menos de un tercio de la población, es menos válida en los casos en los cuales alcanzó a más de la mitad de la población. Asimismo, la crítica carece de validez en aquellos casos en los que la mayoría de la población se benefició por las transferencias de las élites terratenientes y del sector exportador a los sectores protegidos urbanos.

Mientras las realidades sociales duales representan el resultado final de una buena parte de América Latina, Centroamérica acabó siendo no dual pero excluyente, no debido precisamente a su fuerza, sino porque el modelo de ISI fue muy débil. Por último los países del Cono Sur no acabaron siendo duales sino universalistas, aunque estratificados en su sistema de prestaciones sociales y protección social. Ambos casos, el del dualismo como el de la estratificación universalista, desempeñaron una función central no solamente en la protección de su población sino también en el establecimiento de regímenes democráticos y semi-democráticos. El proceso político de incorporación de los sectores populares y las clases medias es en gran medida el proceso social de incorporación de estos sectores, primero en la educación y luego en la seguridad social y atención de salud.

Una parte de la crítica social al ISI es pertinente. En general, los Estados Sociales fueron ineficientes al dar la protección básica a sus ciudadanos. Los esquemas de seguro social sumamente estratificados basados en las contribuciones de los salarios, la atención de salud para las clases medias también basada en sistemas diferenciados estratificados de seguro obligatorio y voluntario, y la ausencia de una base tributaria fuerte para apoyar la atención de salud y la educación no contributivas conllevaron a sistemas de protección social ineficientes, estratificadas por calidad y con una propensión al déficit.

No obstante, el camino abierto para la reforma no es evidente por sí mismo. América Latina optó predominantemente, tanto en su nuevo modelo económico así como en su nuevo sistema de protección social, por las soluciones neoliberales. Las razones de tal elección señalan un gran signo de interrogación sobre la calidad y sostenibilidad de nuestros procesos democráticos regionales: estrés fiscal, élites nacionales e internacionales interesadas estrechamente en sí mismas, evasión de los costos políticos domésticos inmediatos por los partidos y los líderes de partido, y la debilidad de un movimiento político amplio desde abajo.

AGENDA, REALIDAD Y POLÍTICA DE LA REFORMA DEL SECTOR SOCIAL DESPUÉS DE LOS AÑOS OCHENTA

Tanto el diagnóstico como las fuerzas internas e internacionales presionaron para que la reforma de las políticas sociales tomara un cierto rumbo. El contenido de tal reforma debería, a los ojos de los que criticaron el modelo antiguo, evitar los problemas e ineficiencias de las políticas sociales tradicionales. Para hacerlo, ciertas características básicas de lo que el nuevo sistema de política social debía ser fueron desarrolladas en los documentos y propuestas de los reformadores sociales: políticas sociales focalizadas, administración y toma de decisiones descentralizadas, proveedores privados tanto con fines de lucro como sin fines de lucro, y un cambio de políticas sociales basadas en la oferta a servicios basados en la demanda.

El menú para las reformas es hoy materia de debate, pero representó verdaderamente un nuevo Consenso de Washington en los años ochenta hasta mediados de los años noventa. Tal programa fue diferente en su sesgo liberal y logros según las realidades de los países y sus políticas, así como en sus configuraciones específicas de sectores de política. Por razones de espacio y porque llevan los planes detallados básicos de la reforma estatal social más amplia, se concentrará el análisis en las reformas de seguridad social en los años 90⁶.

Una peculiar ruta liberal de la reforma: gasto social y reformas orientadas al mercado

Recuperación del gasto social

Si bien los años ochenta se caracterizaron por un proceso de ajuste por disminución en el gasto social, no existió una reforma estructural del Estado Social, aunque sí una expansión de los fondos de emergencia que preanunciaba el sesgo residual que se haría presente en los noventa. En efecto los años noventa implicarían un cambio estructural definitivo con una articulada agenda liberal, pero también de ampliación del gasto social y de corporativismo persistente. Esta afirmación paradójica puede ser explicada.

En promedio, para 17 países latinoamericanos, el gasto público social pasó de 350 dólares per cápita a 550 dólares per cápita entre 1990 y 1999. Los análisis realizados por CEPAL sobre la evolución del gasto social muestran que los motivos de este aumento importante no se deben exclusivamente al crecimiento del PIB o a una ampliación general del gasto estatal. Una gran parte de los dólares nuevos para la política social vino de una mayor prioridad fiscal de las políticas sociales. Lo que quizás sea aún más importante, es que después de 1997 cuando el crecimiento y los gastos estatales totales disminuyeron, el gasto social siguió trepando hasta 1999. La profundización de las crisis económicas regionales puso un alto al gasto social en algunos países, pero siguió moviéndose lentamente hacia arriba en otros. En general los años noventa mostraron una robusta recuperación del gasto social como un porcentaje de PIB. Esto también se tradujo en mejores gastos per cápita, incluso en forma amplificada, puesto que 1990-1997 fue un período de crecimiento del PIB en América Latina.

⁶ Para una mayor discusión sobre las reformas de políticas sociales durante los años ochenta ver Filgueira (1998).

CUADRO 3. VARIACIONES EN EL GASTO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB PARA PAÍSES LATINOAMERICANOS (%)

	1990-1992	1992-1994	1994-1997	1997-1999
Argentina	8,0	9,0	-6,0	4,0
Brasil	-2,0	13,0	-2,0	7,0
Chile	5,0	0,0	6,0	11,0
Colombia	18,0	22,0	33,0	-2,0
Costa Rica	-3,0	5,0	6,0	-1,0
Honduras	8,0	-9,0	-6,0	3,0
México	25,0	9,0	-3,0	7,0
Nicaragua	-2,0	19,0	-13,0	15,0
Panamá	5,0	2,0	6,0	-7,0
Paraguay	10,0	13,0	14,0	-7,0
Perú	45,0	21,0	5,0	11,0
Uruguay	12,0	7,0	3,0	9,0
Venezuela	-1,0	-15,0	9,0	4,0
Promedio no-ponderado	16,8	7,4	4,0	4,2

Fuente: CEPAL, *Panorama Social de América Latina, 2000-2001*.

Si la democracia no había podido en los años ochenta detener la caída del gasto social, en los años noventa, el gasto social se recuperó vigorosamente, parcialmente ayudado por la economía. Una gran parte de este aumento fue a la atención de salud y la educación, permitiendo una importante ampliación de estos servicios. No obstante, en muchos países la mayor proporción de este aumento rápido del gasto social fue orientado al incremento en el gasto en seguridad social, no sólo para financiar obligaciones antiguas, sino también para cubrir los costos de las transformaciones estructurales, especialmente en la reforma de pensiones.

Confiando en el mercado

Si el gasto aumentó, también aumentaron los intentos reformistas y políticas respecto a la provisión, financiación y entrega sociales. Dos megatendencias expresan las principales transformaciones de las políticas sociales. Estas pueden describirse como un giro desde el Estado hacia el mercado, y otra como un movimiento desde políticas centralizadas hacia acciones descentralizadas. Pero acompaña a estas megatendencias un tercer movimiento: el de las políticas dirigidas a la cobertura universal (aunque en realidad nunca se haya logrado) hacia las políticas sociales focalizadas. En la atención de salud y la seguridad social es donde estas características fueron más prominentes e implicaron mayor fragmentación y estratificación del sistema en la mayoría de los casos. La educación no sufrió exactamente los mismos efectos, ya que tanto el gasto como la cobertura aumentaron en el sistema público. La descentralización, sin embargo, tuvo un efecto similar de aumento de la desigualdad, en muchos similar al de la reforma sanitaria.

Dada esta descripción de las características principales de la reforma de las políticas sociales en los países que introdujeron las reformas liberales, y más allá de sus variaciones, cabe detenerse en algunos patrones comunes de su economía política.

- Todas las reformas contaron con el apoyo técnico y financiero de las Instituciones Financieras Internacionales (IFIS). En algunos casos, la condicionalidad fue un instrumento principal para promover las reformas.
- Todos los países se enfrentaron con crisis fiscales o económicas, pero mientras algunas de estas crisis estaban ubicadas dentro de los sistemas de políticas sociales (especialmente el sistema de seguridad social y en menor grado el de atención de salud), en otros países la crisis fiscal fue general.
- En todos los países la comunidad empresarial fue un abierto defensor o un simpatizante de las reformas. Sistemáticamente, en la mayoría de los países las contribuciones de empresarios desaparecieron o disminuyeron claramente como base para financiar la seguridad social, y los proveedores privados entraron firmemente como nuevos interesados directos tanto en seguridad social como en atención de salud, y fueron apoyados por criterios obligatorios que les proporcionaron alguna forma de asignación de rentas mediante monopolios.
- A excepción de México, donde no hay una oposición clara de los sindicatos, los trabajadores se opusieron a estas reformas, como lo hicieron los beneficiarios antiguos de la seguridad social, la comunidad médica y los profesionales en salud y educación. La mayoría de los beneficiarios de los modelos antiguos y muchas de las empresas a cargo de las provisiones antiguas pudieron ver sus derechos honrados y en algunos casos mantuvieron sus sistemas viejos directamente implantados.
- Ninguna propuesta alternativa a los modelos liberales fue hecha o adquirió la visibilidad adecuada. La izquierda, los sindicatos y los beneficiarios, defendieron el modelo antiguo y presionaron para aumentar los recursos.
- El lado no contributivo de la atención de salud y pensiones asistenciales sociales rara vez fue un tema principal en las propuestas de reformas. Claramente ningún partido y ningún movimiento social avanzaron o al menos situaron esta área de la reforma en una posición central de la agenda. En algunos casos la atención primaria básica de salud y algunos otros subsidios del Estado se pusieron en la agenda de atención de salud.

- En efecto, los lemas de la reforma se referían a las inquietudes fiscales, económicas, de eficiencia y de equidad, y no a la cobertura, seguridad e igualdad.

La democracia y la política jugaron un rol sustantivo en estas reformas, pero lo hicieron de una manera bastante perversa. Las antiguas clientelas del MSI, especialmente las más poderosas (trabajadores estatales, ciertos sectores privados de bienes no transables) dentro de la vieja alianza, generalmente fueron capaces de mantener una gran parte de sus privilegios, mientras que los trabajadores y beneficiarios privados de menor poder en los sistemas de protección antiguos se movieron a los nuevos sistemas. La ausencia de los partidos representativos y de ideologías que considerasen la política social como un asunto de inclusión social en lugar de un tema de mitigación de la pobreza, dejaron tanto a los sectores históricamente excluidos como a los nuevos sectores excluidos sin formas institucionalizadas de protección, o con formas muy débiles de protección. Por otro lado, la necesidad de los gobiernos democráticos para balancear sus presupuestos y tener una línea de crédito positiva con las IFIS los condujo a apoyar paquetes de ajustes estructurales que incluían el nuevo credo privatizado en la seguridad social, cuasi mercados y gestión de riesgos en atención de salud y descentralización en la educación y la atención de salud.

El caso del Brasil: ¿evitando la utopía neoliberal y construyendo rutas de universalismo básico?

La dictadura brasileña de 1964 heredó un régimen dual estratificado basado en MSI. En contraposición a los regímenes autoritarios posteriores del Cono Sur, el gobierno brasileño no prosiguió con las reformas neoliberales, sino que profundizó el MSI. Por hacerlo, y con un cierto grado de éxito, Brasil siguió modernizando su estructura social y con ello disminuyendo su naturaleza dual, pero de ninguna manera su estratificación. Hacia 1970, casi el 30% de la población urbana y la mayoría de la población rural no tenía ninguna forma de protección en el sistema brasileño. Pero el régimen militar, además de empujar la agenda del MSI, hizo dos cosas que comenzarían a redefinir el espíritu si no la realidad de su Estado Social.

Primero, entre 1966 y 1976, el Estado unificó y estandarizó una buena parte del sistema de seguridad social bajo la autoridad del Ministerio de Seguro Social y la Asistencia Social. Mientras esto no implicó una supresión de los beneficios, sí dejó las empresas antiguas fuera del manejo del sistema. En segundo lugar presionó para conseguir la ampliación de cobertura de la población no organizada. Por un lado, se centró en trabajadores de la población rural al crear el fondo rural de pensiones (FUNRURAL) sobre base no contributiva, y por otro, en el sector informal urbano expandiendo la atención de salud a la población urbana previamente no asegurada (y a una parte de los sectores rurales) (Fleury, 2001).

A pesar del hecho de que los recursos no fueron suficientes para financiar estas iniciativas y traducirlas de inmediato en transformaciones sustantivas en cuanto a la cobertura, generaron tres desarrollos positivos: crearon las condiciones para los gobiernos democráticos por venir, impulsaron el movimiento de salud (movimiento sanitarista) con médicos y personal médico que entraron como funcionarios públicos en estos nuevos sistemas de protección social, y también contribuyeron, incluso en el posterior régimen autoritario, a una ampliación importante en la cobertura de la población rural, aportando así al proceso de politización y movilización de la base rural (Dos Santos, 1979). Quizás el aspecto más importante de FUNRURAL es que se aparta de la noción de la ciudadanía social basada en la ciudadanía salarial formal. Al hacer esto, Brasil daba un salto importante hacia la posibilidad de un sistema universalista básico inclusivo.

La transición democrática del Brasil trajo consigo una efervescencia de participación y organizaciones, algunos del modelo de ISI antiguo, pero muchos de los electorados nuevos y los históricamente excluidos. La constitución de 1988 por primera vez reconocía los derechos sociales como derechos inherentes de ciudadanía, y tal resultado es en verdad el producto directo de una alianza amplia entre los partidos de oposición al régimen y nuevos movimientos sociales que surgieron con la democratización. Sin embargo, junto con ello vinieron nuevas presiones democráticas de los poderosos y antiguos beneficiarios del sistema de seguridad social.

Mientras la ley de seguridad social definió tres pilares de vocación universal basados en la salud, el seguro social y la asistencia social, una gran parte del sistema de protección social iba todavía a cubrir a los más de 1.000.000 de jubilados de las estructuras estatales privilegiadas en un sistema totalmente diferenciado. También la misma letra de la ley reconoció dos principios diferentes, uno de ciudadanía y uno de seguro. La mayoría de las transferencias de ingresos permanecieron en el área de seguridad social mientras la asistencia social crecería pero a una tasa moderada. Fue en el área de atención de salud que la transformación más radical tuvo lugar, creando el Sistema Unificado de Salud (Sistema Unico de Saude) que otorga el acceso gratuito y universal a toda la población brasileña. El movimiento sanitarista comenzó en la comunidad académica y, junto con una parte de la corporación médica, se convirtieron en los líderes de un movimiento político amplio que presionaba desde la letra de la constituyente con acciones concretas en política y logros en la ampliación recursos.

Brasil tiende a escribir sus leyes con anterioridad a su base de recursos y compromisos de recursos y, por lo tanto, el acceso y la calidad real muchas veces sufren las consecuencias. La frase “ciudadanía en papel”, una que muchos brasileños usan, ilustra el punto. De todos modos, a pesar de venir de un sistema dual y estratificado, Brasil ha logrado avances importantes hacia un sistema básico inclusivo más igualitario (Draibe, 2002).⁷

Sólo después de que las viejas corporaciones que estaban en la base del modelo de ISI de la protección social fueron atacadas por los militares y sólo después de un conjunto nuevo de partidos, uno con políticos con inclinaciones social demócratas tecnocráticas (PMDB), otro que combinó los electorados de los trabajadores antiguos del modelo de ISI, y los históricamente excluidos (PTB), cambiaron las políticas de protección social de corporativismo estrecho, no a la privatización liberal, sino al universalismo básico inclusivo a nivel embrional. Esto que quizás suene claramente optimista, también puede extenderse verosímilmente a las reformas recientes en Uruguay, Chile y México (el Distrito Federal).

REALIDAD Y PERSPECTIVAS DE POLÍTICA SOCIAL Y DEMOCRACIA EN AMÉRICA LATINA

Los países universalistas, dualistas y excluyentes ya no caben en sus moldes de los años setenta. Nuevos modelos han surgido en América Latina. Chile es el único modelo de un régimen residual liberal universalista que ha intentado los pasos hacia un sistema de protección social menos desigual. Costa Rica por sus legados históricos y Brasil por sus desarrollos recientes parecen estar avanzando hacia un régimen inclusivo de protección básica. En ambos casos, queda todavía mucho camino por recorrer, dados los privilegios anteriores (especialmente en Brasil) y la escasez de cobertura amplia de calidad en servicios sociales y pensiones sociales no contributivos (tanto Brasil como Costa Rica). Uruguay y Argentina, después de su giro liberal y porque mantuvieron parte de los sistemas bajo modelos de reparto (PAYG o pay-as-you-go) y las pensiones de asistencia social, quizás se muevan también en esa dirección.

México está en la encrucijada de un modelo que parece tener dos propósitos: eficiencia y responsabilidad fiscal con cobertura limitada para la población actual, y programas integrados focalizados para los pobres, orientado más a romper la transferencia intergeneracional de la pobreza que a combatir la pobreza en la actualidad (Brachet, 2004). A su vez, en los casos de México, Argentina y Uruguay, existe también la necesidad de abordar el tema de los privilegios especiales de los sistemas antiguos.

7 La aprobación de la Ley Orgánica de Asistencia Social y la creación de la “bolsa familia” una pensión para familias pobres, la cual se une con las pensiones de asistencia social para personas mayores, representan pasos en la misma dirección. La reforma reciente de seguridad social, la cual limita y en algunos casos reprime los privilegios de los antiguos sistemas de seguro del Estado, avanza hacia la misma meta.

El futuro del Estado Social en América Latina será forjado por sus luchas democráticas futuras. Nunca como antes la región ha conocido tal hegemonía de la democracia y tal ampliación de la incorporación política básica (con elecciones limpias, regulares, donde toda o la mayoría de la población adulta puede votar y ejerce este derecho). En este hecho fundamental descansa, quizás, la mayor esperanza de ciudadanía social en América Latina. Además, el retroceso reciente de las reformas neoliberales y la victoria electoral de los partidos políticos de izquierda en una buena parte de la región, también sugiere que hay nuevos espacios para maniobrar. Pero como los últimos 20 o 30 años de crisis de políticas sociales y reformas lo han demostrado (1970-1990), tal futuro bien podría perjudicarse por las limitaciones planteadas por el capitalismo global, las creencias e intereses de sus guardianes financieros, la defensa de los privilegios patrimoniales de las clases medias y la debilidad de los sistemas tributarios de América Latina y sus bases políticas de apoyo.

Aún así hay espacio para el optimismo moderado. Después de casi dos décadas de medidas equivocadas para los viejos Estados Sociales, las realidades políticas y las posibilidades técnicas están uniéndose y quizás configuren un renovado y mejor camino para la creación de regímenes de bienestar verdaderos. Claro que también existe un resultado distinto y más pesimista: la creciente desaparición del Estado no sólo como proveedor de las protecciones sociales, si no su desaparición como un proveedor básico de los bienes públicos en general (seguridad, servicios básicos, sistemas de justicia, infraestructura pública, etc). En su lugar un tipo de orden neofeudal quizás reaparezca con soluciones de mercado para los ricos, corporativismo en retroceso (pero todavía regresivo para una clase media mermante), y una amplia masa poblacional excluida huérfana de cualquier forma de protección básica de calidad por parte del Estado.

Las condiciones estructurales y los actores políticos tanto nacionales como transnacionales serán claves al definir las rutas futuras de los Estados Latinoamericanos. Para que el primer camino optimista triunfe, es necesario que los partidos políticos generen algunos acuerdos básicos. Tales acuerdos sólo pueden alcanzarse si previamente tanto los partidos de derecha como los de izquierda son capaces de redefinir su liderazgo con respecto a sus electorados antiguos y nuevos. En efecto uno de los problemas principales que enfrentan los sistemas políticos de América Latina es que los partidos izquierdistas y los partidos derechistas tienden a privilegiar la representación de los electorados del antiguo modelo de desarrollo, en lugar de los nuevos electorados reales que surgieron del deterioro del MSI y la aparición del nuevo modelo orientado a la exportación.

La voluntad política, sin embargo, será necesaria no sólo al nivel nacional, con partidos que aborden los intereses amplios en lugar de *lobbies* estrechos e intereses financieros, sino también al nivel transnacional, requiriendo mayor humildad por parte de las IFIS en cuanto a su responsabilidad respecto a los veinte años de consejos y condicionalidades un tanto dogmáticas, y una profunda revisión de sus supuestos y sesgos para corregir su acción futura. Ni fondos sociales de emergencia, ni políticas macroeconómicas pro-cíclicas, ni corporativismo defensivo y regresivo, y aún menos soluciones privadas orientadas desde el mercado a la protección social, han demostrado ser adecuados para el reto inmenso de incorporación que tienen por delante los Estados y poblaciones de Latinoamérica.

BIBLIOGRAFÍA

Avelino, G. (1997). Democratización y Gasto Social en América Latina, 1980s-1990s. En Andrés Perez Baltodano (Ed.). *Globalización, Ciudadanía y política social en América Latina: tensiones y contradicciones* (pp. 97-122). Caracas: Nueva Sociedad.

Brachet-Márquez, V. (2004). Nacimiento, auge y transformación del Estado benefactor mexicano (1823-2000), UNRISD Development Project, Social Policy in a Development Context.

Bulmer Thomas, V. (1996). Introduction. En Thomas Bulmer. (Ed.), *The New Economic Model in Latin America and its Impact on Income Distribution and Poverty*. Londres: Mc Millan Press.

CEPAL (1994). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.

_____. (2000-2001). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.

_____. (2001-2002). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.

Cominetti, R. (1994). Gasto Social y Ajuste Fiscal en América Latina. *Reformas de Política Pública*, 20. Santiago de Chile: CEPAL.

Deacon, B. (1994). Global Institutions, Social Policy and Social Development. *Working paper para el Summit de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Social*. Leeds, UK: United Nations Research Institute for Social Development.

Draibe, S. (1985). *Rumos e Metamorfoses. Um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da Industrialização no Brasil 1930-1960*. São Paulo: Paz e Terra.

_____. (2002). Social policies in the Nineties. En Baumann, Renato (Ed.). *Brazil in the 1990s-An economy in transition*. Houndmills, UK: Palgrave Publishers (St. Antony's Series).

_____. (2004). The Brazilian Developmental Welfare State: Rise Decline and Perspectives. *UNRISD Development Project, Social Policy in a Development Context*.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

_____. (1994). Welfare States and the Economy. En Smelser y Swedberg (Eds.). *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton: University Press.

Filgueira, F. (1997). La nueva arena de las políticas sociales: vectores internacionales y mediación doméstica en la reforma del sector social en América Latina. En Andrés Perez Baltodano (Ed.). *Globalización, Ciudadanía y política social en América Latina: tensiones y contradicciones*. Caracas: Nueva Sociedad.

_____. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo, eficiencia y ciudadanía estratificada. En Brian Roberts (Ed.). *Ciudadanía y Política Sociales*. San José de Costa Rica: FLACSO/SSRC.

_____. (2002). Latin America: Society and Comparative Studies. *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences* (pp. 8430-8436). UK: SSRC.

Filgueira, F. y Filgueira, C. (2002). Models of Welfare and Models of Capitalism: the limits of transferability. En Evelyne Huber (Ed.). *Welfare Regimes and State Reform in Developing Countries*. Penn University Press.

Filgueira, F. y Martinez, J. (2002). Paradigmas Globales y Filtros Domésticos: Reforma Administrativa y Política Social en América Latina. *Ciencias Económicas*, XVIII(2), 191-215.

Filgueira, F. y Moraes, J. A. (2000). The Political Economy of Institutional Reform in Uruguay: Enabling Conditions, Strategic Devices and Sector Specific Configurations. *Working Paper Series*. Washington: BID.

Filgueira, F. y Papadópulos, J. (1997). Putting conservatism to good use? Neoliberal Transformations in Uruguay. En Douglas A. Chalmers, Carlos M. Vilas, Katherine Hite, Scott B. Martin, Kerianne Piester y Monique Segarra (Eds.). *The New Politics of Inequality in Latin America. Rethinking Representation in Latin America*. Oxford: Oxford University Press.

Fitzgerald, E. V. K. (1996). The New Trade Regime. Macroeconomic Behavior and Income Distribution in Latin America. En Bulmer-Thomas (Ed.). *The New Economic Model in Latin America and its Impact on Income Distribution and Poverty*. Londres: Mc Millan Press.

Fleury, S. (1994). *Estado sem Cidadaos Seguridãde: Social na America Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____. (1999). Reforma del Estado en América Latina. Hacia dónde? *Nueva Sociedad*, 160, 58-80.

_____. (2001). Universal, Dual or Plural? Health Care Models and Issues In Latin America. En Carlos Gerardo Molina y José Núñez del Arco (org). *Health Services in Latin America And Asia*. Washington D.C.

Fleury, S. y Molina C.G. (2000). *Modelos de Protección Social*. INDES. Manuscrito. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.

Huber, E. (1994). *Social Policy in Latin America: Welfare State Aspirations, Crisis and Prospects*. University of North Carolina: Mimeo.

_____. (1996). Options for Social Policy in Latin America: Neoliberal VS. Social Democratic Models. En Esping-Andersen (Ed.). *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economics*. UNRISD. London: Sage.

Kay, S. (1999). *The Politics of Postponement: Political Incentives and the Sequencing of Social Security Reforms in Argentina and Uruguay*. Research department. Federal Research Bank of Atlanta.

Korpi, W. (1983). *The Democratic Class Struggle*. London: Routledge and Kegan Paul.

Malloy, J. (1985). Statecraft and Social Security Policy and Crisis: A Comparison of Latin America and the United States. En Mesa Lago (Ed.). *The crisis of Social Security and Health Care*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

Mesa Lago, C. (1978). *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

_____. (1991). Social Security in Latin America. En *Economic and Social Progress in Latin America*. Informe elaborado para Inter-American Development Bank.

_____. (1994). *Changing Social Security in Latin America. Toward Alleviating the Costs of Economic Reform*. Boulder and London: Lynne Rienner Publisher.

_____. (1999). *Old-Age Security and Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean*. IADB, Conference on Social Protection and Poverty.

_____. (2004). Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. *Serie Financiamiento del desarrollo*, 144.

Miranda R., E. (1994). Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina. Problemas y propuestas de solución, *Serie Políticas Sociales*, 5. Santiago de Chile: CEPAL.

Muller, K. (2003). *Privatizing Old Age Security. Latin America and Eastern Europe Compared*. Cheltenham: Edward Elgar.

Przeworski, et al. (2000). *Democracy and Development. Political Institutions and Well-Being in the World, 1950-1990*. Cambridge, London, New York: Cambridge University Press.

Rueschemeyer, S. (1992). *Capitalist Development & Democracy*. Chicago: University of Chicago Press.

Sagasti, F., Prada, F. y Bazán, M. (2004). Social policy in a Development Context—Peru Report. UNRISD Development Project, Social Policy in a Development Cont.

Santos, Wanderley G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

Titmuss, R. (1958). *Essays on the Welfare State*. London: Allen and Unwin.

Williamson, J. (Ed.). (1990). *Latin American Adjustment: How much has happened?* Washington D.C.: Institute for International Economics.

World Bank (1994). World Development Report, 1994. Washington, D.C.

Wurgaft, J. (1993). *Fondos de Inversión Social: América Latina*. Santiago de Chile: PREALC/OIT.

REFLEXIONES SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y SU IMPACTO SOBRE LA EQUIDAD

Sin duda, la definición de la mejor intervención estatal en salud es uno de los más difíciles y complejos desafíos de la agenda pública. A ello se suman las dificultades de lograr mejoras en la eficiencia a través de los mecanismos de mercado; las diferentes posiciones acerca de los objetivos de equidad que debe perseguir la política sectorial y los modos de lograrlo; la magnitud de los recursos involucrados y las oportunidades de lograr importantes rentas innovativas; las dificultades para determinar el mejor balance entre políticas centralizadas y descentralizadas en la provisión de servicios públicos en cada caso; la puja política alrededor de la definición de la política sectorial, y un sinnúmero de factores institucionales que operan de diferente manera en cada país. En consecuencia, se requiere de una aproximación de carácter multidisciplinario que considere los diferentes aspectos críticos del sector.

Precisamente, el objeto de este capítulo es ofrecer algunos comentarios vinculados con uno de los aspectos que, necesariamente, deben ser considerados en los procesos de reforma sectorial de América Latina. Nos referimos al financiamiento de la protección social en salud, sin que ello implique desconocer que se trata de una parte del todo a ser considerado. Se intentará mostrar que la elevada fragmentación de los sistemas de salud de la región, y la consecuente falta de equidad y eficiencia, se hallan estrechamente relacionadas con la modalidad de su financiamiento. Se ilustrarán aquí los rasgos salientes de esos sistemas y los diferentes intentos para mejorar su integración, ofreciendo una tipología de casos. En ese sentido, se hará una mención especial al caso argentino, por ser un ejemplo extremo de fragmentación. La principal motivación de estas reflexiones es acercar argumentos que sean de utilidad para el estudio y diseño de propuestas de reforma que intenten mejorar la equidad de los sistemas de salud de los países de la región.

¹ El autor agradece los comentarios y sugerencias recibidos de Jeannie Haggerty y los miembros del Comité Editorial de la presente publicación. Aquí se recogen argumentos previamente desarrollados en CEPAL (2006); Cetrángolo y Devoto (1998 y 2001) y Cetrángolo, Lima Quintana y San Martín (2007).

LA FRAGMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS

Una de las principales preocupaciones del debate sobre el financiamiento de los países más desarrollados se relaciona con las ventajas o desventajas de los sistemas públicos de salud financiados con impuestos, en comparación con los seguros sociales de salud financiados con las contribuciones de los trabajadores². En América Latina ha predominado el desarrollo de sistemas híbridos que, por lo general, han tenido grandes dificultades en alcanzar cobertura universal de servicios de salud de cierta calidad.

En estos países, la provisión de servicios de atención de la salud está a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, regulación y provisión, en el que conviven un subsector público (esencialmente financiado con impuestos generales), la seguridad social (financiada con contribuciones sobre la nómina salarial) y el privado (organizado a partir de seguros privados o pagos directo de bolsillo). La forma en que se coordinan y articulan (o dejan de hacerlo) estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud. En consecuencia, y siendo cuidadoso en el uso de los términos, no se podría hablar de un “sistema de salud” dada la ausencia de coordinación entre las partes que conforman su organización. Más allá de la precisión semántica, es claro que la falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

De hecho, la única cobertura para la población sin capacidad de contribución suele correr por cuenta del Estado. La seguridad social cubre a los trabajadores formales (y, a menudo, a sus dependientes de acuerdo con la organización de cada sistema en particular) y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. Finalmente, el sector privado cubre generalmente a la población de más altos ingresos y cuenta con una estructura de proveedores propios. No obstante, en muchas oportunidades, los sectores de más bajos recursos, sin seguro y con dificultades para acceder a la oferta pública de servicios, deben afrontar sus necesidades más urgentes mediante pagos de bolsillo en el sector privado. La manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos tres sectores caracteriza las distintas reformas que se han llevado a cabo en la región.

² Una presentación reciente de este debate se puede encontrar en Wagstaff, A. (2009).

Sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la prestación de los servicios. Además de promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, se generan sistemas de salud diferenciados entre distintos estratos sociales. A su vez, las dificultades para regular al subsector privado de salud, que en el caso de la región representa una proporción significativa del gasto total, ha sido un factor que agrava el uso poco eficiente de los recursos que la sociedad destina al sector salud.

Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y más homogénea será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de bolsillo estará acompañado de una menor redistribución y una mayor inequidad³. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y financiamiento de la salud, en principio, mayor sería la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que sólo tenga acceso al subsector público. No obstante, esto será cierto dependiendo del grado de articulación entre la seguridad social y la provisión pública, y del nivel de financiamiento del subsector público.

3 Al examinar la participación del gasto privado en el gasto total en salud se aprecia que éste es comparativamente más alto en la región (45%) que el promedio mundial (42%) y significativamente mayor que en los países de la OECD (28%). El que el gasto privado alcance cerca de la mitad del gasto total en salud, y que el de bolsillo se aproxime a un 37%, es reflejo de las debilidades de los sistemas de salud públicos y de seguridad social en la región para brindar una cobertura de salud efectiva.

En América Latina la protección social por la vía contributiva (seguridad social) cubre apenas al 40% de la población ocupada, siendo el problema de baja cobertura particularmente complejo en los sectores rurales y entre los ocupados en el sector informal de la economía. Ni siquiera los trabajadores insertos en empleos urbanos formales y en sectores de alta productividad cuentan necesariamente con una protección asegurada por la vía contributiva. Es así que la desigualdad de ingreso se traslada al mundo de la seguridad social como desigualdad de cobertura contributiva, que se ha visto acentuada desde los años noventa (CEPAL, 2006).

Ello obliga a trabajar de manera balanceada en dos sentidos, la expansión de los sistemas de aseguramiento y el fortalecimiento de la salud pública tradicional. En la medida que los eventos en salud son aleatorios y estadísticamente independientes, los esquemas de aseguramiento parecen ser una forma eficiente de organización del financiamiento. Sin embargo, las asimetrías de información propias del sector salud, las dificultades en la medición de los riesgos en salud, junto con la necesidad de incorporar mecanismos de solidaridad, hacen que la introducción de esquemas de seguros de riesgo sea más compleja que en otros sectores de la economía.

De manera específica, una mejora en la equidad de los sistemas de la región obliga a reducir la dependencia de los gastos de bolsillo como mecanismo para el acceso a los tratamientos de salud requeridos,⁴ y la integración de los sistemas para alcanzar niveles más elevados de solidaridad. Será necesaria, asimismo, una combinación de complejas iniciativas, entre las que deben contarse: las reformas destinadas a alcanzar mejoras en la eficiencia, la definición explícita de las coberturas aseguradas, y el fortalecimiento y adecuación de los marcos regulatorios. Por su parte, la efectiva mejora en la cobertura de servicios de salud para toda la población requiere políticas de salud pública entre las que se destacan la expansión de la atención primaria, y una adecuada coordinación de servicios descentralizados que incluya la compensación de brechas entre regiones.

4 Un caso paradigmático en este sentido es el de las enfermedades “catastróficas”, cuyo financiamiento directo (en ausencia de mecanismos de aseguramiento adecuados) implica, para un amplio espectro de la población, el no poder acceder a los tratamientos, o sufrir un impacto financiero de tal magnitud que comprometa el consumo de otros bienes y servicios básicos por parte de los hogares.

LOS DESAFÍOS QUE DEBE ENFRENTAR EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Si bien Latinoamérica es una región que presenta una gran diversidad de situaciones a su interior⁵, se cree necesario introducir un grupo de rasgos que puede servir para calificar los aspectos dominantes de la región en su conjunto y evaluar las posibilidades y dificultades que se presentan, con el objetivo de lograr sistemas de salud más integrados y equitativos. Se entiende aquí necesario resaltar cinco temáticas que deben ser consideradas: 1. Nivel y estructura del gasto en salud; 2. Su impacto distributivo; 3. Cobertura; 4. La dimensión territorial al interior de cada caso, y 5. Financiamiento.

1. En promedio, el gasto en atención de la salud de América Latina es similar al promedio mundial, medido como porcentaje del producto interno bruto (alrededor de 6,5% del PIB). No obstante, ese nivel es bastante inferior a los países desarrollados (en la OECD el promedio era de 9,2% en el año 2004). Si bien estas diferencias se hacen más marcadas cuando se las mide como gasto por habitante, debe notarse que parte de esa brecha es explicada primero por diferencias en los salarios en dólares entre países y segundo, con mayor impacto, el gasto en tecnología y medicamentos. Como suele suceder con los promedios, éstos ocultan una diversidad de situaciones particulares. En algunos países el gasto en relación al PIB alcanza niveles similares al de un país desarrollado (Argentina, Brasil y Uruguay, entre otros); por el contrario, existen otros con niveles muy bajos, como es el caso de Perú. Adicionalmente, se presenta una diferencia mucho más marcada hacia el interior de cada país, lo que tiene implicancias más significativas cuando se trata de sistemas donde la provisión del gasto público se halla descentralizada, como se verá más adelante.

2. Más allá del nivel de gasto en salud de la región, su impacto distributivo resulta ser mucho más regresivo que en los países desarrollados. Ello se debe, de manera especial, a que América Latina presenta una mayor participación del gasto privado, con impacto negativo sobre la equidad. Mientras que en los países desarrollados el aporte del gasto privado representa cerca del 20% del gasto total, los países de la región financian en promedio cerca del 35% del gasto total por esta vía, con varios países que superan el 50%. La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos es también un factor de inequidad. Adicionalmente, el gasto público tiene un impacto redistributivo menor al esperado⁶. Sin lugar a dudas, el logro de sistemas de salud más integrados y equitativos requiere un menor peso del gasto privado.

5 Entre los factores que explican esa diversidad de situaciones debe mencionarse los diferentes perfiles epidemiológicos. No obstante, si bien este aspecto debe ser considerado con especial atención, no será objeto de análisis en estas notas.

3. La región presenta importantes brechas entre la cobertura que la legislación de cada país declara como derechos de los ciudadanos en cuanto a atención en salud y la cobertura efectiva a la que pueden acceder en cada caso, dependiendo del grado de disponibilidad, acceso

en tiempo, forma y utilización de servicios de salud adecuados. Entonces, a las deficiencias propias de sistemas con diferente (y superpuesta) cobertura, dependiendo de la expansión de la seguridad social en cada caso y las posibilidades que cada ciudadano tenga de contratar servicios privados, se suman los problemas propios de la insuficiencia de la oferta de servicios públicos.

4. Como se adelantó, también se observa en muchos países un importante grado de fragmentación al interior de cada subsector (público, seguridad social y privado). De manera especial, la descentralización en la provisión pública, cuando ha ocurrido, multiplica los niveles de cobertura en un mismo país. Es importante considerar aquí que estos procesos de descentralización han ocurrido sobre territorios con marcadas desigualdades, de manera que las brechas de desarrollo al interior de cada país pueden haber derivado en un agravamiento de las diferencias internas al ser muy diferentes las posibilidades financieras de cada región. El resultado final depende, en gran medida, del sistema de transferencias financieras entre niveles de gobierno que acompañaron la descentralización de servicios⁷.

6 Si bien para el promedio de la región el gasto público en salud es levemente progresivo, un número importante de países muestra una canalización de este gasto que favorece a los quintiles de mayores ingresos. Véase CEPAL (2006).

7 Esta compleja temática excede los alcances de este capítulo. Para una revisión de los procesos de descentralización fiscal en América Latina y los esquemas de transferencias financieras que predominan en la región, puede consultarse Cetrángolo, O. (2007).

5. Por último, en relación con el financiamiento, la región se ha caracterizado por una gran volatilidad macroeconómica que, dependiendo de los casos, ha derivado en episodios de crisis que empeoran aún más la ya deficiente situación distributiva. El financiamiento de las políticas necesarias, cuidando la gobernabilidad fiscal, requiere la consolidación de un mayor nivel de recursos. El nivel de la carga tributaria de la mayoría de los países resulta insuficiente y puede atentar contra la capacidad de los Estados para encarar reformas necesarias. Precisamente, la deseada integración de los sistemas de salud y el logro de niveles de cobertura adecuados y uniformes para toda la población requiere, seguramente, de mayores recursos tributarios.

De manera específica, si se espera mejorar el impacto distributivo de la intervención pública debe revertirse el pobre desempeño de la imposición sobre las rentas. En la actualidad, se puede observar que la estructura tributaria está sustentada principalmente en impuestos indirectos de carácter regresivo. La presión tributaria (sin considerar los recursos de la seguridad social) promedio de la región alcanza apenas el 15% del PIB, poco más que la mitad de la correspondiente a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (27%), siendo las tres cuartas partes de esa diferencia explicada por la menor recaudación de tributos sobre las rentas y ganancias de capital, 3,8% y 12,9% del PIB en América Latina y los países de la OCDE, respectivamente (Cetrángolo y Gómez, 2007).

En síntesis, los países latinoamericanos deberán enfrentar el desafío de incrementar el financiamiento tributario destinado al sector público, reduciendo la dependencia del gasto privado y las cargas sobre la nómina salarial que, en mayor o menor medida, atentan contra el objetivo de lograr sistemas equitativos e integrados que aseguren una mayor cobertura de mejor calidad. Adicionalmente, los sistemas descentralizados demandan un mayor cuidado de la organización federal de los sistemas de salud pública, lo que define claramente las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno y sistemas de transferencias entre niveles que aseguren el financiamiento adecuado de las diferentes funciones. Teniendo en cuenta los puntos de partida de las reformas requeridas, debe señalarse la complejidad de estos desafíos y la necesidad de definir senderos de reformas que, en cada caso, aporten mejoras en la dirección deseada.

INTENTOS DE INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Como se dijo, el logro de sistemas de salud más equitativos y eficientes depende, en casi todos los casos, de las posibilidades de integrar sus componentes. En el contexto regional, son pocos los países que han logrado ese objetivo y financian las prestaciones públicas de salud mediante impuestos generales. Se trata, en primer lugar, de los países del Caribe, que han seguido la tradición sajona de sistemas públicos de salud; en segundo lugar, debe contarse el caso especial de Cuba y, por último, del único país de la región con un nivel de carga tributaria similar a países desarrollados: Brasil.

El resto de la región, al conservar, de manera parcial, el financiamiento mediante cargas sobre la nómina salarial, ha mantenido sistemas fragmentados. En algunos casos, se ha tratado de integrar los sistemas contributivos financiados a través de esas cargas con los esquemas públicos de financiamiento tributario; en otros, en cambio, se mantiene una significativa segmentación de ambas formas de financiamiento.

Entre los casos en donde se ha tratado de integrar las dos formas de financiamiento se pueden distinguir, a su vez, tres modalidades de integración. En primer lugar, se debe contar el caso tradicional de Costa Rica, en donde la integración de las fuentes de financiamiento se hizo conservando un nivel único de cobertura, por lo cual sería el tipo de integración más equitativo. La segunda modalidad se presenta cuando la integración se realiza aceptando niveles de cobertura diferenciada, dependiendo del tipo de financiamiento (Colombia). Por último, un caso especial es ofrecido por la experiencia chilena, en donde la integración es parcial ya que son los afiliados los que deciden participar del sistema público integrado (FONASA) o permanecer en el sistema privado (ISAPRES). Teniendo en cuenta que esa elección dependerá, de manera sustantiva, del nivel de ingresos de cada beneficiario, se considera un sistema dual (CEPAL, 2006).

Como se vio, el único sistema segmentado que logró transitar un proceso de reforma que generó una integración completa a través de la provisión pública ha sido Brasil. Para los efectos del argumento aquí presentado, ello ofrece el atractivo de haber sido un proceso donde el

cambio en las fuentes de financiamiento en el sistema de salud tuvo un efecto neutro para las cuentas públicas. En efecto, a partir de la Constitución de 1988, el derecho de los trabajadores a la seguridad social se transformó, para la salud, en universal e integral, y el nuevo sistema de salud único a cargo del Estado comenzó a financiarse con recursos de rentas generales (incluyendo algunos tributos con asignación específica al sector). Simultáneamente, las cargas sobre la nómina salarial que previamente financiaban la seguridad social en salud, pasaron a integrar el financiamiento del sistema previsional que contaba con recursos de rentas generales.

Por el contrario, entre los países que no han encarado procesos de integración, existe cierto consenso en caracterizar al sector salud argentino como especialmente fragmentado, aún para los patrones latinoamericanos. Su cobertura es sumamente heterogénea y poco equitativa. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores –público, seguridad social y privado–, sino que al interior de cada uno de ellos también se observa un alto grado de fragmentación. El subsector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones nacional, provincial y municipal, niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación.

DIEZ RASGOS QUE DEFINEN UN SISTEMA ALTAMENTE FRAGMENTADO: EL CASO ARGENTINO

Como en muchos otros países de la región, el sistema argentino de salud está asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, además, algún tipo de aseguramiento social o privado. Las dificultades en lograr una mayor eficiencia y equidad en el caso argentino tiene relación con la desarticulación entre los diferentes componentes de la demanda y la existencia de múltiple cobertura. Esta resulta, no solo de la duplicación de cobertura entre el subsector público y los diferentes tipos de seguros, sino que, a su vez, puede existir triple cobertura si los diferentes miembros de un grupo familiar tienen derecho a diferentes tipos de instituciones y, aún peor, cuando se agrega la afiliación voluntaria a seguros privados. A continuación, se presentan diez rasgos que definen las características de este sistema especialmente desintegrado.

1. *La cobertura de seguros es baja y decreciente.* Considerando la cobertura de las diferentes modalidades institucionales que integran la seguridad social, así como el aseguramiento privado y voluntario, ésta había descendido desde el 63% en 1991 hasta el 52% en el año 2001 (de acuerdo con los respectivos Censos de Población). Si bien no existe información posterior, puede asumirse que la cobertura habría sufrido una caída mayor durante la crisis del año 2001 y se estaría recuperando durante los últimos años.

2. *La cobertura presenta marcadas diferencias regionales.* Algunas provincias de menor desarrollo registran cobertura de seguros inferior al 35% de la población (Corrientes, Formosa y Chaco), y en otras el porcentaje supera el 70% (Chubut, Santa Cruz y Ciudad de Buenos Aires), valores extremos que se ocultan en el 52% promedio para el país. En algunos casos la cobertura depende mayormente del empleo público y, entonces, una parte importante del aseguramiento está a cargo de los institutos provinciales (Catamarca, Santa Cruz, La Rioja). En otros casos, debido a la mayor edad de la población, en la cobertura tiene un papel más preponderante el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (Ciudad y Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe).

3. *La cobertura de salud agrava los problemas distributivos preexistentes.* La carencia de cobertura de seguros de salud y, consecuentemente, la mayor dependencia de los servicios ofrecidos por el subsector público, aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos per cápita de las familias. De acuerdo con datos de la Encuesta de Condiciones de Vida⁸ los hogares del quintil de ingresos más bajo sin cobertura de seguro resultan siete veces más numerosos que los del quintil más alto.

⁸ Lamentablemente, la última información disponible es del año 2001 y corresponde a la población urbana.

4. *Los recursos destinados al financiamiento del sector no parecen escasos.* En el año 2006 el gasto público y de la seguridad social alcanzaba 4,6% del PIB. Lamentablemente la última estimación disponible del gasto privado corresponde al año 2000. En aquel entonces el mismo representaba 4,2% del PIB y, asumiendo que no ha habido cambios significativos desde entonces, el gasto total alcanzaría cerca del 9% del PIB.

5. *Es muy elevada la participación del gasto privado.* En la organización del sistema argentino conviven instituciones que obedecen a lógicas y motivaciones diversas. Como se dijo, casi la mitad del gasto era y sigue siendo privado directo⁹ y, obviamente, no se integra al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumple funciones redistributivas.

6. *Los recursos destinados al financiamiento de un sistema solidario son muy escasos.* Más de la mitad del gasto no privado queda en manos de instituciones “sin fines de lucro”, pero con motivaciones difusas, esquemas redistributivos en retroceso y sólo parcialmente reguladas. La seguridad social presenta un gasto de 2,9% del PIB a cargo de instituciones vinculadas a los gremios (las “obras sociales sindicales”), una institución proveedora de seguros de salud para los jubilados y pensionados que no tiene dependencia del Ministerio de Salud y, finalmente, instituciones de la seguridad social de las provincias, que brindan servicios, básicamente, a sus empleados públicos. En consecuencia, el gasto público alcanza apenas el 2% del PIB, básicamente en manos de los gobiernos provinciales. El gasto en salud del gobierno nacional es de sólo el 0,3% del PIB.

7. *La oferta de salud pública presenta una gran disparidad territorial.* El gasto público en atención de la salud muestra grandes diferencias por provincia. Con un promedio nacional de 154 pesos por habitante para el año 2004, la provincia de Córdoba tiene el menor gasto público per cápita en atención de salud (\$ 93 por persona), mientras que Tierra del Fuego se ubica en lo más alto (\$ 637 por

persona). Sólo ocho provincias se encuentran por debajo del promedio nacional (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Chaco, Mendoza, Misiones, Santa Fe y Tucumán)¹⁰, pero en ellas habita el 71% de la población. La existencia de un sistema con un elevado grado de descentralización y la gran disparidad de capacidades (tanto financieras como de gestión) entre las provincias determina, en ausencia de arreglos financieros compensadores, grandes diferencias de situación entre las personas de distintos territorios¹¹.

9 Cuotas por seguros de salud voluntarios, compra de bienes, pago de honorarios a profesionales de la salud, etc.

8. *La cobertura brindada por las instituciones de la seguridad social (denominadas “obras sociales”) también es muy heterogénea.* Los trabajadores formales activos, sus familiares y los trabajadores pasivos reciben cobertura de la seguridad social que está compuesta por aproximadamente 280 Obras Sociales Nacionales, otras Obras Sociales como las correspondientes al personal de las FFAA, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (destinadas a brindar cobertura a los empleados públicos provinciales y sus dependientes), y el Instituto de Previsión Social para Jubilados y Pensionados. Para ello, los trabajadores activos están obligados a realizar aportes y contribuciones del orden del 9% de sus salarios que destinan a su propia cobertura y un 5% adicional para financiar la cobertura de los pasivos. A pesar de las modificaciones incorporadas durante los últimos años, como la obligación de las obras sociales de garantizar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema con el objetivo de disminuir las desigualdades y la posibilidad de elección de obra social, subsisten diferencias importantes en el acceso y calidad de servicios que reciben los beneficiarios según la Obra Social a la que pertenecen y su lugar de residencia.

9. *Las reformas de los años noventa han profundizado la segmentación de la cobertura.* Hasta el año 1994 los aportes de cada trabajador eran destinados a financiar la Obra Social del gremio de su actividad, sin poder elegir otra institución. De esta manera la cobertura era homogénea dentro de cada obra social y diferente entre ellas, ya que dependía del salario promedio de la actividad laboral correspondiente y la cantidad de beneficiarios. Con la libre elección se inicia la salida del esquema de solidaridad institucional que había prevalecido hasta entonces, ya que debido a la forma en que se implementó, cada beneficiario puede ejercerla mediante la reasignación entre instituciones de su propio aporte¹².

10 Las provincias de Córdoba, Buenos Aires y Santa Fe presentan gastos en atención en salud per cápita por debajo de la media nacional, y la causa estaría vinculada con su grado de descentralización desde el punto de vista sanitario, esto es, que un porcentaje importante del gasto en salud es realizado por los municipios.

11 Debe hacerse notar que el Producto por habitante de la provincia más rica (Santa Cruz) es casi nueve veces el correspondiente a la Provincia de Formosa. Véase Cetrángolo (2007).

10. *El sistema está insuficientemente regulado.* Si bien existe una Superintendencia de Servicios de Salud, ésta solo tiene atribuciones para regular a las Obras Sociales Nacionales, quedando fuera de su alcance las Obras Sociales Provinciales (5.2 millones de beneficiarios), el Instituto Nacional de Servicios de Salud para Jubilados y Pensionados (3.3 millones de beneficiarios), y el subsector privado proveedor de planes y servicios de salud.

REFLEXIÓN FINAL

Estas notas han tratado de ofrecer un rápido análisis de los aspectos relacionados con el financiamiento de la protección social en salud que limitan la construcción de sistemas más equitativos en América Latina. Se ha visto que la modalidad predominante de financiamiento fragmentado de la salud determina la existencia de diferentes niveles de cobertura en función de las posibilidades de inserción de cada persona en el mercado de trabajo. Teniendo en cuenta los problemas existentes en la región en este sentido, la integración de los sistemas y su financiamiento es un tema que se debe discutir con sumo cuidado y urgencia.

Los problemas que deben ser enfrentados obligan a pensar una estrategia de mediano plazo que cubra un sendero de reformas tendentes a alcanzar el objetivo buscado. De más está decir que el sendero de reformas no es único. Habrá casos en donde se pueda construir un sistema integrado desde la seguridad social existente, y otros en donde los cambios tendrán como eje la salud pública. Entonces, no sólo se trata de discutir el punto final sino el funcionamiento de los sistemas durante un período de transición que, necesariamente, será prolongado y obligará a redefiniciones importantes durante los procesos. Sin duda, la capacidad de los gobiernos para conducir estos procesos y el poder de negociación de los diferentes sectores involucrados será crucial en la definición de cada particular sendero. Por último, debe hacerse notar que para que dichos procesos sean viables, los países deberán encarar importantes reformas tributarias que les permitan reducir la dependencia de beneficios contributivos y financiar servicios de alcance general.

12 Como resultado, se verificó que Obras Sociales en las cuales se combinaba un importante número de pasivos y una diferencia marcada de niveles de ingreso (Ferroviarios, Seguros, Bancarios, etc.), se quedaron con aquellos beneficiarios de menor aporte y mayor riesgo de enfermar, provocando la imposibilidad de su sostenimiento (Torres, 2004). Por otra parte, y debido a la posibilidad de brindar planes suplementarios al Programa Médico Obligatorio, la cobertura en el interior de cada obra social comenzó a depender de las cuotas suplementarias que pagan sus afiliados, lo que empeora aún más la solidaridad al interior de cada entidad.

BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Trigésimo primer período de sesiones, Montevideo: CEPAL.
- Cetrángolo, O. (2007). Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización, *Serie Políticas Sociales*, 131, Santiago de Chile: CEPAL.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2001). Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad. *Serie de Estudios*, 27. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Cambio Estructural (CECE).
- Cetrángolo, O. y Gómez Sabaini, J.C. (2007). La tributación directa en América Latina y los desafíos a la imposición sobre la renta. *Serie Macroeconomía del Desarrollo*, 60. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cetrángolo, O., Lima Quintana, L. y San Martín, M. (2007). *Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un sistema descentralizado*. Manuscrito inédito.
- Torres, R. (2004). *Mitos y realidades de las obras sociales*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- Wagstaff, A. (2009). Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD. *Policy Research Working Paper*, 4821. Washington: The World Bank.

SECCIÓN II

CASOS SOBRE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

ETNICIDAD COMO DETERMINANTE DE LA INEQUIDAD EN SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL PERÚ¹

Martín Valdivia

INTRODUCCIÓN

La sociedad peruana ha estado marcada históricamente por altos niveles de pobreza y desigualdad; características que se relacionan estrechamente con la exclusión sistemática a la que se ha visto enfrentada la vasta mayoría de la población con antecedentes indígenas. Los mecanismos que han perpetuado esta situación de exclusión y marginación tanto de la población indígena como de la afro-peruana, datan desde los tiempos de la colonia, y posteriormente fueron reforzados durante la República².

Esta situación ha tenido como consecuencia la generación de significativas desventajas para dichas poblaciones en términos de niveles de ingreso, escolaridad, salud, y acceso a servicios formales como el crédito y la seguridad social³. A pesar de ello, puede decirse que el análisis del papel de la raza y etnicidad como determinante de las desigualdades sociales en el país no ha recibido suficiente atención en la literatura académica. Por un lado, los estudios cuantitativos acerca de la pobreza y desigualdad en la sociedad peruana enfatizan tradicionalmente en el nivel de capital humano, el acceso a servicios básicos, y la ruralidad como determinantes claves, limitando el análisis de la raza-etnicidad a las diferencias según la lengua materna de los individuos, en particular del quechua o aymara⁴. Por otro lado, los estudios cualitativos acerca del papel de factores étnico-culturales como determinante de las desigualdades en salud han tendido a restringirse a temas de salud reproductiva en contextos rurales, mientras que mucho menos atención se ha dado a la forma como el origen étnico afecta el proceso de asimilación de los migrantes en las ciudades, en particular en lo que concierne a su conexión con el sistema de salud.

¹ Este artículo forma parte de y reporta sobre las investigaciones que un equipo de trabajo, que ha incluido a Mariela Planas, Esperanza Reyes y Néstor Valdivia, viene desarrollando en el marco del proyecto “*Raising Awareness on the Connection between Race/Ethnicity, Discrimination, Poverty and Health Inequalities in Peru*”, bajo la coordinación del autor y con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá (IDRC) a través de su programa de Gobernanza, Equidad y Salud (GES). El autor agradece los valiosos comentarios de Francoise Barten y Roberto Bazzani a versiones previas, a los participantes de la sesión correspondiente a la conferencia IHEA 2009 en Beijing, y a los seminarios del INEI-ENDES 05 y del Proyecto de USAID “Iniciativas de Políticas de Salud”. Sin

embargo, todos los planteamientos, así como los errores u omisiones, son responsabilidad exclusiva del autor.

2 Ver, por ejemplo, Cotler (1992), Figueroa, et al. (1996).

3 Ver Psacharopoulos y Patrinos (1994), PREAL (2004), Espinoza y Torreblanca (2004), Torero, et al. (2004), Benavides y Valdivia (2004), Trivelli (2002), Mendieta (2003), para evidencias sobre brechas étnicas en diversos indicadores en perjuicio de la población indígena.

Recientemente ha resurgido el tema de los derechos de las poblaciones pertenecientes a las etnias originarias en el Perú, primero a partir del informe de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) y segundo, con los conflictos sociales alrededor del manejo de recursos naturales, minería, petróleo, gas, que de alguna manera reivindican derechos históricos de los grupos étnicos originarios. El primer proceso en relación a la población de origen quechua o aymara alrededor de la violación de sus derechos en medio del conflicto de la década anterior, a partir de la acción de dos grupos terroristas⁵. El segundo proceso incluye también los derechos de las etnias originarias amazónicas sobre su territorio histórico en el marco de un modelo de crecimiento basado fuertemente en la gran inversión privada en la minería y petróleo, el mismo que ha venido generando varios conflictos de alto costo social en los últimos años. Así, la discusión de las desigualdades étnico-raciales en el Perú no es sólo un tema de equidad sino también de gobernabilidad, a nivel de toda la sociedad peruana, pero con una agenda clara también para el sector salud.

4 Ciertamente, en el Perú hay otros grupos étnicos minoritarios que también han sido tradicionalmente marginados, como los afro-peruanos y los grupos étnicos de la Amazonia. Sin embargo, el tamaño pequeño de cada uno de estos grupos en la población impide que las encuestas de salud o de hogares sean representativas de su situación.

5 El informe de la CVR llamó fuertemente la atención sobre el factor étnico asociado a la violencia política de los ochentas y noventas, argumentando que los eventos asociados a la violación de derechos humanos y civiles por parte de los movimientos terroristas que azotaron al país durante las últimas dos décadas, tuvieron estrecha relación con factores étnico-raciales. A pesar de que el tema étnico-racial no fue levantado abiertamente por ninguno de los grupos terroristas, el reporte de la CVR no sólo encontró que el 75% de las víctimas identificaban como su idioma o lengua materna al quechua u otras lenguas nativas, sino también estableció enérgicamente que la falla de la sociedad peruana para asimilar dichas pérdidas como suyas, es una expresión clara del racismo oculto que aún prevalece en nuestra sociedad.

En este marco, es importante establecer que la reducción de la vulnerabilidad de las poblaciones de origen indígena debe ser una prioridad de la política de protección social en el país a partir del respeto de los derechos interculturales, y considerando la necesidad de un tratamiento diferenciado que privilegie la reducción de las desigualdades en salud de origen étnico. En este contexto, un grupo de investigadores, que inicialmente conformaron la Alianza para la Equidad en Salud (AES), construyeron una propuesta de investigación –acción que combinó a diversas instituciones y disciplinas para contribuir al entendimiento del papel de los factores étnicos en la explicación de las inequidades en salud en el Perú⁶.

En este capítulo describimos primero las características del proyecto que la AES ha venido desarrollando durante el periodo 2005-2009, incluyendo el marco conceptual, la estrategia de acción, los productos y resultados sobre el debate y diseño de políticas asociadas a la reducción de las brechas étnicas en salud. A continuación, se presenta de manera resumida uno de los principales estudios de ese proyecto, el mismo que utiliza la nueva información acerca de la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas para las rondas 2005-2006 de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), para establecer sus antecedentes lingüísticos y étnicos. Incluye el marco conceptual, la metodología y los principales resultados del análisis de los factores étnico-raciales como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. La cuarta sección resume y discute las implicancias de política asociadas al estudio específico descrito en la sección anterior, pero enmarcándolas dentro de la agenda actual de reforma del sector salud y de la política de protección social en general.

6 AES ha reunido a investigadores del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) y la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA) de la Universidad Cayetano Heredia. La propuesta para este proyecto fue preparada por Martín Valdivia (GRADE), con la colaboración de Néstor Valdivia (GRADE) y María Elena Planas (FASPA-UPCH).

EL PROYECTO: ENFOQUE GLOBAL, ESTRATEGIA, COMPONENTES Y PRODUCTOS

El objetivo fundamental del proyecto ha sido aumentar el nivel de conciencia en la sociedad peruana sobre la importancia de la raza y la etnicidad para explicar las inequidades en salud en el Perú, y sobre la urgencia de identificar políticas que permitan reducir la brecha étnica en salud. El proyecto incluyó, además de un componente de investigación, un componente de incidencia que buscó involucrar desde temprano a agentes claves relacionados con la promoción de los derechos en salud, de tal manera que pudieran ir apropiándose del proyecto a través de la participación en su re-definición y de sus comentarios a los resultados preliminares de las investigaciones⁷.

El componente de investigación combinó métodos cualitativos y cuantitativos para desentrañar los diferentes mecanismos a través de los cuales la raza/etnicidad interactúa con la pobreza y ruralidad, y con la rigidez del sistema de salud para explicar la desventaja que muestran tanto la población de origen quechua, aymara, como la afro-peruana y la de las diferentes etnias amazónicas en términos de su estado de salud, así como su interacción con el sistema de salud.

Los estudios y productos desarrollados en este proyecto son varios, pero en esta primera sección describimos dos productos particularmente importantes. El primero se refiere a la generación de nueva información que mejora la posibilidad de analizar cuantitativamente la relación entre la raza/etnicidad y la salud. A nivel del país y de la región, es reconocido que una de las restricciones para el desarrollo de estudios cuantitativos sobre este tema es la ausencia de información adecuada⁸. En el Perú, la única información relacionada que se incluye en los cuestionarios de las encuestas y censos es la de la lengua materna de los entrevistados.

En ese marco, el proyecto fue desarrollando una batería de preguntas para ser incorporadas en una encuesta de salud representativa a nivel nacional que nos permita un mejor entendimiento de la problemática étnica en salud en el Perú. En primer lugar, se decidió trabajar con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) que aplica en el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La ENDES es parte de un esfuerzo internacional de colaboración que coordina Macro International, con financiamiento del USAID⁹.

⁷ Tanto la propuesta, como las actividades y los productos del proyecto pueden ser revisados en la siguiente página web: <http://www.aes.org.pe/etnicidad>

⁸ Ver Torres (2003). Almeida-Filho, et al. (2003) también argumenta sobre el relativo abandono de temas como raza y etnicidad en la literatura sobre inequidades en salud en América Latina.

Luego de varias reuniones con los equipos encargados del INEI y de Macro International, pudimos mostrarles la importancia de un esfuerzo de este tipo y la capacidad del equipo del proyecto para apoyarlos en el mismo, con lo que se pudo comprometer su participación sin ningún costo financiero para el proyecto. En una primera etapa, se logró agregar una pregunta acerca de la lengua materna de los ancestros de las mujeres encuestadas en la ronda 2006 de la ENDES¹⁰. Posteriormente, ajustándonos a las restricciones de tiempo de la encuesta, se logró insertar un módulo más completo con preguntas acerca del grupo étnico con el que se identificaban las mujeres entrevistadas, el nivel educativo y el origen territorial de sus padres, la relación con el lugar de origen de sus padres, y la forma de vestir de las mujeres, además de una pregunta acerca de la percepción de eventos de discriminación y de su frecuencia.

Ésta ha sido una contribución muy importante de este proyecto, por varias razones. En primer lugar, ciertamente por los estudios que se han podido desarrollar. Precisamente, en este artículo resaltamos los resultados de uno como un ejemplo del valor de esta nueva información para clarificar la relación entre la etnicidad, los antecedentes lingüísticos y la salud materno-infantil, y establecer recomendaciones de política.

Pero ciertamente la libre disponibilidad de esta información establece la posibilidad que la misma pueda ser utilizada por otro grupo de investigadores, por lo que sus beneficios han de trascender los esfuerzos que se realicen en el marco de este proyecto. En segundo lugar, es importante resaltar aquí que el acuerdo inicial con el INEI fue incluir el módulo trabajado en la ronda 2007 de la ENDES, sin embargo, el módulo se mantuvo en la ronda 2008, e incluso en la 2009, a pesar de importantes cambios en el personal a cargo de la ENDES. Así, es posible esperar que este módulo de etnicidad trascienda el horizonte temporal del proyecto contribuyendo al sostenimiento de estudios sobre el tema en el país.

⁹ A nivel internacional, la encuesta es conocida como la *Demographic and Health Surveys* (DHS), y es aplicada en más de 80 países a lo largo del mundo.

¹⁰ El primer antecedente que conocemos acerca de esta pregunta fue el asociado al proyecto del programa de Mejoramiento de las Encuestas de Condiciones de Vida (MECOVI), auspiciado por el BID y el Banco Mundial, que la incluyó en la ENAHO 2001 para los jefes de hogar y sus conyugues. Dicho esfuerzo, en realidad, también incluyó una pregunta acerca de la autoadscripción de los jefes de hogar y sus cónyuges a un grupo étnico determinado.

El segundo elemento resaltable del proyecto es el de la conformación y consolidación gradual del consejo consultivo del proyecto. Desde un inicio se decidió adoptar el mapeo de alcances como una herramienta para mejorar la posibilidad de que los resultados de nuestras investigaciones no se quedaran en un escritorio, sino que contribuyeran al debate de políticas de salud entre los funcionarios públicos, la comunidad académica y las agencias locales e internacionales de desarrollo. Así, el proyecto empezó por establecer un mapeo de estos agentes relacionados con el tema del proyecto, identificando sus objetivos y fortalezas.

A partir de ahí, se decidió invitar a los grupos más interesados a participar, primero en la discusión de la propuesta global del proyecto, luego en la discusión de los resultados de los primeros estudios, para después instaurar una serie de talleres periódicos donde se discutían tanto los avances y planes del proyecto, como las diferentes opciones para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud basadas en la raza/etnicidad. El grupo fue expandiéndose gradualmente y ahora incluye al proyecto de CARE sobre Derechos en Salud, la Adjuntía para la Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo, el Observatorio de los Derechos de la Salud (CIES) y el Centro de Salud Intercultural del Ministerio de Salud¹¹.

Mas allá de las instituciones involucradas, la gradual consolidación de este grupo ha tenido varias manifestaciones relevantes. Inicialmente fue el ajuste del propio plan de investigaciones del proyecto. La discusión acerca de los planes de investigación del proyecto con el grupo consultivo llevó a resaltar y adelantar en el calendario el desarrollo del estudio sobre discriminación de origen étnico en los establecimientos de salud. Se dio un claro consenso acerca de la importancia de este tema, por el hecho que ha sido muy poco estudiado de manera sistemática, a pesar que es creciente la evidencia anecdótica de trato diferenciado, especialmente en lo que respecta a la transmisión de información sobre su diagnostico y sus opciones de tratamiento. Adicionalmente, se consideró el hecho que ese tipo de estudios generaba un

espacio de acción política muy positivo, tomando en cuenta la prioridad de los objetivos actuales de, por ejemplo, la Adjuntía de Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo.

¹¹ La inclusión paulatina del Ministerio de Salud (MINSA) es un logro en sí mismo del proyecto. En un primer momento, el mapeo de actores identificó una natural resistencia de los funcionarios del MINSA a discutir abiertamente temas relacionados con las brechas étnicas o a la posibilidad de un servicio inadecuado en sus establecimientos, una reacción natural tomando en cuenta la responsabilidad que les corresponde. Cuando se discutió el tema con el grupo consultivo inicial, los funcionarios de la Defensoría del Pueblo plantearon que tal reacción también la perciben ellos cuando buscan monitorear o proteger los derechos en salud de los grupos indígenas. Así, el grupo consultivo inicial fue desarrollando una estrategia para ir incorporando al MINSA, cosa que se logró hacia el tercer año.

Consecuentemente, se contó con el apoyo debido para lograr la participación de la Dirección Regional de Salud de Junín en el desarrollo del trabajo de campo correspondiente al presente estudio. Este tipo de participación del grupo consultivo ha de resultar fundamental para difundir luego los resultados del estudio que se viene terminando. Pero desde ya, el haber insertado el tema de la discriminación de origen étnico-racial en los establecimientos de salud en el Perú entre agentes claves como los miembros del consejo consultivo del proyecto es un logro muy importante, considerando lo delicado del tema, por sus implicancias legales¹².

En las siguientes secciones presentamos con mayor detalle las características de uno de los estudios *desarrollados* en el marco de este proyecto y sus implicancias de política, como un ejemplo de la forma como las investigaciones pueden contribuir a la construcción de alternativas de política que reduzcan las inequidades en salud relacionadas con factores étnicos en el Perú.

ETNICIDAD, ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS Y SALUD MATERNO-INFANTIL (SMI)

Una limitación clave para el análisis cuantitativo de la etnicidad como determinante de las inequidades en salud en el Perú es la del acceso a información suficiente acerca de los antecedentes étnicos de la población tanto rural como urbana. El indicador de etnicidad más utilizado es el de la lengua materna de los individuos, o alternativamente, la lengua que más se utiliza en el hogar.

¹² Esperamos que esta contribución se consolide cuando se tenga los informes finales correspondientes y se difundan sus resultados. Este componente lo viene desarrollando conjuntamente Néstor Valdivia (GRADE) y Esperanza Reyes (FASPA-UPCH).

Utilizando esta información, Benavides y Valdivia (2004) abordan el tema de las brechas étnicas en el Perú y su relación con los avances alcanzados en relación a las metas del milenio (MDM), encontrando que aunque se dieron avances importantes en salud materno-infantil durante la década pasada, e incluso en muchos casos con un claro sesgo pro-pobre, los mismos no redujeron la brecha étnica en variables como mortalidad infantil, desnutrición crónica, atención profesional durante el parto, la misma que afecta dramáticamente a la población que reporta como lengua materna al quechua o aymara.

El tema es que con este indicador es difícil separar la importancia del factor étnico del de la pobreza y especialmente de la ruralidad, como determinantes de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, en tanto prácticamente todas las mujeres que reportan al quechua o aymara como lengua materna residen en áreas rurales, donde las tasas de pobreza son también las más altas del país.

En general, se entiende que la lengua materna tiene limitaciones como indicador de etnicidad. Una de las definiciones más aceptadas de etnicidad la refiere como la existencia de grupos de individuos que comparten ciertas características sociales y culturales (no genéticas) tales como origen geográfico, historia, lenguaje, religión, valores y costumbres¹³. En ese marco, hay que tomar en cuenta que en el Perú de los últimos 50 años se ha venido dando un fuerte proceso de migración del campo a la ciudad con el consecuente requerimiento de asimilación cultural. En ese sentido, es muy probable que tengamos en zonas urbanas migrantes de tercera generación o incluso mayores. Muchos de estos grupos han debido absorber la lengua castellana de tal manera que son genuinos al reportar el español como su lengua materna. Al mismo tiempo, es muy posible que estos individuos mantengan algunas de sus creencias y prácticas, entre ellas las relacionadas a la propia concepción de la salud y su aproximación al cuidado de la misma¹⁴.

Valdivia (2007) analiza los antecedentes lingüísticos y la etnicidad como determinantes de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, aprovechando que a partir del 2005 la ENDES incluye adicionalmente información acerca de la lengua materna de los ancestros de la mujer entrevistada (padres y abuelos). Con ese tipo de información, explora a mayor profundidad la relación entre los antecedentes lingüísticos de la población, los antecedentes étnicos, el proceso de asimilación de los grupos con antecedentes indígenas a la vida en las ciudades y su aproximación a los servicios modernos de salud en el Perú.

¹³ Barth (1976) añade la auto-identificación como un elemento clave para la identificación de un grupo étnico.

¹⁴ Ver Ossio (1995), Altamirano y Hirabayashi (1997).

En particular, se hace relevante entender el proceso de asimilación que enfrenta la población con antecedentes indígenas al momento de trasladarse a zonas urbanas o al insertarse en un nivel económico superior. Comparar a individuos que reportan como principal lengua el español pero que tienen algún ancestro que habla alguna otra lengua nativa con aquellos individuos sin ese tipo de ascendencia indígena, puede ayudarnos a identificar el antecedente étnico de las personas en estudio y comprender el proceso de asimilación que encaran los migrantes indígenas que llegan a las grandes ciudades. En tal sentido, dichas comparaciones también nos permiten separar el factor étnico como determinante de las desigualdades en salud, de otros factores relacionados, en especial de las diferentes condiciones que enfrentan las

mujeres rurales pobres¹⁵.

El análisis de la dinámica de asimilación de los grupos de origen indígena no ha sido siempre tratado adecuadamente a nivel cuantitativo en el Perú. Estudios previos, como el de Hall y Patrinos (2005), comparan la evolución de la situación de los grupos indígenas en relación al resto de la población entre 1994 y el 2004. Sin embargo, dichas comparaciones adolecen de un sesgo importante en la medida que se comparan grupos intrínsecamente distintos. Varios de los individuos que en el 2004 son identificados como miembros de grupos indígenas, sea por autoadscripción o por su lengua materna, incluyen a algunos que no habrían migrado hacia las ciudades o enfrentado un proceso de asimilación cultural. Asimismo, entre los individuos que son identificados como no indígenas se tendría a algunos individuos que sí tienen antecedentes familiares de origen indígena.

¹⁵ Valdivia (2009) analiza este tema más económicamente en otro estudio asociado a este proyecto. Siguiendo a Fernández y Fogli (2009), usa el departamento de procedencia y el período en que se da la migración familiar a la ciudad como instrumentos para identificar la importancia de los factores culturales en las decisiones de uso de métodos anticonceptivos modernos, y el calendario de iniciación sexual y reproductiva de las mujeres peruanas.

Marco conceptual del estudio

Las definiciones de raza y etnicidad se construyen sobre una estructura compleja que incluye historia, prácticas culturales, idioma, religión y estilo de vida, todo lo cual afecta los indicadores de salud (Bernal y Cárdenas, 2005). Sin embargo, una de las definiciones más reconocidas plantea que la identidad étnica o etnicidad consiste en el uso consciente y simbólico de elementos de raza, historia, origen común, costumbres, valores y creencias que hacen los miembros de un grupo para crear una comunidad exclusiva y cohesionada que demanda el reconocimiento por parte de los demás grupos (Brass, 1999). Así pues, la identidad étnica requiere también una auto-identificación como miembro del grupo, no sólo dentro de él sino también respecto a los demás grupos.

En el Perú, el análisis de las identidades étnicas se hace muy complejo, tomando en cuenta que no existen organizaciones sociales y políticas sólidas y representativas que reivindiquen la identidad indígena (Degregori, 1993; Montoya, 1993)¹⁶. De todas maneras, a pesar de los amplios y prolongados procesos de migración rural–urbana y mestizaje, se reconocen varios sectores de la población peruana que comparten un idioma, una historia, prácticas culturales, creencias y/o estilos de vida que los diferencian de los patrones dominantes. Además, la forma como se transmiten o ajustan estos elementos entre generaciones, más con la llegada a las ciudades, es muy compleja y heterogénea no sólo porque varíe según la condición social de los individuos, sino también porque los ajustes en las diferentes dimensiones no se dan de manera paralela para un mismo individuo.

En América Latina se cuenta con muchos estudios etnográficos que abordan la temática de los cambios que se dan de manera paulatina y heterogénea en las creencias, prácticas y costumbres cuando la población rural migra hacia las ciudades, y de las diferentes formas como se generan nuevas identidades y su relación con sus antecedentes territoriales, culturales, entre otros¹⁷. Sin embargo, a nivel cuantitativo, no existen estudios que aborden esta dinámica. Uno de los factores que explican esta carencia es la ausencia de información que nos permita definir de manera adecuada los antecedentes étnicos de las personas entrevistadas en las encuestas de representatividad nacional.

¹⁶ La situación es reconocida como distinta entre la población indígena de la Amazonia, en tanto sí cuentan con organizaciones que reivindican lo étnico de modo más explícito (Ossio, 1992; Monge, 1998). Esta situación también difiere de la fortaleza alcanzada por los procesos reivindicativos de las poblaciones indígenas en países vecinos como Bolivia y Ecuador.

¹⁷ Ver, por ejemplo, Altamirano (1997), Oliart (1984), et al.

Los indicadores de disponibilidad más comunes en las encuestas nacionales de hogares y de salud están asociados a la lengua, sea la lengua materna o la de mayor uso dentro del hogar¹⁸. Ciertamente, la identificación de una lengua materna quechua o aymara está muchas veces relacionada con el sostenimiento de ciertas prácticas y creencias por parte de la población, más allá del hecho que estos mismos individuos estén interesados en identificarse a partir de su pertenencia a un determinado grupo étnico.

Sin embargo, la lengua materna también adolece de limitaciones para establecer los antecedentes étnicos de la población, especialmente cuando tomamos en cuenta que los flujos migratorios del campo a la ciudad en el Perú llevan ya más de medio siglo. Diversos estudios reportan cómo la lengua es uno de los marcadores que los migrantes andinos buscan abandonar para evitar la discriminación en las ciudades, tanto hacia ellos como hacia sus hijos (Degregori, 1993; Castro, 2003). Ello plantea la posibilidad que estos migrantes no reporten en las encuestas a la lengua quechua o aymara como lengua materna o la que hablan en el hogar. De otro lado, existen ya muchos ciudadanos cuya lengua materna es genuinamente el español o castellano, pero que podrían mantener ciertas creencias y prácticas que los acercan a los grupos étnicos a los que corresponden sus padres o abuelos, especialmente cuando éstos residían en los espacios rurales.

En tal sentido, resulta muy útil analizar la relación entre los antecedentes lingüísticos de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas en la ENDES y la forma como ellas se aproximan a los sistemas modernos de salud. Ello es precisamente lo que analiza Valdivia (2007), aprovechando que la ENDES incluye esta nueva información a partir del 2005¹⁹. La relación entre los antecedentes lingüísticos de los padres y abuelos y el comportamiento de los individuos es una línea de investigación que ha venido ganando importancia para entender el proceso de asimilación de las poblaciones migrantes recientes en Estados Unidos, en lo que respecta a importantes variables tales como educación, trabajo y fecundidad²⁰.

18 La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), por ejemplo, pregunta por la lengua materna de los individuos mientras que la ENDES pregunta a las mujeres en edad reproductiva sobre la lengua de uso más frecuente en el hogar.

19 Como parte de un proyecto del programa de Mejoramiento de las Encuestas de Condiciones de Vida (MECOVI), auspiciado por el BID y el Banco Mundial, la ENAH 2001 fue la primera encuesta que incluyó otros indicadores relacionados con la identidad étnica, fundamentalmente la lengua materna de los padres, la auto-adscripción de los jefes de hogar y sus cónyuges a un grupo étnico determinado.

En cuanto a la relación entre los antecedentes lingüísticos, la etnicidad y la salud, existe una vasta literatura sobre los determinantes sociales de la salud y sus inequidades. Gran parte de esta literatura sostiene que muchos de los factores que afectan la salud de los individuos y que reproducen las desigualdades en torno a su acceso están fuertemente relacionados con el status y contexto social que rodea al individuo; situándose dentro de dichos mecanismos sociales factores asociados a la raza y etnicidad. Torres (2003), por ejemplo, recientemente elaboró una revisión de la literatura sobre la manera en que los temas étnicoraciales afectan la salud. En ella, establece una diferenciación entre los factores socioeconómicos y aquellos que se encuentran bajo el control del sector salud.

El primer grupo incluye variables como ingresos, educación, área de residencia, entre otras; y están relacionadas con la etnicidad en la medida en que los grupos indígenas tienden a ser los más pobres, con menor nivel educativo, y en su mayoría residen en áreas rurales con diversas amenazas medioambientales. Con respecto a las variables controladas por el sector salud, podemos mencionar que el sistema no es suficientemente flexible para atender las necesidades de toda la población indígena. De un lado, el propio sistema de salud no instala establecimientos de salud en áreas rurales (donde reside la mayor parte de la población indígena) lo que establece una barrera geográfica importante para el acceso a los servicios de salud. De otro lado, se tiene la llamada barrera cultural, la misma que parte de una diferente cosmovisión de la salud que comparten dichos grupos, lo que en parte explica la sostenida afinidad de las poblaciones indígenas con sus sabedores antes que con los doctores profesionales.

20 Ver, por ejemplo, Bleakey y Chin (2006), Fernández y Fogli (2005). Borjas (1992) ya analizaba la relación entre lo que él llama capital étnico y las posibilidades de movilidad intergeneracional.

En general, esta barrera cultural que limita la habilidad del sistema moderno de salud para servir las necesidades de los grupos indígenas, ha sido tratada de manera extensiva tanto en la literatura local como en la internacional²¹. La carencia de afinidad entre las prácticas del personal médico y las creencias o prácticas culturales de la población indígena es un elemento frecuentemente levantado por la literatura local. Yon (2000), por ejemplo, argumenta que las mujeres de origen indígena sí piensan que los métodos “modernos” y los servicios de salud reproductiva son en sí necesarios, pero la percepción de un riesgo desconocido y la pérdida de control sobre su salud las aleja de los servicios modernos de salud reproductiva²². Anderson (2001) también argumenta que esta desconfianza aumenta y se retroalimenta debido a las distancias sociales y culturales que tiene esta población con los(as) prestadores(as) y los servicios de salud.

Yon (2003) plantea que el uso de métodos modernos de planificación familiar tiene aspectos especiales. En primer lugar, las mujeres quechuas y aymaras creen que el uso de estos métodos tiene frecuentemente efectos negativos sobre su salud. En segundo lugar, está el condicionante de las relaciones de género, en tanto muchas veces las mujeres comentan sobre la oposición de las parejas al uso de los mismos por sus implicancias sobre las posibilidades de infidelidad de las mujeres. Un tercer elemento es el de la desconfianza respecto a los prestadores de salud; ellas sienten que los prestadores de salud no evalúan las necesidades específicas de las mujeres y sus recomendaciones del uso de métodos modernos de planificación familiar, parecen basarse más bien en procedimientos estandarizados asociados a otros objetivos, como puede ser el control poblacional.

Bernal y Cárdenas (2005) también resumen algunas de las hipótesis más populares para explicar las variaciones en el estado de salud asociadas a los antecedentes raciales y étnicos de los individuos. Más allá de los factores comunes a los planteados por Torres (2003), Bernal y Cárdenas (2005) enfatizan aspectos tales como la relación entre raza–etnicidad y los procesos de inmigración, asimilación y aculturación. Una mayor calidad de vida y mayores ventajas en salud puede acumularse en grupos que han contado con períodos más largos para poder adaptarse positivamente a las sociedades urbanas tanto en el ámbito social, como económico y político. En ese marco, las disparidades en salud también podrían ser explicadas por preferencias culturales para prácticas tradicionales y parcialmente por los grandes números de inmigrantes carentes de seguro de salud.

21 Respecto a la literatura internacional, ver Massé (1995), Good (1994), Corin (1990), Kleinman (1980), et al.

22 Las mujeres incluidas en los estudios revisados reportaban que las características y los mecanismos de acción de los métodos ‘modernos’ pueden generarles malestares, enfermedades e incluso la muerte, además que los procedimientos asociados a ellos las someten a una exposición de su cuerpo y privacidad que no es consistente con muchas de sus prácticas y creencias.

La importancia de factores como la historia de inmigración y diversidad de normas y valores culturales podría explicar en parte las disparidades en salud entre los diferentes grupos étnicos. Este aspecto es particularmente importante para los fines de este documento, en la medida que, como veremos más adelante, la lengua materna de los ancestros de las mujeres encuestadas provee información relacionada con los patrones familiares de migración, y al proceso de asimilación de nuevas prácticas culturales y de salud por aquellos migrantes provenientes de áreas rurales.

Otro aspecto importante es el de la exposición al racismo. El racismo podría tener un impacto en los indicadores de salud. El racismo hace referencia al acceso diferenciado a bienes, servicios y oportunidades dentro de una sociedad por el factor raza. Esto se manifiesta en condiciones materiales y en el acceso al poder. Los ejemplos de racismo en las condiciones materiales incluyen el acceso diferenciado a la

calidad de la educación, alojamiento, empleo bien remunerado, facilidades médicas apropiadas, un ambiente pacífico, etc. Con respecto al acceso al poder, los ejemplos incluyen el acceso diferenciado a la información, recursos y voz.

Un tercer aspecto especialmente resaltado por Bernal y Cárdenas (2005), es el del rol de los proveedores de salud en la generación de las desigualdades. La idea básica es que los doctores, encubiertos por prejuicios y creencias estereotipadas y ante la incertidumbre sobre la condición o estado de los pacientes, pueden usar la raza al realizar su diagnóstico. Por ejemplo, se ha documentado que los pacientes afro-americanos en comparación con los pacientes blancos, reciben en menor proporción medicamentos para el dolor cuando van a la sala de emergencias²³. De la misma manera, Schulman, et al. (2002) proporciona la evidencia que sostiene que las mujeres afroamericanas tienen menos probabilidad de ser enviadas para una cirugía de corazón; en comparación con los pacientes hombres blancos²⁴.

Datos y metodología de análisis

Como ya se mencionó, este estudio busca profundizar acerca de la relación causal entre la etnicidad y los diferentes indicadores del estado de salud y acceso, uso y financiamiento de los servicios de salud, aprovechando la disponibilidad de nueva información acerca de los antecedentes étnicos de las mujeres que fueron entrevistadas en las rondas 2005 y 2006 de la ENDES. Esta nueva información corresponde a la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas en dichas rondas. La pregunta entonces es cómo clasificar a la población según estas categorías. Para los fines de este estudio, se ha decidido por la siguiente clasificación:

- Hablante de quechua/aymara. Se refiere a aquellas mujeres que identifican a dichas lenguas como la que más utilizan en el hogar²⁵.
- Hablante antiguo de castellano. Se refiere a aquellas mujeres que no sólo reportan a ese idioma como el de uso más frecuente en sus hogares, sino también que lo indican como la lengua materna de sus padres y abuelos.
- Hablante reciente de castellano. Se refiere a aquellas mujeres que reportan al castellano como la lengua que usan más frecuentemente en sus hogares, pero que identifican al quechua o aymara como la lengua materna de sus padres o abuelos²⁶.

²³ Vease Todd, K., et al. (2002).

²⁴ Sin embargo, es importante resaltar que otros estudios han sugerido que esto podría ser causado por las mismas preferencias de los pacientes y no por discriminación por parte de los proveedores de salud. Es decir, los pacientes afro-americanos prefieren no tener un procedimiento determinado o no ser prescritos con una determinada medicina.

²⁵ En realidad, en este grupo también se incluyen a las mujeres que reportan lenguas asociadas a los grupos indígenas amazónicos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que menos del 2% de estas mujeres reportan lenguas indígenas distintas al quechua o aymara. En tal sentido, no es posible realizar un análisis estadístico significativo para estos grupos por separado, especialmente tomando en cuenta que en este estudio sólo se incluye las rondas 2005-2006 de la ENDES.

²⁶ Nuevamente, el tamaño reducido de la muestra de las rondas 2005-2006 de la ENDES impide incluir en este estudio un análisis diferenciado de aquellos grupos que reportan al quechua o aymara como lengua materna de sus padres de los que sólo las reportan para sus abuelos. Afortunadamente, esta limitación podrá ser superada más adelante conforme pueda juntarse los datos de más rondas, en la medida que la pregunta se ha mantenido tanto en las rondas del 2006 como en las del 2007.

La nueva información que recoge la ENDES permite pues identificar al grupo intermedio, llamado de habla castellana reciente. Este grupo es muy importante en la medida en que identifica a las mujeres que, de acuerdo a sus antecedentes lingüísticos, tienen antecedentes étnicos quechua/aymara, pero que ya han asimilado el habla castellana, en muchos casos por la migración hacia las ciudades. Sin embargo, es posible que este grupo mantenga ciertas prácticas y creencias en relación a la concepción de la salud y a su cuidado. En ese sentido, es posible preguntarnos si este grupo se parece más a los hablantes antiguos de castellano o a los que aún hoy hablan fundamentalmente el quechua/aymara, los mismos que en su mayoría reside en áreas rurales.

Hay que anotar que este tipo de información lingüística ya fue recogida de manera experimental en la ronda 2001 de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). Valdivia (2007) muestra que hay mucha más gente con antecedentes indígenas, especialmente en las zonas urbanas. El porcentaje de la población con antecedentes lingüísticos quechua o aymara puede llegar hasta el 48% cuando consideramos la lengua materna de sus ancestros, residiendo el 43% de ellos en espacios urbanos. Este estudio midió en primer lugar el tamaño de las brechas étnicas en el acceso, uso y financiamiento de los servicios de salud usando la variable de lengua materna como indicador parcial de la categoría étnica de la población. En segundo lugar, comparó los resultados de las brechas étnicas considerando el antecedente étnico del individuo, aproximado por la lengua materna de sus ancestros. Finalmente, buscó establecer la medida en que las diferencias por grupos étnicos pueden explicarse por factores observables tales como educación, acceso a servicios básicos, ingreso familiar, entre otros.

Este análisis se realizó para un conjunto de indicadores de salud materno-infantil de reconocida importancia en la literatura, y disponibles en la ENDES²⁷. Sin embargo, no se pudo incorporar dos de los principales indicadores de salud materno-infantil, mortalidad infantil y mortalidad materna, debido a que el tamaño de la muestra de la ronda 2005-2006 de la ENDES es demasiado pequeño como para permitir un análisis de su desagregación por grupos étnicos o lingüísticos²⁸. La idea entonces es primero establecer las diferencias en estos indicadores entre los grupos étnicos definidos en esta sección (quechua/aymara, castellano antiguo y reciente), estableciendo la significancia estadística de las mismas. En segundo lugar, se plantea la utilización de diferentes modelos multivariados para analizar la robustez de las

diferencias estimadas inicialmente²⁹.

²⁷ Ver Anexos 1 y 2 para una lista completa de los indicadores con su definición respectiva.

Análisis de los resultados: antecedentes lingüísticos y desigualdades en salud

Los resultados que aquí se resumen se centran en el análisis de la magnitud y significancia estadística de las brechas en los diferentes indicadores de salud asociadas a los antecedentes lingüísticos de las mujeres, y en la importancia de este antecedente como uno de los determinantes sociales de la desigualdad en salud, cuando se toma en cuenta también otras características individuales, de los hogares y de las localidades en que residen las mujeres encuestadas.

Valdivia (2007) utiliza la ENAHO para analizar la relación entre los antecedentes lingüísticos de la población y una serie de características básicas como el nivel educativo o de ingresos, y establece que la mayoría de los que reportan antecedentes lingüísticos quechua o aymara se autoidentifican como quechuas, aymaras, o mestizos. Tomando esto en cuenta, analicemos la distribución de los antecedentes lingüísticos del resto de las mujeres en las rondas 2005-2006 de la ENDES. De acuerdo a la [Tabla 1](#), aunque el 91% de las mujeres reporta al castellano como la lengua que utilizan en el hogar, el 27% identifica al quechua o aymara como la lengua materna de sus padres o abuelos³⁰, a este grupo lo denominamos habla castellana reciente, en contraposición al grupo de 64% de las mujeres que reporta al castellano como la lengua materna de sus ancestros de las dos últimas generaciones.

²⁸ Sin embargo, en la medida en que las preguntas sobre antecedentes lingüísticos han sido mantenidas en las dos rondas siguientes, es posible que un estudio posterior permita incorporar estas variables en el análisis.

²⁹ En general, los factores étnicos que explican las diferencias o las inequidades en salud se encuentran estrechamente relacionados a otras características de la población involucrada; en particular, porque tienden a generar menores niveles de ingresos, educación, etc. En este sentido, es de gran relevancia observar si el antecedente lingüístico juega un rol que va más allá de las diferencias explicadas por las características socio-económicas.

³⁰ Con sólo 5,608 observaciones, hemos decidido no separar a aquellos que tienen a padres con esas lenguas de aquellos que sólo sus abuelos las tienen. En una versión futura que junte las observaciones de las rondas del 2005 con las del 2006 y 2007, será conveniente analizar esa diferenciación.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS SEGÚN ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS (%)

Característica	Castellano		Quechua/Aymara	Total Mujeres
	Antiguo	Reciente		
Nº observaciones	7,255 63.57	3,107 27.22	1,051 9.21	11,413
Área de residencia				
Urbana	74.6	75.9	10.0	69.0
Rural	25.4	24.1	90.0	31.0
Región natural				
Lima Metropolitana	31.4	30.9	0.5	28.4
Resto Costa	33.5	14.4	1.6	25.4
Sierra	21.0	45.5	94.1	34.4
Selva	14.1	9.2	3.7	11.8
Nivel de educación				
Sin educación	1.9	2.2	16.8	3.4
Primaria	20.8	26.0	58.8	25.7
Secundaria	44.0	46.1	23.0	42.6
Superior	33.3	25.7	1.4	28.3
Quintiles de riqueza				
Quintil inferior	10.1	7.0	38.0	11.8
Segundo quintil	14.8	17.9	51.4	19.0
Quintil intermedio	19.2	27.9	8.5	20.6
Cuarto quintil	25.0	26.9	1.5	23.4
Quintil superior	30.9	20.3	0.6	25.2

Fuente: ENDES 2005-2006.

Lo siguiente es analizar las características de cada uno de estos grupos de acuerdo a su lugar de residencia, región, nivel educativo y de riqueza. La [Tabla 1](#) muestra también que el 90% que reporta hablar quechua/aymara se ubica en zonas rurales de la Sierra, y tienen menor

nivel educativo y de tenencia de activos³¹. Así, el 75% de esas mujeres tiene como máximo educación primaria y el 89% se ubica en los dos quintiles más pobres de acuerdo a su tenencia de activos, cuando esos porcentajes son de 29% y 31%, respectivamente, para el promedio nacional. En resumen, parece ser que el grupo de habla castellana reciente refleja los patrones de migración rural–urbana así como el consecuente aumento en el nivel educativo de sus familias. Lo importante es que ello permite una comparación de grupos étnicos distintos (castellano antiguo vs. reciente) pero con niveles educativos y de urbanización semejantes, cosa que no es posible de lograr al comparar los grupos de habla castellana antigua con los quechua/aymara. Ello nos permitirá aproximarnos, por ejemplo, a la relación entre el sostenimiento de patrones culturales y la utilización de los servicios modernos de salud una vez que se homogeniza relativamente el tema del acceso geográfico a los establecimientos de salud.

Veamos ahora las diferencias por origen étnico en los indicadores de salud seleccionados de acuerdo a las rondas 2005-2006 de la ENDES. Sin embargo, resulta sensato contextualizar estas comparaciones con las tendencias en los promedios de estos indicadores entre el período 2000-04-05. La mayoría de indicadores de salud de la ENDES muestra una evolución positiva entre el 2000 y el 2004. Por ejemplo, mientras que hacia el 2000, el 58% de las mujeres reportó su último parto como institucional, este porcentaje subió a 70% hacia el 2004-05. El mismo tipo de tendencia se observa respecto a controles prenatales y de crecimiento y desarrollo³².

En cuanto a las diferencias por antecedentes lingüísticos, la [Tabla 2](#) muestra los porcentajes o promedios para cada indicador de acuerdo al grupo lingüístico al que corresponde. Se ve claramente que el grupo de habla quechua/aymara es el que tiene un menor acceso a partos institucionales o atendidos por un profesional de la salud. En el mencionado grupo, sólo el 42% de las mujeres tuvo acceso a un parto institucional, mientras que ese porcentaje llega hasta 77% en el caso de las mujeres de habla castellana antigua³³. De otro lado, se observa que el acceso a este tipo de servicios durante el parto es muy semejante entre el grupo de habla castellana antigua y el reciente.

³¹ Los quintiles de riqueza no fueron hechos para las mujeres en la muestra de la [Tabla 1](#), sino para toda la población en los hogares encuestados. Es por ello que no tenemos a las mujeres distribuidas uniformemente en los cinco quintiles.

³² Para un mayor detalle de estas tendencias, ver Valdivia y Mesinas (2002).

³³ La [Tabla 11](#) de Valdivia (2007) muestra que esta diferencia es estadísticamente significativa; no así la correspondiente a partos institucionales entre el grupo de habla castellana antigua con el reciente.

Este patrón de diferencias se repite en el caso del nivel nutricional de los niños menores de 5 años. La tasa de desnutrición crónica es de 51% entre los niños de madre de lengua quechua/aymara mientras que sólo el 18% de los niños con madre de habla castellana antigua padece de esta deficiencia. Asimismo, las diferencias entre el grupo de habla castellana antigua y reciente no son estadísticamente significativas.

En general, estas diferencias en contra de los grupos de origen étnico quechua o aymara confirman las tendencias encontradas en estudios previos³⁴. En tal sentido, un aspecto importante es que no se observan diferencias entre ninguno de los tres grupos en lo que respecta al acceso a controles prenatales durante el último embarazo. La tasa de embarazos con al menos cuatro controles prenatales se mueve entre 86% y 88% entre los tres grupos identificados en este estudio, no siendo significativa ninguna de las diferencias. La tendencia incluso llega a revertirse en el caso del acceso a servicios de control de crecimiento y desarrollo de los niños, que es más alto en el caso de las poblaciones de habla quechua/aymara³⁵.

Las variables que sí muestran diferencias significativas entre los tres grupos son las que corresponden al uso de métodos modernos de planificación familiar y a los patrones de fecundidad de las mujeres entrevistadas. En primer lugar, se observa el mayor uso actual entre las mujeres no embarazadas del grupo de habla castellana antigua (35%), mientras que el menor uso se da en el grupo de habla quechua/aymara (22%)³⁶. El grupo de habla castellana reciente reporta un nivel intermedio de uso de métodos modernos de planificación familiar (32%), el mismo que es estadísticamente distinto de los otros dos grupos.

³⁴ Ver, por ejemplo, Hall y Patrinos (2005) y Benavides y Valdivia (2004).

³⁵ Uno podría interpretar este resultado como un éxito de la focalización de los programas relacionados, aunque esa conclusión escapa los alcances de este estudio. Lo mismo ocurre con la incidencia de diarrea que es menor entre los niños de habla quechua/aymara.

³⁶ Hay que anotar que desde la década de los noventa, el acceso a los insumos correspondientes a los diferentes métodos modernos de planificación familiar es gratis en los establecimientos de salud del MINSA, tanto en espacios urbanos como rurales.

TABLA 2. SALUD MATERNO-INFANTIL Y ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS (%)

Salud materno-infantil	Global	Castellano		Quechuaaymara
		Antiguo	Reciente	
Atención durante el parto				
Parto institucional	72.4	76.8	77.4	42.3
Atendida por profesional de la salud	72.7	76.6	78.9	46.6
Controles prenatales				

Al menos un control	95.0	94.7	95.4	95.3
Al menos cuatro controles	87.8	88.3	87.6	85.7
Afiliación al SIS				
Madre afiliada	61.1	55.7	61.4	85.1
Hijo afiliado	50.5	44.9	48.1	81.0
Fecundidad y planificación familiar				
N° de hijos	2.0	1.7	2.0	3.5
Embarazo adolescente	28.0	25.1	30.4	41.0
Métodos modernos - Uso actual	32.7	34.7	31.7	21.9
Métodos tradicionales - Uso actual	18.6	16.2	20.8	29.0
Antropometría de la madre				
Sobrepeso u obesidad (IMC \geq 25)	44.4	45.0	47.2	32.8
Obesidad (IMC \geq 30)	12.5	13.0	14.0	4.7
Exposición en talla de la madre (<147 cm.)	20.4	17.6	24.2	30.8
Diarrea y tratamiento				
Niño con diarrea	14.7	14.0	17.6	12.5
Recibió terapia de rehidratación	71.5	73.2	73.3	59.4
Control de crecimiento y desarrollo				
Niños < 2 años	79.5	79.3	79.0	81.4
Niños \geq 2 años	44.3	41.1	47.0	51.7
Antropometría niños				
Z-score talla para la edad	-1.2	-9.9	-1.1	-2.0
Niño con desnutrición crónica	23.9	18.4	20.0	51.3

Fuente: ENDES 2005-2006.

En segundo lugar se observa que la incidencia del embarazo adolescente es también diferente entre los tres grupos lingüísticos, siendo menor entre los de habla castellana antigua (25%), intermedio entre los de castellano reciente (30%) y mayor entre los grupos de lengua quechua o aymara (41%). De alguna manera, ambos resultados son consistentes en la medida que parece haber una mayor probabilidad de embarazo adolescente entre aquellas mujeres que reportan un menor uso de métodos modernos de planificación familiar. Valdivia (2007) muestra que estas diferencias en el uso de métodos anticonceptivos modernos se sostienen cuando controlamos por grupos de edad, pero en el caso del embarazo adolescente, la misma no se sostiene para las mujeres menos jóvenes.

¿Cómo interpretar estos resultados? Una primera cuestión es recordar los planteamientos de los estudios cualitativos asociados al proyecto Reprosalud del Movimiento Manuela Ramos. En dichos estudios, se habla en general de los conflictos que enfrentan las mujeres para buscar la asistencia del personal de los establecimientos de salud en temas de salud reproductiva, en la medida que entienden que es útil, pero al mismo tiempo les genera una gran incertidumbre acerca de los riesgos que sienten que pueden correr al usarlos.

Esta desconfianza tiene que ver con que en muchos casos sólo recurren a estos servicios cuando el embarazo se complica, lo que también tiene que ver con la distancia geográfica que separa a los establecimientos de salud del lugar donde residen las mujeres, pero fundamentalmente por la distancia social que separa al personal médico de las mujeres de habla quechua o aymara, las mismas que residen casi exclusivamente en áreas rurales. Estas hipótesis son muy importantes, pero apuntan a explicar un fenómeno ya hartamente conocido en la literatura cuantitativa relacionada, el hecho que las mujeres de habla quechua o aymara enfrentan una gran desventaja respecto a las de habla castellana en lo que tiene que ver a su propio estado de salud, como a su acceso efectivo a los servicios básicos de salud³⁷.

Lo novedoso de los resultados reportados es el diagnóstico de la situación del estado de salud y el acceso a los servicios de salud de las mujeres del grupo que aquí hemos denominado castellano reciente. Lo que encontramos es que para la mayoría de los indicadores, las mujeres de este grupo presentan patrones semejantes a los del llamado grupo de lengua castellana antigua, y por ende muy distintos a los de las mujeres de habla quechua o aymara. Lo que aún no hemos determinado hasta aquí, es si estas diferencias asociadas a los antecedentes lingüísticos son resultado de la reducción de la distancia geográfica o social entre estas mujeres y el personal de los establecimientos de salud modernos.

³⁷ De nuevo, ver Hall y Patrinos (2005) y Benavides y Valdivia (2004).

Una de las diferencias entre las mujeres de castellano reciente y las de lengua quechua o aymara es que las primeras tienen una mayor probabilidad de residir en las ciudades de la costa, mientras que las segundas tienden a residir en zonas rurales de la sierra³⁸. Como sabemos, en las ciudades no sólo los establecimientos de salud están más cerca, sino también sus residentes están mucho más expuestos a información acerca de una concepción de la salud y del cuidado más coherente con los métodos modernos. Aunque sabemos menos de esto, también es posible que muchos de los prejuicios con que se desenvuelven los prestadores de salud en zonas rurales, y que los alejan de las mujeres rurales, sean menores en espacios urbanos, especialmente si las mujeres han ido paulatinamente asimilando no sólo la lengua castellana, sino también algunos otros patrones como la vestimenta, entre otros.

Otro resultado particularmente importante es que las mujeres de los grupos de lengua castellana reciente y antigua sí se diferencian

significativamente en cuanto al uso de métodos anticonceptivos modernos y en la incidencia del embarazo adolescente, especialmente en las mujeres mayores de 25 años. Una hipótesis loable es que los comportamientos asociados a estas variables estén relacionados con aspectos culturales o sociales más profundos que son menos fácilmente asimilables con la migración hacia las ciudades o con la educación, que los asociados a la atención profesional prenatal o durante el parto. Ello puede estar asociado a la concepción misma de la sexualidad y maternidad por parte de las mujeres de origen indígena, aunque es claro que incluso las mujeres de los estudios de Reprosalud, fundamentalmente de lengua quechua o aymara, manifestaron con mucha fuerza la importancia del *problema* de tener muchos hijos. Se entiende que una mayor educación formal y la vida en las ciudades expone a estas mujeres a un conjunto de información que debería reducir la desconfianza respecto a los métodos anticonceptivos modernos.

38 De acuerdo a la [Tabla 1](#), 75% de las primeras reside en zonas urbanas vs. sólo el 2% de las segundas.

Sin embargo, también hay que tomar en cuenta que el otro factor importante para resistirse al uso de estos métodos es el de la oposición de las parejas. En tal sentido, es posible que la relativa mayor dificultad para ajustar los patrones de uso de estos métodos corresponda con el hecho que las mujeres de habla castellana reciente mantengan el mismo tipo de relaciones con sus parejas que las de las mujeres de habla quechua o aymara. Una corroboración rigurosa de esta hipótesis ciertamente escapa a las posibilidades de este estudio.

No obstante, algo que sí veremos a continuación es si las diferencias observadas se sostienen cuando controlamos por otras características socio-económicas de las mujeres en el marco de un modelo multivariado. Lo que hacemos es incluir secuencialmente controles por cada uno de estos grupos de variables. En lo que respecta a las características individuales de las mujeres se incluye su edad y el nivel de escolaridad alcanzado. En cuanto al nivel socioeconómico (NSE) de los hogares, se incluye un índice correspondiente al componente principal que toma en cuenta la información sobre las características de la vivienda y la tenencia de activos³⁹. En cuanto a las características contextuales se controla por el tipo de localidad (urbana o rural), la región donde se encuentra (costa, sierra o selva), así como por la disponibilidad de redes de servicios de agua y desagüe, y de establecimientos de salud, médicos y camas funcionales en el distrito correspondiente⁴⁰.

La [Tabla 3](#) presenta los resultados del ejercicio descrito para las variables asociadas a planificación familiar⁴¹. En la medida que estos indicadores son dicotómicos, lo que se reporta es el valor de los efectos marginales estimados para las tres variables ficticias incluidas bajo diferentes especificaciones que van agregando controles de manera secuencial. En la primera columna se presentan los efectos marginales estimados para una variable que toma el valor de 1 si la mujer reporta al quechua o aymara como la lengua que más utiliza en su hogar.

39 Ver Filmer and Pritchett (2001) para una descripción del método utilizado.

40 En lo que respecta a la infraestructura y recursos humanos en salud, se incluye un índice que resume la información de los tres factores, el mismo que se construye usando la misma metodología utilizada en la construcción del índice de riqueza de los hogares. Ver también Valdivia (2004).

41 Valdivia (2007) reporta el análisis multivariado para todas las variables consideradas en la [Tabla 2](#) de este documento.

En la medida que el grupo de referencia es el de las mujeres categorizadas en este estudio como de lengua castellana antigua, este efecto marginal refleja la diferencia en la probabilidad que el indicador de salud tome el valor 1 entre las mujeres que reportan como lengua al quechua o aymara y el mencionado grupo de referencia. Un coeficiente negativo (positivo) indica que las mujeres de lengua quechua o aymara tienen una menor (mayor) probabilidad para que el indicador tome el valor 1, lo que puede ser positivo o negativo según la naturaleza del indicador. Para cada indicador se presenta primero el modelo base, que viene a ser aquel que sólo incluye a las variables identificadoras del antecedente lingüístico de las mujeres entrevistadas. En tal sentido, estos coeficientes corresponden a las diferencias entre las columnas dos y cuatro de la [Tabla 2](#).

Para la incidencia de embarazo adolescente, se da que las diferencias entre estos dos grupos se mantienen como significativas, pero ocurre que se cambia el sentido de la brecha, pasando de ser en perjuicio de las mujeres de habla quechua y aymara a favorecerlas. Por ejemplo, se observa que las mujeres de lengua quechua o aymara tienen una mayor incidencia de embarazos adolescentes (14 puntos porcentuales) que las de lengua castellana antigua. Sin embargo, la incidencia de embarazos adolescentes es 6 puntos porcentuales mayor entre las mujeres de este último grupo cuando controlamos por características de la madre, aunque la diferencia cae a 4 puntos porcentuales cuando se controla adicionalmente por el nivel socio-económico del hogar y otras características regionales.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos modernos (MAM), se observa que se mantienen las brechas en perjuicio de las mujeres de lengua quechua o aymara. En el caso del uso de MAM, la situación es particularmente dramática en tanto la brecha es de 13 puntos tanto en el modelo sin controles, como en el que controla por todo el conjunto de características.

TABLA 3. ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SMI – ANÁLISIS MULTIVARIADO

	Ella	Antecedentes lingüísticos (quechua/aymara)			
		Sus padres		Sus abuelos	
Embarazo adolescente					
Modelo simple	0.136	***	0.07	***	0.006
+ características de la madre	−0.06	***	0.008		0.033
+ índice de activos del hogar	−0.086	***	0.006		0.025

+ contexto regional	-0.038	**	0.024	**	0.036	**
MAM¹/ - Uso actual						
Modelo simple	-0.129	***	-0.03	***	-0.037	**
+ características de la madre	-0.166	***	-0.059	***	-0.018	
+ índice de activos del hogar	-0.164	***	-0.059	***	-0.017	
+ contexto regional	-0.134	***	-0.045	***	-0.007	

¹/Métodos anticonceptivos modernos.

Fuente: ENDES 2005-2006.

Los coeficientes en las columnas segunda y tercera se refieren a las diferencias entre las mujeres de lengua castellana antigua y reciente, aunque en este caso se da de manera más desagregada. En la segunda columna se reportan los coeficientes estimados para los casos en que las mujeres reportan al español como la lengua que más utilizan en el hogar, pero que a su vez reportan al quechua o aymara como la lengua materna de sus padres. A su vez, la tercera columna reporta los coeficientes estimados para la variable que identifica a las mujeres que reportan al español como la lengua que hablan más frecuentemente en su hogar y como la lengua materna de sus padres, pero que al mismo tiempo reportan al quechua o aymara como la lengua materna de sus abuelos. Lo interesante de resaltar en estos casos es que para el uso de MAM, las brechas en perjuicio de las mujeres de lengua castellana reciente se mantienen aún cuando se incluyen los controles referidos.

En resumen, es importante primero ofrecer una interpretación del hecho que la inclusión de los controles mencionados haga desaparecer las brechas en los indicadores en perjuicio de las mujeres de lengua quechua o aymara, e incluso se invierta la relación en algunos otros indicadores. Ciertamente, ello no implica que estos grupos no sufran de exclusión en nuestras sociedades. Lo que plantea es que la exclusión de estos grupos se da fundamentalmente a través de las desigualdades en el acceso a la educación de las mujeres, el NSE de sus hogares y la disponibilidad de infraestructura básica y de salud en sus localidades. Este resultado es peculiar a las variables de salud, considerando que estudios previos han tendido a encontrar que el origen étnico se mantiene como variable significativa en la determinación de la pobreza, o nivel de escolaridad, aún luego de incluir los controles correspondientes⁴². Más bien, este resultado es consistente con los diversos estudios internacionales que hablan de la importancia de los determinantes sociales para explicar las inequidades en salud.

Sin embargo, el sostenimiento de las diferencias entre las mujeres de lengua castellana antigua y reciente en el uso de MAM cuando se incluyen los controles, sugiere que estas diferencias van más allá de las que corresponden a las diferencias en educación, pobreza y otros determinantes sociales de las desigualdades en el uso de métodos de planificación familiar. Conectando este resultado con los presentados en la [Tabla 2](#), se reafirma la hipótesis que la brecha en el uso de MAM no se explica únicamente por características tradicionales observables. Ello genera un espacio para conectar estas brechas a la persistencia de una brecha cultural asociada a la propia concepción de la sexualidad, la maternidad y/o las relaciones de género de las mujeres quechuas o aymaras de acuerdo a sus antecedentes lingüísticos, las mismas que no son tan fáciles de superar con la migración a las ciudades, como las relacionadas con la atención médica durante el embarazo o el parto.

En ese sentido, se refuerza la idea que la promoción de la equidad en el uso de métodos de planificación familiar requiere superar los enfoques tradicionales para incorporar un trabajo sobre estos patrones culturales, pero no solamente en espacios rurales, sino también con aquellas que en este estudio hemos denominado de lengua castellana reciente, muchas de las cuales residen en espacios urbanos.

⁴² Ver, por ejemplo, Herrera (2003).

RESUMEN, DISCUSIÓN E IMPLICANCIAS DE POLÍTICA

En este artículo discutimos la raza-etnicidad como determinante de las desigualdades en salud en el Perú. Primero describimos las características del proyecto que la Alianza para la Equidad en Salud (AES) ha venido desarrollando durante el periodo 2005-2009, que incluye el marco conceptual, la estrategia de acción, los productos y resultados, resaltando sus contribuciones respecto al mejoramiento de la información sobre los antecedentes étnicos de la población peruana en encuestas de representatividad nacional, y para insertar el tema de discriminación de origen étnico-racial en los establecimientos de salud en la agenda de discusión de políticas. En segundo lugar, presentamos de manera resumida uno de los principales estudios de ese proyecto, el mismo que utiliza la nueva información acerca de la lengua materna de los padres y abuelos de las mujeres entrevistadas en las rondas 2005-2006 de la ENDES para establecer sus antecedentes lingüísticos. Sobre este estudio, presentamos primero sus resultados y luego discutimos sus implicancias de política.

En el caso del estudio específico resaltado, se usa información de los antecedentes lingüísticos, la misma que nos permite identificar un nuevo grupo intermedio, que aquí hemos llamado de lengua castellana reciente, que incluye a aquellas mujeres que reportan al castellano como lengua de mayor uso en el hogar, pero que a su vez reportan al quechua o aymara como lengua materna de sus padres. El planteamiento es que este grupo lingüístico intermedio puede ayudarnos a identificar los antecedentes étnicos familiares en la medida que esté asociado al mantenimiento de creencias y prácticas culturales y de relaciones sociales. El análisis del comportamiento de este grupo da luces significativas acerca de la forma como las poblaciones de origen étnico quechua o aymara van paulatinamente asimilándose a las ciudades, especialmente en lo que respecta a su interacción con el sistema público de salud, conforme se va reduciendo la distancia geográfica y social que afecta a estos grupos cuando residen en áreas rurales.

En cuanto a los resultados del análisis de las brechas en salud asociadas a los antecedentes lingüísticos, se confirma en primer lugar, la desventaja que enfrentan las mujeres que reportan al quechua o aymara en los diferentes indicadores de salud materno-infantil. Sin embargo,

es importante establecer que, para la mayoría de indicadores, se da que estas diferencias desaparecen cuando se controla por otras características sociales como la educación de las mujeres, el nivel socio-económico de sus hogares y la disponibilidad de infraestructura básica y de salud en las localidades en que residen. Este resultado reafirma la importancia de estos factores sociales en la explicación de las desigualdades en salud materno-infantil, y refuerza la necesidad de intervenciones integrales para reducir efectivamente las inequidades en salud materno-infantil prevalentes en nuestro país.

Una de las excepciones a este patrón se da con la incidencia del embarazo adolescente y la utilización de métodos anticonceptivos modernos. Tal resultado sugeriría que las brechas culturales son más influyentes en esta variable para la definición de los comportamientos de las mujeres de origen quechua o aymara, probablemente por su conexión con la concepción misma de la sexualidad y las relaciones de género de este grupo lingüístico. Esta interpretación se reafirma al observar que el grupo de lengua castellana reciente también muestra una desventaja en la utilización de estos métodos, a pesar que la distancia geográfica y social se reduce para ellas en la medida que residen en su mayoría en espacios urbanos. En tal sentido, este último resultado también plantea que este tipo de patrones culturales sería más persistente entre las mujeres de origen quechua o aymara, en la medida en que se sostienen y transmiten en las siguientes generaciones, incluso cuando su contexto ha variado como resultado de la migración familiar hacia las ciudades.

Una pregunta relevante es si la importancia de estos factores culturales en la determinación de las decisiones de las mujeres sobre su sexualidad y patrones reproductivos justifica una intervención de política pública. Lo importante aquí es que, respetándose las preferencias individuales, las niñas tomen estas decisiones con la debida información acerca de sus derechos frente a sus parejas y sobre las consecuencias en términos de enfermedades de transmisión sexual, de un embarazo adolescente, etc.

Diversos estudios muestran, por ejemplo, que un embarazo temprano está asociado a un mayor riesgo de mortalidad infantil o materna, así como con menores rendimientos en la escuela y el mercado laboral⁴³. Así pues, intervenciones efectivas en salud reproductiva basadas en un enfoque de derechos y de equidad de género serían ampliamente justificadas para los grupos poblacionales identificados aquí como particularmente vulnerables.

Implicancias de política

En términos de sus implicancias de política, los resultados presentados confirman la necesidad de una estrategia integral que apunte de manera proactiva a la reducción de las brechas en salud asociadas a factores étnico-raciales. Por ejemplo, reducir las desventajas en salud de la población de habla quechua/aymara requiere ir más allá de las mejoras en el sistema de aseguramiento universal, para incluir esfuerzos informativos específicos para esta población, así como una estrategia de desarrollo de infraestructura que mejore el acceso geográfico de estas poblaciones a los servicios de salud.

Reducir la barrera financiera es muy importante y merece la prioridad que el tema viene teniendo en esta gestión ministerial, pero ciertamente dicha reducción requiere ser complementada con estrategias que también atiendan la barrera geográfica y establezcan canales de comunicación con estas poblaciones, a partir de un mayor conocimiento de nuestros profesionales de la salud acerca de cómo las comunidades indígenas conciben la salud y cómo se conectan con el sistema de salud, además de un respeto fidedigno a sus derechos de elección informada⁴⁴.

Ciertamente, los resultados aquí presentados ponen especial énfasis en el trabajo asociado a las políticas de planificación familiar, las que igualmente deben abordarse desde una perspectiva integral que también incluya el tema de la equidad de género. En otras palabras, en la línea del planteamiento del programa REPROSALUD, es fundamental que la promoción del uso de MAM y la prevención del embarazo adolescente se realicen en el marco de una estrategia de empoderamiento de las mujeres para acceder a su derecho de realización personal, tanto en el espacio laboral como en el del hogar.

⁴³ Ver, por ejemplo, Field y Ambrus (2008).

⁴⁴ Este proyecto ha estado trabajando sobre el tema de la formación de los profesionales de la salud en temas de interculturalidad, a partir de la transformación de los productos de las investigaciones en materiales de capacitación disponibles para las escuelas de medicina y salud pública del país.

Este enfoque integral basado en los derechos de las mujeres es especialmente importante para las políticas de planificación familiar en el Perú por al menos dos razones. Primero, para considerar la necesidad de trabajar no sólo con las mujeres (niñas) sino también con los hombres, especialmente los más jóvenes, con los cuales es más viable alterar percepciones y patrones de comportamiento que afectan el desarrollo de las mujeres. En segundo lugar, este enfoque integral es muy importante para evitar excesos que son comunes en políticas que se centran en el control poblacional entre las poblaciones más pobres.

En el Perú, es muy reciente el caso de los excesos cometidos por la política de salud reproductiva y de planificación familiar implementada durante la década de los noventa, en particular alrededor de las anticoncepciones quirúrgicas voluntarias (AQV). Los cientos de casos de excesos reportados e investigados por la Defensoría del Pueblo son un indicador del riesgo que pueden representar los programas de salud reproductiva y planificación familiar que se centran en objetivos de control poblacional antes que en la promoción de los derechos de las mujeres, especialmente entre las mujeres indígenas, ante las cuales el sistema de salud ha sido tradicionalmente insensible a sus requerimientos culturales y otros.

Otra importante implicancia de política es que este tipo de intervenciones con enfoque integral son necesarias no sólo en los espacios rurales sino también en los espacios urbanos, con las mujeres de origen lingüístico quechua o aymara. Nuestra revisión de la literatura identifica

varios programas con un enfoque integral, tales como el de REPROSALUD, pero la mayoría de ellos se centra en espacios rurales. Sin embargo, nuestros resultados acerca de la persistencia inter-generacional de ciertos patrones de comportamiento sexual reproductivo entre las mujeres con antecedentes quechuas o aymaras, plantean que es necesario trabajar este tema también, por ejemplo, en espacios urbano-marginales que concentren poblaciones de migración reciente.

Pero la estrategia integral también se refiere a la necesidad de trascender el sector salud para buscar atacar las raíces de las desigualdades que estas poblaciones de origen indígena sufren respecto al acceso a educación de calidad, a la posibilidad de desarrollar oportunidades económicas sostenibles, y al derecho a infraestructura económica y social, en tanto es claro que estas desigualdades determinan las desigualdades en salud que hemos reportado con este proyecto. Así, una política centrada exclusivamente en el sector salud tiene menos oportunidades de contribuir a la promoción de los derechos reproductivos de las mujeres que otra que suponga un esfuerzo multisectorial. Finalmente, los resultados aquí mostrados sostienen la importancia de incorporar la información de los antecedentes lingüísticos de las mujeres en el cuestionario de la ENDES. No obstante, es aún necesario profundizar en la relación de los antecedentes lingüísticos y el origen étnico de las mujeres. Para ello será muy útil complementar el análisis aquí realizado con el análisis de la información que ha de obtenerse a partir del módulo sobre etnicidad incluido en la ronda 2007 de la ENDES, el mismo que incluye preguntas acerca de su auto-adscripción étnica, su relación con el pueblo, ciudad o departamento donde nacieron las mujeres encuestadas o sus padres, así como su percepción de eventos de discriminación.

De otro lado, también sería necesario profundizar con estudios cualitativos el análisis de la forma como las mujeres de antecedentes lingüísticos quechua o aymara que han migrado a áreas urbanas van cambiando su concepción de la sexualidad y las relaciones de género, y sus patrones de fecundidad, así como del análisis del tipo de respuesta de los servicios de salud frente a esta población. Estos estudios debieran analizar la calidad de la atención materno-infantil en el marco del respeto intercultural, la comprensión de las concepciones de sexualidad y relaciones de género, y su capacidad de adaptación y discriminación positiva. Como parte de las nuevas políticas de protección social en salud en Perú, la inequidad étnica se debe constituir en un área de alta prioridad basada en una perspectiva de derechos universales a la salud y el respeto por la diversidad cultural.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida-Filho, N., Kawachi, I., Pellegrini, A. y Dachs, J. (2003). Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric and content analysis (1971-2000). *American Journal of Public Health*, 93, 2037–2043.
- Altamirano, T. y Hirabayashi, L. (1997). The construction of regional identities in Urban Latin America. En Altamirano, T. y Hirabayashi, L. (Eds.). *Migrants, regional identities and Latin American cities*, Society for Latin American Anthropology Publications Series, 13.
- Anderson, J. (marzo, 2001). Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. *Movimiento Manuela Ramos-Proyecto Reprosalud*, primera edición, Lima.
- Banco Mundial-DFID (2003). Perú: Voces de los Pobres. En Lima, Barth, Fredrik, (Comp.) (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales. Introducción*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Benavides, M. y Valdivia, M. (diciembre, 2004). *Metas del Milenio y la Brecha Étnica en el Perú*. Manuscrito GRADE, Lima. Recuperado de [http://www.grade.org.pe/download/docs/informe](http://www.grade.org.pe/download/docs/informe%20ethnicity%20and%20MDGs%20v3.pdf)
- Bernal, R. y Cárdenas, M. (enero, 2005). Race and Ethnic Inequalities in Health and Health Care in Colombia. *Fedesarrollo Working Paper Series*, 29.
- Borjas, G. (febrero, 1992). Ethnic Capital and Intergenerational Mobility. *Quarterly Journal of Economics*, 107(1), 123-150.
- Brass, P. (1999). *Ethnicity and nationalism: Theory and comparison*. New Delhi: Sage Publications Inc.
- Castro, R. (2003). Para que no se te pegue el mote: etnicidad, estatus y competencia social en jóvenes del 2001. *Revista Antropológica*, 21. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cotler, J. (1992). Clases, estado y nación en el Perú, *Colección Perú Problema*, 17. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Degregori, C. (1993). Identidad étnica, movimiento sociales y participación política en el Perú. *Democracia, etnicidad y violencia política en los países andinos*. Lima: IFEA-IEP.
- Espinoza, G. y Torreblanca, A. (mayo, 2004). Cómo rinden los estudiantes peruanos en Comunicación y Matemática: resultados de la Evaluación Nacional 2001. Informe Descriptivo. *Documento de Trabajo*, 1. Unidad de Medición de la Calidad Educativa, Ministerio de Educación.

- Fernández, R. y Fogli, A. (enero, 2009). Culture: An Empirical Investigation of Beliefs, Work and Fertility. *American Economic Journal: Macroeconomics*, 1(1), 146–177.
- Field, E. y Ambrus, A. (octubre, 2008). Early Marriage, Age of Menarche, and Female Schooling Attainment in Bangladesh. *Journal of Political Economy*, 116(5), 881-930.
- Figueroa, A., Altamirano, T. y Sulmont, D. (1996). *Exclusión social y desigualdad en el Perú*. Lima: OIT- Organización Internacional del Trabajo, IIEL-Instituto Internacional de Estudios Laborales.
- Filmer, D. y Pritchett, L. (febrero, 2001). Estimating wealth effects without expenditure data-or tears: An application to educational enrollments in States of India. *Demography*, 38(1), 115-132.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, G. y Patrinos, H. (2005). *Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994-2004*. Washington DC: Banco Mundial.
- Herrera, J. (octubre, 2003). *Análisis de la pobreza en el Perú 2002 desde la perspectiva de los hogares y las unidades de producción*. Recuperado de www.consortio.org/CIES/html/doc/Hipervinculo_Herrera.doc
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Massé, R. (1995). *Culture et Santé Publique*. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Mendieta, C. (octubre, 2003). “Discriminación étnica y pobreza de oportunidades: reflexiones para el análisis de la mayor pobreza de las poblaciones indígenas en el Perú”. *Manuscrito CIES*. Lima.
- Montoya, R. (1993). Libertad, democracia y problema étnico en el Perú. *Democracia, etnicidad y violencia política en los países andinos*, Lima: IFEA-IEP.
- Oliart, P. (1984). Migrantes andinos en un contexto urbano: las cholas en Lima. *Debates en Sociología*, 10. Lima: PUCP.
- Ossio, J. (1995). Etnicidad, cultura y grupos sociales. *El Perú frente al Siglo XXI*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- PREAL (2004). *Informe de Progreso Educativo: Perú*. Lima: GRADE / PREAL.
- Psacharopoulos, G., Patrinos, H. (1994). *Indigenous people and poverty in Latin America. An empirical analysis*. Washington D.C: The World Bank.
- Schulman, K., et al. (2002). The Effect of Race and Sex on Physicians’ Recommendations for Cardiac Catheterization. En La Veist (Ed.).
- Todd, K., Deaton, C., D’Adamo, A. y Goe, L. (2002). Ethnicity and Analgesic Practice. En La Veist (Ed.).
- Torero, M., Saavedra, J., Ñopo, H. y Escobar, J. (2004). An Invisible Wall? The Economics of Social Exclusion in Peru. En Mayra Buvinic, Jaqueline Mazza and Ruthane Deutsch (Eds.). *Social Inclusion and Economic Development in Latin America*. IDB / Johns Hopkins University Press.
- Torres, C. (2003). *Equity in Health from an Ethnic Perspective*. Washington, D.C.: PAHO, Public Policy and Health Program Division of Health and Human Development.
- Trivelli, C. (octubre, 2002). *Características de los hogares pobres y no pobres en base al origen étnico de sus miembros: ¿El origen étnico afecta las posibilidades de desarrollo de estos hogares?* Reporte preparado para el BID, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Valdivia, M. (diciembre, 2004). Poverty, Health Infrastructure and the Nutrition of Peruvian Children. *Economics and Human Biology*, 2(3), 489-510.
- _____. (julio, 2007). Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y la Salud Materno-Infantil en el Perú. *Documento de Trabajo*, 22. INEI-CIDE.

Valdivia, M. y Mesinas, J. (diciembre, 2002). *Evolución de la Equidad en Salud Materno-Infantil en el Perú: 1986-2000*. INEI-Macro Inc. International.

Yon, C. (2000). *Preferencias reproductivas y anticoncepción: Hablan las mujeres*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

_____. (2003). *Salud reproductiva, interculturalidad y ciudadanía*. Lima: Movimiento Manuela Ramos. Versión electrónica recuperada de http://www.interculturalidad.org/2_06.htm

ANEXOS

ANEXO 1. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD ANALIZADOS

Variable	Descripción
Asistencia institucional en el parto	
Parto institucional	Porcentaje de madres que dieron a luz en algún establecimiento de salud, público o privado. Disponible para el último nacido vivo.
Atendida por profesional de la salud	Porcentaje de madres que fueron atendidas por algún personal de la salud; ya sea médico, obstetriz, enfermera, sanitario, promotor, etc. Disponible para los tres últimos nacidos vivos. Como es una variable de respuesta múltiple, se considera el personal más capacitado si la atiende más de una persona.
Controles prenatales	
Al menos un control	Porcentaje de nacidos vivos que tuvo al menos un control prenatal. Dato disponible para el último nacido vivo.
Al menos cuatro controles	Porcentaje de nacidos vivos que tuvo al menos cuatro controles prenatales. Dato disponible para el último nacido vivo.
Afiliación al SIS	
Madre afiliada al SIS	Porcentaje de madres afiliadas al Seguro Integral de Salud o Materno-Infantil durante el embarazo. Dato disponible para el último nacido vivo.
Hijo afiliado al SIS	Porcentaje de nacidos vivos afiliados al Seguro Integral de Salud. Dato disponible para el último nacido vivo.
Fecundidad y planificación familiar	
N° de hijos	Número de hijos nacidos vivos.
Embarazo adolescente	Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer hijo a los 19 años o menos.
Métodos modernos - alguna vez	Porcentaje de mujeres que han usado alguna vez un método moderno de planificación familiar: Píldora, DIU, inyección, vaginales, implantes o norplant, condón, esterilización femenina, esterilización masculina, MELA, anticoncepción oral de emergencia.
Métodos tradicionales - alguna vez	Porcentaje de mujeres que han usado alguna vez un método tradicional de planificación familiar: abstinencia periódica, retiro, otros.
Métodos modernos - actual	Porcentaje de mujeres que usan actualmente algún método moderno de planificación familiar: Píldora, DIU, inyección, vaginales, implantes o norplant, condón, esterilización femenina, esterilización masculina, MELA, anticoncepción oral de emergencia.
Métodos tradicionales - actual	Porcentaje de mujeres que usan actualmente algún método tradicional de planificación familiar: abstinencia periódica, retiro, otros.

ANEXO 2. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD ANALIZADOS

Variable	Descripción
Antropología de la madre	
Sobrepeso u obesidad	Porcentaje de mujeres con Índice de Masa Corporal (IMC) de al menos 25.
Obesidad	Porcentaje de mujeres con Índice de Masa Corporal (IMC) de al menos 30.
Exposición en talla de la madre	Porcentaje de mujeres cuya talla es menor a 1.47 metros.
Diarrea y tratamiento	
Niño con diarrea	Porcentaje de niños que tuvieron diarrea en las dos semanas que precedieron la encuesta.
Recibió terapia de rehidratación	Porcentaje de niños con diarrea que recibieron terapia de rehidratación (SRO, Frutiflex, electrolite o similar, preparación recomendada hecha en casa, aumento de líquidos en general).
Control de crecimiento y desarrollo	
Niño con controles	Porcentaje de niños que se hicieron algún control de crecimiento y desarrollo en los 6 meses anteriores a la encuesta. Disponible para los tres últimos nacidos vivos.

Antropometría niños

Z-score talla para la edad

Puntaje estandarizado en desviaciones estándar, según población de referencia CDC/WHO 1978.

Niño con desnutrición crónica

Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica (población de referencia CDC/WHO 1978).

Fuente: ENDES 2005-2006.

GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD DEL SEGURO PÚBLICO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Ernesto Báscolo

Natalia Yavich

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo analizar la gobernanza del proceso político y sus implicaciones en el desarrollo e implementación del componente infantil en lo concerniente al Seguro Público de Salud (SPS) de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, desde su génesis hasta el año 2006. Dicho análisis tiene como propósito comprender las implicaciones de la gobernanza de la implementación sobre la gobernabilidad del SPS en tanto estrategia de reforma del sistema de salud.

Se condujo un estudio de caso múltiple anidado de carácter explicativo, en el que la unidad de análisis principal fue el desarrollo del SPS a nivel provincial y las subunidades de análisis fueron los procesos de implementación del SPS en ocho municipios. Dicho proceso fue descrito a partir de la consulta de documentos y la realización de entrevistas con actores estratégicos involucrados o afectados por la implementación del SPS. Los resultados en los municipios seleccionados fueron medidos a través de una encuesta a beneficiarios del SPS y de registros producidos por el SPS.

Desde la comprensión, el análisis de la interacción de actores y de las normas sociales producidas, fueron identificadas y descritas cinco interfases sociales relevantes en términos de su capacidad para influir en la gobernabilidad de la implementación del SPS. Tres de las interfases están vinculadas al espacio de gestión provincial del SPS (interfases intraministerial, intraestatal y Estado/sociedad civil), la cuarta corresponde a la interfase provinciamunicipio y la última corresponde a la interfase municipal. La interfase intraministerial estuvo orientada en torno a la disputa de quién lidera y define la reforma en salud. Las otras dos interfases provinciales se desarrollaron en torno a la construcción de redes con diversos actores del Estado y de la sociedad civil. La puja que constituyó el eje de la interfase provincia-municipio estuvo dada por la tensión entre la búsqueda de fortalecer la regulación provincial y la autonomía municipal. La interfase municipal gira en torno a la puja por la apropiación de los recursos ofrecidos por el SPS y la definición del modelo de gestión y atención municipal.

Partiendo del análisis de las interfases en cuestión, se considera que el equipo provincial del SPS logró consolidar alianzas con actores clave vinculados a distintas interfases sociales del nivel provincial, que permitieron sostener e impulsar innovaciones en la gestión de los servicios de salud en un escenario de creciente conflictividad con la estructura formal y funcional del Ministerio provincial de salud. La fortaleza adquirida por el equipo del SPS, combinada con una gran flexibilidad en las condiciones de implementación a nivel municipal, facilitaron el logro de un fuerte desarrollo del componente infantil en un corto tiempo. Sin embargo, la tensión entre el equipo provincial del SPS y otras agencias del Ministerio limitó la integración de la oferta del SPS con el segundo nivel de atención provincial.

La flexibilidad del equipo de gestión, adoptada como estrategia para hacer frente a la disputa regulación provincial–autonomía municipal, supuso el desarrollo de diversas modalidades de implementación del SPS a nivel municipal. Tales modalidades se ven reflejadas en los patrones de utilización de servicios de los beneficiarios del SPS, que evidencian diversos modos de vinculación entre los servicios del SPS y la red de servicios municipal. Es posible identificar al interior de tales patrones un *trade-off* entre mejoras en las condiciones de acceso a los servicios y fortalecimiento de la integración e integralidad del sistema.

En conclusión, se considera que el SPS logró alcanzar un grado de gobernabilidad que le permitió un importante desarrollo del componente infantil en un tiempo limitado, bajo escenarios de fuertes tensiones y conflictividad política. Tales condiciones, sin embargo, no fueron suficientes para garantizar la gobernabilidad de la reforma promovida y mejorar al mismo tiempo las condiciones de acceso e integración del sistema de salud a nivel municipal.

Este documento fue elaborado a partir de los resultados de la investigación *Análisis de las capacidades institucionales y evaluación del desempeño del SPS*, desarrollada entre octubre de 2004 y diciembre de 2006, con el apoyo del International Development Research Centre de Canadá (IDRC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicha investigación fue llevada adelante con dos propósitos: por un lado, se buscó generar evidencia que permitiera analizar cómo los procesos de gobernanza afectan el desempeño de los servicios de salud del SPS a nivel municipal. Por otro lado, se pretendió desarrollar una interfase entre los responsables del SPS y el equipo de investigación del Departamento de Economía y Gestión en Salud, que mejorara el proceso de investigación y cuyos hallazgos fuesen de utilidad para fortalecer el diseño y la implementación del SPS. En este contexto se llevaron a cabo ocho estudios de caso del proceso de implementación local, tomando como unidad de análisis principal el proceso de implementación provincial.

CONTEXTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SPS

En Argentina, las provincias detentan un alto nivel de autonomía en materia de políticas de salud dado que no delegaron dicha responsabilidad en el gobierno nacional. En consecuencia, es su responsabilidad ejercer la función de rectoría y garantizar el financiamiento y provisión de servicios a sus habitantes (OMS/OPS, 2007).

En el país, la jurisdicción con el mayor nivel de descentralización del financiamiento y prestación de los servicios de salud en los gobiernos municipales es la provincia de Buenos Aires. Casi la totalidad de sus servicios de primer nivel son municipales. Como parte de su estrategia de regulación de la atención municipal, ha impulsado durante los últimos 15 años distintos programas (Zeballos, 2003). Asimismo ha participado de proyectos con financiamiento externo tendientes a reformar el sistema de salud. No obstante, diversos autores han cuestionado la capacidad efectiva de los programas verticales para fortalecer la función de rectoría e influenciar sobre el modelo de atención municipal (Báscolo, 2004; Sarghini, et al. 2002).

La debilidad de la función de rectoría de las autoridades sanitarias nacional y provincial, y la ausencia de estrategias para desarrollar las capacidades organizacionales e institucionales necesarias para introducir las innovaciones promovidas, han sido importantes limitaciones para garantizar la gobernabilidad del proceso de reforma (Levcovitz, 2003; OPS/USAID, 2009).

De igual modo la fragmentación institucional y política del sistema, junto con una escasa explicitación de reglas del juego y débil capacidad para garantizar el cumplimiento de normas formales (Báscolo y Sánchez, 2001; Belmartino, Bloch y Báscolo, 2003), ha generado que la dinámica de la interacción entre los actores de distintas agencias del gobierno y de la sociedad civil asumiera un peso central en la definición de la modalidad de implementación de los programas provinciales a nivel municipal (Cetrángolo y Devoto, 2009).

Por otra parte, procesos de reforma llevados a cabo en contextos de fuerte descentralización como el bonaerense (Cetrángolo y Devoto, 2009; Báscolo y Sánchez, 2001; Belmartino, Bloch y Báscolo, 2003), han enfrentado el reto de coordinar la acción de una multiplicidad de actores vinculados a distintas agencias gubernamentales y no gubernamentales involucradas en el financiamiento y provisión de los servicios de salud con intereses no necesariamente coincidentes (Bossert, 1998).

Bajo este panorama, hacia finales del año 2001 se desencadenó en el país una grave crisis socio-económica y política; Argentina ingresó en un período recesivo e inflacionario que produjo un importante deterioro de las condiciones de vida de la población. La caída de la tasa de empleo, además de afectar el nivel de ingreso de los hogares, produjo una pérdida del aseguramiento en salud entre la población afectada. En un escenario de restricción fiscal y de aumento de costos, el sistema de salud sufrió una presión adicional vinculada con la sobredemanda derivada del aumento de la población sin cobertura.

Durante los años subsiguientes se ponen en marcha diversos programas orientados a disminuir los efectos negativos de la crisis, priorizando acciones tendientes a garantizar el acceso a medicamentos y servicios de salud entre los grupos de población más vulnerables. Más tarde, el Plan Federal de Salud 2004–2007 establece a la Atención Primaria de la Salud (APS) como la estrategia organizadora del sistema, y propone en tres de sus seis ejes, realizar acciones cuya población objetivo estaba dada por la franja materno infantil (Cetrángolo, Lima y San Martín, 2007). En este contexto se originó el Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

EL SEGURO PÚBLICO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

El SPS es creado en el año 2000 como una estrategia de fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Provincial (SPS, 2006). Su propósito consiste en reformar el subsistema público de salud provincial, fortaleciendo la atención primaria como estrategia y garantizando “la atención integral, oportuna, continua y de calidad a todos los habitantes de su territorio que carezcan de los recursos para afrontar los costos de la atención individual y familiar, y de otra cobertura en salud” (MSBA, 2000).

La implementación del seguro asumió una estrategia de ampliación progresiva, donde, hasta el año 2006, pueden identificarse dos etapas. La primera, se ubica en el período comprendido entre los años 2000 y 2002; en este período se otorgó cobertura a trabajadoras comunitarias del Plan Vida¹ y su grupo familiar; en el año 2003, a través de la segunda etapa denominada fase materno infantil, se amplió la cobertura integrando a la población beneficiaria del Plan Vida, compuesta por niños de hasta 7 años, embarazadas y puérperas hasta 6 meses después del parto; en el año 2006, esta fase se había implementado en 46 de los 134 municipios de la provincia, donde alcanzó a dar cobertura a más de 600.000 personas.

El SPS brinda a sus beneficiarios los siguientes servicios: un médico de cabecera (1 médico por un máximo de 1.000 beneficiarios), un odontólogo, servicios de laboratorio para la realización de análisis clínicos, diagnóstico por imágenes y otras prestaciones e interconsultas con los demás componentes de la red pública de servicios de primero, segundo y tercer nivel de cada municipio.

La gestión estratégica del seguro se realiza desde la Unidad Ejecutora Central que depende del Ministerio de Salud provincial. Ésta cumple con las funciones de financiamiento, planificación, evaluación y control de gestión. A nivel regional fueron creadas las Unidades Ejecutoras Regionales con las funciones de habilitación y selección de los médicos de cabecera, articulación entre los municipios y los prestadores, auditoría y supervisión del sistema. A nivel municipal se crearon las figuras de las Unidades Coordinadoras Municipales, cuyas funciones son la selección e incorporación de beneficiarios, la gestión de quejas y reclamos, y la coordinación local con diferentes programas sociales. En la medida en que la fase Materno Infantil del SPS se implementa articuladamente con el programa social Plan Vida, se espera que referentes del mismo participen de la gestión local del SPS.

1 Programa desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires con la intención de proveer complemento alimentario a familias en situación de vulnerabilidad social, integradas por embarazadas, niños mayores de 6 meses hasta su ingreso al sistema escolar y madres hasta 6 meses después del parto.

Con el fin de lograr sus objetivos de reforma, el SPS promueve una serie de innovaciones en el modelo de atención y gestión del primer nivel de atención municipal. Si bien tales innovaciones se restringen a los recursos aportados por el SPS para los municipios, se espera que tales cambios afecten a la red de servicios en el primer nivel de atención municipal. En términos del modelo de atención, el SPS promueve la libre elección de prestadores por parte de los beneficiarios, la introducción de mecanismos de responsabilización de los proveedores por conjunto de pacientes, quienes son identificados con nombre y apellido, y su vinculación con un proveedor habitual, la programación de la atención y el énfasis en la atención preventiva y la promoción de la salud.

Las innovaciones implementadas en materia de gestión consisten en la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios, el ejercicio de la función de articulación (Londoño y Frenk, 1997) a cargo de equipos de gestión local, la integración pública-privada en la provisión de servicios, y la introducción de sistemas de incentivos a los profesionales, basados en mecanismos de financiamiento a la demanda y a sistemas de control del cumplimiento de normas asistenciales, así como del desempeño de los servicios (SPS, 2003a; 2003b).

La multiplicidad de actores involucrados en la gestión de la fase maternoinfantil del SPS, implica la necesidad de establecer acuerdos entre distintos organismos: estatales como Secretarías de Salud y Acción Social municipales, y Agencia Provincial del SPS; actores comunitarios como la red de trabajadoras vecinales, vinculadas con la implementación municipal del Plan Más Vida, y asociaciones de profesionales.

MARCO CONCEPTUAL

En la última década se ha producido un renovado interés por el análisis de la influencia de la acción colectiva sobre los procesos de implementación de las políticas públicas y sus resultados en la organización y el desempeño de los servicios (Touati, et al. 2007; Rodríguez, et al. 2007). Bajo esta corriente, diversos estudios (O'Toole, 2000; Meier, O'Toole y Crotly, 2004; Schofield, 2000; Strom y Müller, 1999) se refieren a la gobernanza como los procesos de interacción entre actores estratégicos portadores de intereses, valores y capacidad de influencia desiguales, a partir de los cuales se producen o refuerzan normas sociales que orientan la acción colectiva. Si bien la interacción de actores está regulada por normas sociales, las mismas están sujetas a cambios como resultado del proceso de interacción entre actores (Báscolo y Yavich, 2009).

Según Kooiman (1993), el concepto de gobernabilidad refiere a “la capacidad de un sistema sociopolítico para gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios de los que forma parte”. Kooiman sostiene que la gobernanza es un factor clave para explicar la gobernabilidad de un sistema, en la medida en que la gobernanza refuerza o altera las estructuras sociopolíticas que orientan la interacción de los mismos.

Scharpf (1997) sostiene que cada política fija un sistema de interacción sociopolítica que define la asignación y la disposición de los recursos en una estructura de oportunidades, dentro de un marco institucional determinado, que hace más o menos probables el desarrollo de determinados modelos de interacción. De esta forma, es posible considerar que las estrategias políticas promueven el desarrollo de determinadas condiciones de gobernabilidad, al promover modelos de interacción de actores con capacidades e implicancias hacia el proceso político de las políticas en cuestión.

La complejidad de esta problemática depende del poder relativo de los actores involucrados, de las especificidades de la construcción histórica de la situación relacional entre ellos, y de las características institucionales (características de los mecanismos de delegación, descentralización, nivel de autonomía y mecanismos de control) vinculadas con la gestión y provisión de los servicios de salud. La construcción de gobernabilidad de una política de extensión de la protección en salud dependerá, entonces, de las condiciones de gobernanza producidas por su propio proceso de implementación en el marco de un contexto político e institucional determinado.

METODOLOGÍA

Se condujo un estudio de caso múltiple anidado de tipo explicativo (Yin, 1994). El desarrollo del SPS a nivel provincial fue considerado como la unidad de análisis principal y los procesos municipales de implementación del SPS fueron consideradas como subunidades de análisis. Los municipios bajo estudio fueron seleccionados mediante el uso de técnicas de *clusters* (Báscolo y Yavich, 2009). La estrategia general de análisis estuvo guiada por la organización de la información conforme a las proposiciones explicitadas en el marco conceptual. El análisis estuvo orientado a comprender los vínculos de causalidad entre la gobernanza y la gobernabilidad del SPS. El proceso de desarrollo e implementación del SPS fue descrito a partir de la identificación de interfases sociales y de los resultados de su implementación en los ocho municipios bajo estudio.

Las interfases sociales fueron consideradas como situaciones o arenas en las cuales los actores estratégicos interactúan en el marco de dominios institucionales, cognitivos y de poder alrededor de situaciones de alianza, adaptación, alejamiento o disputa (Long, 1999). Fueron definidos como actores estratégicos aquellos que contaran con recursos de poder suficientes para obstaculizar, promover o condicionar el diseño e implementación del SPS. Se consideró que la dinámica de cada interfase social potencialmente podría afectar a la naturaleza de otras interfases y en conjunto configurar el grado de gobernabilidad del SPS. Al interior de cada interfase social se describen los actores estratégicos, el tipo de interacción entre actores, la “puesta en juego” que organiza la interacción y su resultado, en términos de producción

de normas sociales.

La identificación y caracterización de las interfases sociales partieron de la revisión de documentos oficiales, literatura científica, alrededor de 100 entrevistas individuales y grupales, 25 talleres con actores vinculados al proceso de implementación del SPS a nivel provincial, municipal y de servicios, que fueron llevados a cabo entre 2004 y 2006, además de numerosas observaciones en terreno. Las entrevistas y talleres fueron transcritos. Los textos fueron analizados a partir de la técnica de análisis de contenido; la interpretación del material fue discutida y validada junto con el equipo de gestión provincial del SPS.

Los resultados de la implementación de la fase materno-infantil del Seguro, fueron medidos a partir de la aplicación de encuestas a responsables del cuidado de beneficiarios del SPS menores de 7 años (n= 2413 año 2006) de ocho municipios, y de la revisión de documentos administrativos producidos por el equipo provincial del SPS.

RESULTADOS

Con base en el análisis de los datos recogidos fueron identificadas cinco interfases sociales claves, con capacidad para influir sobre la gobernabilidad del desarrollo e implementación del SPS (Tabla 1). A continuación se describen cada una de las interfases, los actores involucrados, las disputas jugadas entre los mismos, la modalidad de sus interrelaciones y las normas sociales producidas.

Bajo la primera interfase, denominada intraministerial, se dirime quién asume el rol de conducción, el alcance y orientación de reforma. En este marco distintas agencias del Ministerio de Salud de la Provincia entran en competencia para lograr el apoyo del Ministro a sus respectivas propuestas y programas de reforma y por establecerse como el equipo de cambio o líderes del proceso de reforma (Long, 1999). El siguiente fragmento da testimonio de dicha disputa:

(...) el SPS no es un programa. Nació como un programa, pero tenemos que lograr que pase a ser una ‘política de salud’. El SPS es Atención Primaria de la Salud es una estrategia, es un instrumento que tiene que llegar a ser una política. Además, es un proceso de reforma gradual, es un cambio continuo, tomar lo que está bien y corregir lo que está mal. El SPS tiene que llegar a ser ‘la política’ del Ministerio de Salud, tiene que tender a integrar a todos los niveles. (Actas de la reunión de la Unidad Ejecutora Provincial, 30 de Septiembre de 2005).

En este escenario el SPS entra en competencia y conflicto con diversas agencias del Ministerio, entre ellas la que coordina el funcionamiento de las regiones sanitarias, hecho que implica que el rol de las regiones sanitarias como espacio de gestión del SPS ocupe un lugar mínimo, pese a lo planteado en la norma formal:

TABLA 1. ACTORES, DISPUTAS Y NORMAS SOCIALES INSTITUIDAS DE CADA UNA DE LAS INTERFASES SOCIALES IDENTIFICADAS

Interfase	Actores	Disputa	Relación entre actores	Normas sociales instituidas y documentos respaldatorios
Intra ministerial	Equipo provincial del SPS / Otras agencias del Ministerio de Salud / Ministro.	Quién y cómo se lidera la reforma (puja política).	Competencia, enfrentamiento y alianza.	Modalidad de articulación y vinculación del SPS, con el Ministro y otras agencias del Ministerio (Organigrama, no reglamentado formalmente). Creación del SPS con explicitación de su propósito, modalidad y estructura de gestión, población objetivo, alcance de la cobertura, modalidad de financiamiento y recursos disponibles (Resolución de creación del SPS, Decreto Ratificatorio Nro. 630/01). Establecimiento del

Provincial I**Estado -
sociedad civil**

Equipo provincial del SPS / Asociaciones de Profesionales (federaciones y entidades primarias) / Organizaciones académicas.

Intercambio de recursos materiales, simbólicos y sociales.

Negociación y Alianza.

modelo atención y gestión del SPS (Manual del Médico de Cabecera, Manual de Auditoría, Manual del Odontólogo, Manual de la Unidad Coordinadora Municipal). Modalidad de articulación e “intercambio” entre el SPS y las asociaciones profesionales (Acta de Cooperación Institucional 5/10/2000; Creación del Consejo Asesor). Definición del valor y tipo de prestaciones cubiertas, modalidad de selección y contratación de prestadores, modalidad de administración de los contratos, etc. (Convenios de prestaciones médicas, odontológicas, bioquímicas). Modalidad de articulación e “intercambio” entre el SPS y los referentes del Ministerio de Desarrollo (Acta de Cooperación Institucional 5/10/2000). Modalidad de intercambio entre ministerios y definición de beneficiarios (Creación programa Plan Más Vida). Inicio de la fase de cobertura a trabajadoras vecinales y de la fase materno infantil. Asignación de recursos materiales y legales al equipo de gestión provincial (Ley del SPS y Resolución 4394/03 titularidad de la Unidad Ejecutora Provincial).

Provincial I Intra Estatal

Equipo provincial del SPS / Ministro de Salud / Ministerio de Desarrollo Humano / integrantes de la Cámara de Diputados y Senadores de la Provincia de Buenos Aires.

Intercambio de recursos simbólicos, sociales y materiales.

Negociación y Alianza.

Provincial/Municipal

Equipo provincial del SPS / Secretarías de Salud municipales.

Regulación provincial / Autonomía municipal.

Cooperación / Negociación / Enfrentamiento (se establecen distintos tipos de relaciones con el SPS en cada municipio).

Nivel de aceptación / rechazo del ingreso del SPS al espacio municipal (Convenios de adhesión voluntaria; Ordenanzas municipales de Adhesión al SPS). Definición de mecanismos del modelo de atención y gestión (Actas reuniones de la Unidad Ejecutora Provincial).

Decisores, agencias y equipos técnicos a cargo de la gestión local del SPS de las Secretarías de Salud municipal / Decisores y responsables de la gestión local del Plan Vida de la Secretaría de Acción Social municipal / Asociaciones profesionales locales / Otros actores involucrados en la gestión local del SPS (ej. ONG.) / Equipo provincial del SPS.

Puja distributiva en torno a la gestión de los recursos ofrecidos por el SPS Definición del modelo de gestión y atención municipal.

Cooperación / Alianza / Negociación / Enfrentamiento (las relaciones y los actores involucrados varían en cada municipio)

Definición de roles en torno a la gestión de los recursos ofrecidos por el SPS. Ubicación de los consultorios de los médicos del SPS (dentro o fuera de la red de primer nivel de atención; áreas a ser cubiertas por el SPS). Modelo de atención dirigido a los beneficiarios del SPS y a otros usuarios de los servicios municipales. Mecanismos de integración de los médicos del SPS con la red de servicios municipal.

Municipal

(...) el primer programa que funciona con población nominal, nominalizada con nombre y apellido es el SPS desde la provincia (...) esto es un primer conflicto que se genera, nosotros proponemos que esto va a mejorar la efectividad de los otros programas al tener identificada a su población objetivo con nombre y apellido para poder evaluar quienes acceden y quienes no (...) “Hasta este momento [el Ministerio de Salud de la Provincia] no tenía efectores propios del primer nivel de atención, (...) y ahora sí tiene (...). Entonces [el SPS] es un articulador porque se convierte en efector de todos los otros programas provinciales, que tienen como población objetivo prácticamente a la misma población (Entrevista a un integrante del equipo provincial del SPS, 13 de Enero de 2005).

Por otra parte, el apoyo del Ministro de Salud, quien toma al SPS estratégicamente en un momento de crisis socioeconómica, facilita la formalización del SPS, su promoción y desarrollo. El siguiente fragmento ofrece detalles sobre el modo en que se desarrolló este proceso, desde la perspectiva de un integrante del equipo de gestión:

(...) el Seguro de Salud se implementa prácticamente en lo que fue la última parte del gobierno de De La Rúa, enseguida vino la debacle, se cayó todo (...) y la gente se volcó masivamente al sector público (...) el escenario político si querés cedió (...), se armó de manera que se potenció esta propuesta nuestra, porque echaron mano a lo único que estaba armado y funcionando, esta era una propuesta que les proponía sin excesivo gasto económico darle respuesta a la gente con la característica de atenderlo por nombre y apellido y cerca del lugar donde vivía, entonces, bueno, también el escenario estaba predispuesto de alguna manera para recibir esta propuesta (Entrevista a integrante del equipo provincial del SPS, 13 de Enero de 2005).

La segunda interfase a nivel provincial (Estado-sociedad civil), protagonizada por el equipo provincial del SPS y un conjunto de asociaciones de profesionales de médicos, bioquímicos y odontólogos, se da en términos de negociación. Por un lado las asociaciones buscan ganar recursos económicos para legitimarse políticamente frente a otras asociaciones profesionales y aumentar el apoyo de sus afiliados. Por su parte, el SPS se alía con las asociaciones, como parte de una estrategia de construcción de redes con actores del Estado (redes horizontales y verticales) y con organizaciones de la sociedad civil (redes externas) que le permitan contar con el apoyo necesario para ejecutar su agenda política.

En este marco, las relaciones del SPS con las asociaciones profesionales tienen como propósito fortalecer su sustentabilidad política, facilitar la identificación y afiliación de profesionales al SPS y la introducción de una serie de herramientas de gestión (nominalización de los beneficiarios, articulación público-privado, pago por producto, etc.) de difícil implementación entre los profesionales contratados directamente por el Estado:

Los círculos médicos, federaciones, tienen un papel muy importante en todo lo que ha sido la gestión de diferentes contratos, diferentes convenios. (...). Otra de las causas, como te decía, son los incentivos que ponemos. (...) [Las asociaciones profesionales] son entidades muy fuertes, (...) con mucha llegada política a diferentes estamentos, (...) lo cual es una base de sustentación. (Entrevista a un integrante del equipo provincial del SPS, 13 de Enero de 2005).

Bajo este contexto, las asociaciones profesionales y el equipo provincial del SPS negocian los modos de contratación de profesionales, el valor cápita y otras particularidades de la prestación de los servicios. Estos acuerdos quedan plasmados en los convenios prestacionales.

La tercera interfase del nivel provincial es la intra-estatal. En este escenario el equipo provincial del SPS construye alianzas con actores integrados en la estructura del Estado con el fin de viabilizar la implementación de su proyecto de reforma y fortalecer su posición y sustentabilidad en tanto actor político.

En este contexto el SPS consolida una estrategia con actores del Ministerio de Desarrollo Humano, la cual tiene por resultado la articulación del SPS con un programa del Ministerio, el Plan Vida². El Ministro de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires explicita esta alianza en el discurso dado en la Primera Jornada del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el 1° de Diciembre de 2004:

² A partir de la integración del SPS como componente del Plan Vida, éste pasa a denominarse Plan Más Vida.

Apareció ahí [en el proceso de articulación entre el Ministerio de Desarrollo Humano y el Ministerio de Salud] algo que ya se venía desarrollando antes que nosotros llegáramos, pero que hemos fortalecido en este año de gestión (...) con el Seguro Público. Es decir, la articulación del programa alimentario más importante que hoy tiene la Provincia de Buenos Aires y, quizás, uno de los programas más importantes que tiene la República Argentina, el Plan Más Vida, con lo que nosotros desde el área de Desarrollo Humano llamamos el componente salud y que se centra, específicamente, en el desarrollo del Seguro.

Como parte de la negociación, el Ministerio de Desarrollo Humano define el perfil de los primeros beneficiarios del SPS (las trabajadoras vecinales del Plan Vida y su grupo familiar). Un integrante del equipo provincial del SPS describe los motivos que condujeron hacia dicha definición:

(...) ¿Por qué se eligen las manzaneras del Plan Vida? Bueno, por varios motivos. Por un lado, (...) es muy difícil de armar el padrón de beneficiarios. Este Programa, una de las ventajas que tenía era que tenía toda su población empadronada. La segunda ventaja era que era la población más vulnerable. (...) Pero hay una tercera causa, que es que las manzaneras en su voluntariado no cobran plata, pero tenían un reclamo en ese momento que era la cobertura en salud. Cuando se lanza el Seguro en el Ministerio de Desarrollo Humano, se estaba discutiendo qué prestaciones se les iba a dar a las manzaneras como recompensa (Entrevista a un integrante del equipo provincial del SPS, 13 de Enero de 2005).

Como contrapartida el Ministerio de Desarrollo Humano le da un fuerte impulso a la implementación del SPS, facilitándole los padrones de beneficiarios de los 51 municipios integrados al Plan Vida y prestándole su apoyo político e infraestructura.

A través de la relación del SPS con el Ministro de Salud y su alianza con las asociaciones profesionales, el SPS logra que se impulse un proyecto de ley (posteriormente aprobado) orientado a garantizar la continuidad del programa:

Como nosotros estamos muy conformes con los resultados que se están obteniendo con el seguro público provincial, hemos enviado, en forma consensuada con las distintas entidades profesionales, un proyecto de ley a la Cámara de Diputados donde recibió total apoyo de la Presidente de la Comisión de Salud, (...) quien lo está impulsando dentro del legislativo (Primera Jornada del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1 de Diciembre de 2004).

El Ministro no sólo promueve la continuidad del SPS mediante el proyecto de Ley del SPS, sino que a través de la Resolución de titularidad de la Unidad Ejecutora Provincial, en donde se delega la representación de la Unidad Ejecutora Provincial nominalmente en el responsable del equipo de gestión provincial, garantiza la continuidad del equipo de gestión provincial a cargo del SPS.

En la interfase provincia-municipio el equipo de gestión provincial del SPS busca fortalecer la función de rectoría provincial sobre los espacios municipales, promoviendo un cambio del modelo de atención mediante la introducción del SPS:

(...) nosotros queremos avanzar y avanzar de un modelo hacia otro, pero si el municipio lo sabe ahora, nos mata (...) Cuando tengamos el 50% [de los médicos que trabajan en el municipio], nos sentamos a negociar de otra manera. O sea, si yo tengo el 50% de los médicos, los financo yo... me siento y digo: flaco correte... pero si lo digo ahora nos matan, entonces... esto en realidad lo planteamos siempre (...) La otra tensión es que hay un modelo de gestión que hay que resolverlo. El problema en serio, es cuando un secretario de salud se aviva y por eso el municipio no quiere entrar [al SPS]. (Taller con el equipo de gestión provincial del SPS. Integrante del equipo provincial del SPS, 28 de Junio de 2006).

Con el fin de viabilizar la introducción del SPS a los espacios municipales, el equipo provincial del SPS negocia con la organización

receptora de los recursos las condiciones de implementación del SPS. Por un lado, el equipo provincial del SPS impone ciertas condiciones como inamovibles (ej. nominalidad de la atención, manejo de los recursos financieros, participación de las entidades profesionales en la administración y contratación de profesionales, pago por *cápita*). Pero por otro se mantiene flexible ante ciertas demandas locales como ampliar la gama de prestaciones cubiertas, extender la cobertura a otros grupos poblacionales, y contratar prestadores de otras disciplinas de la salud.

Pese a sus implicancias en cuanto a la continuidad e integralidad de la atención que reciben los beneficiarios del SPS, el equipo provincial mantiene al mínimo su injerencia sobre definiciones tales como: el lugar de atención del médico del SPS (ej. consultorios dentro de la red de servicios de primer nivel municipal o en espacios afines a las Secretarías de Acción Social), y la modalidad de articulación entre los proveedores del SPS y la red de servicios municipal (ej. posibilidad de que los médicos del SPS brinden atención a contra-turno de los médicos municipales, que los médicos del SPS se concentren en resolver consultas preventivas y los médicos municipales atiendan consultas vinculadas a patologías, que los médicos municipales y los médicos del SPS se dividan a la población con y sin SPS o que los médicos municipales atiendan a ambos tipos de poblaciones).

Las secretarías de salud por su parte buscan implementar el SPS con el fin de ganar recursos que contribuyan al logro de sus objetivos políticos y de gestión, al mismo tiempo que intentan ganar autonomía en la gestión de los mismos. Esta situación se repite en torno a otros programas provinciales y nacionales:

(...) yo cada vez que entraba a una institución, o una unidad sanitaria y hablaba con un profesional lo primero que le tenía que preguntar (...) es ‘¿en este momento quién te paga el sueldo?’, porque algunos eran de programas nacionales, otro el patrón era Solá, otro el patrón era una beca, otro el patrón era el municipio, otro estaba contratado, otro entró por concurso, así que la modalidad de trabajo de cada uno era completamente distinta. Como la carga horaria, como las tareas que tenía que cumplir, que a mi no me corresponde salir en terreno, que yo no atiendo a los del plan Más Vida, que yo siempre tengo que atenderlos, que yo (...) Porque por ahí, yo le daba una indicación y el programa de él no era el que le daba, el que le otorgaba. Pero yo quise sumar todo, hicimos algún tipo de reunión y no fue fácil (Entrevista a un Secretario de Salud de un municipio bonaerense, 13 de Diciembre de 2004).

(...) todos los planes que vinieron siempre sirvieron como eso. Nos ayudan, son un complemento. Y por eso están amalgamados así, no están así, ahí afuera, no, no. Lo manejamos dentro de nuestra estructura. Si vos me preguntás, quién maneja los médicos federales, está en nuestra estructura, la jefa de departamento asistencial es que los tiene a cargo (Entrevista a un Secretario de Salud de un municipio bonaerense, 14 de Marzo de 2006).

Con la finalidad de generar mayor presión para la introducción del SPS a nivel local, el equipo provincial busca la construcción de una red de aliados (ej. agencia responsable de la implementación local del Plan Vida, las asociaciones locales de profesionales, ONG, etc.) que presionen para el ingreso del SPS a nivel local.

(...) las dificultades de implementación del Seguro tienen que ver con ir trabajando espacio por espacio, escenario por escenario, creando espacios de consenso donde participen (...) actores de la secretaria de salud, de acción social de los programas provinciales y los programas nacionales, y de los referentes de las entidades medicas, odontológicas y bioquímicas, a ese espacio que denominamos: Unidad Coordinadora Municipal, para que se genere y funcione, bueno, hay que acompañar ese recorrido, limar las asperezas dentro de los diferentes actores (Entrevista a un integrante del equipo provincial del SPS, 13 de Enero de 2005).

En los casos en que la disputa relativa a la regulación provincial-autonomía municipal se resuelve con un rechazo a la implementación del SPS por parte de las autoridades municipales de salud, el equipo provincial del SPS busca la implementación del SPS a través del forjamiento de alianzas con otras organizaciones locales, externas a la Secretaría de Salud o bien con los equipos técnicos de la Secretaría. Este mecanismo de acción se ve explicitado en el acta de la reunión mantenida por la Unidad Ejecutora Provincial el 30 de septiembre de 2005:

(...) estamos apuntando a la conformación y consolidación de las Unidades Coordinadoras Municipales (fortalecimiento institucional) con dos modelos de abordaje: “De arriba hacia abajo”: convencer al Secretario de Salud de que baje línea y “De abajo hacia arriba” llegada a los equipos técnicos con las actividades de capacitación. (Reunión Unidad Ejecutora Provincial. Integrante del equipo provincial del SPS, 30 de Septiembre de 2005).

La interfase municipal se orienta en torno al control de la gestión de los recursos del SPS. Participan de esta disputa aquellos actores que se sienten involucrados o afectados por la implementación del SPS. Aunque esta configuración de actores se da en forma *ad hoc* a cada municipio, en líneas generales es posible identificar entre los actores participantes: el equipo provincial del SPS, los secretarios de salud y los equipos técnicos a cargo de la gestión del SPS en la Secretaría de Salud, los responsables de distintas agencias de la Secretaría de Salud afectadas por el desarrollo del SPS (ej. Direcciones de Atención Primaria de la Salud), los secretarios de Acción Social y los equipos técnicos y políticos a cargo de la gestión del Plan Vida y las entidades profesionales locales. Como resultado de las disputas, se definen cuestiones tales como *quién* lidera y participa de la gestión del SPS, *cómo* se desarrolla la selección de proveedores, *si* los consultorios se ubican dentro de la red municipal de primer nivel de atención o en organizaciones comunitarias, *cuáles* son las áreas territoriales de mayor prioridad para la implementación del Seguro y el modo de articulación entre la Secretaría de Salud y las Secretarías de Acción Social.

La participación de actores externos a las Secretarías de Salud en la puja local por el control de los recursos del Seguro motiva a que las

Secretarías de Salud que inicialmente habían rechazado el ingreso del SPS, busquen posteriormente liderar su gestión. En la [Tabla 2](#) se muestra la modalidad de interacción entre actores de ocho municipios a nivel de la interfase provincial-municipal y la interfase municipal. Luego, se presentan un conjunto de indicadores seleccionados del proceso de implementación del Seguro.

En primer lugar, se muestra el número de médicos incorporados en relación con el número de beneficiarios potenciales. La tasa de médicos incorporados se construye sobre 1.000 beneficiarios del Plan Vida, ya que según las normas del SPS, cada médico podría tener a su cargo hasta 1.000 beneficiarios. En segundo lugar, se muestran los resultados de la encuesta aplicada durante 2006 a beneficiarios del componente infantil del SPS. El dato presentado refiere el porcentaje de niños que consultaron a su médico del SPS al menos una vez durante los últimos 12 meses. Por último, se refiere al modelo de articulación entre servicios municipales y del SPS. Tales modelos fueron desarrollados por Báscolo y Yavich (2009), y su elaboración se basó en la interpretación de la encuesta a beneficiarios y en el análisis de la gobernanza de la implementación del SPS a nivel local en los 8 municipios en cuestión.

TABLA 2. GOBERNANZA Y RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SPS EN 8 MUNICIPIOS

Interfase	Municipios Gobernanza resultados de la implementación	Almirante Brown	Florencio Varela	La Matanza	Lanús	Lomas de zamora	Pergamino	Pilar	San Miguel
Provincial-municipal	Organización a través de la cual ingresa el SPS al municipio	Secretaría de Salud	Secretaría de Acción Social	Círculo Médico	Secretaría de Salud	ONG	Círculo Médico	Secretaría de Salud	Secretaría de Salud
	Posicionamiento de la SS frente al SPS (2006)	Alianza oportunista	Alianza oportunista	Rechazo	Alianza oportunista	Alianza oportunista	Alianza oportunista	Compromiso mínimo	SPS como estrategia de cambio
	Equipo de gestión liderado por funcionarios de la SS	Si	Hacia 2006, no previamente	Cambiante, sólo en algunas etapas	Si	Hacia 2006, no previamente	Si	Sin equipo, gestión. Implementación administrativa	Si
Municipal	Fortaleza técnica y coherencia política del equipo de gestión del SPS	Alta	Media	Alta	Alta	Media	Alta	Baja	Alta
	Alianzas del equipo de gestión del SPS con autoridades de las SS y SAS	Apoyo de las SS y SAS	Relación conflictiva con SS	Sin apoyo de la SS y SAS	Apoyo de las SS y SAS	Relación conflictiva con SAS	Apoyo de las SS y SAS	Sin apoyo de las SS y SAS	Apoyo de las SS y SAS
	Médicos incorporados cada 1.000 beneficiarios del Plan Vida*	1.36	0.79	0.32	1.72	1.06	1.53	0.77	0.99
Resultados del proceso de implementación	% de beneficiarios que utilizaron el SPS en los últimos 12 meses**	70.6	53.4	14.0	65.3	61.8	73.1	67.5	65.7
	Relación entre servicios municipales y del SPS***	Integración superpuesta	Competencia	Mínima	Articulación	Competencia	Integración superpuesta	Funcionamiento paralelo	Articulación

SS: Secretaría de Salud; SAS: Secretaría de Acción Social; * Elaborado con base en registros del SPS; ** Encuesta a beneficiarios del componente infantil del SPS; *** Elaborado con base a Báscolo y Yavich 2009.

DISCUSIÓN

Una constante de la gobernanza del proceso de implementación y desarrollo del SPS a través las distintas interfases sociales ha sido la constitución de alianzas que permitieron al SPS ganar al mismo tiempo poder y autonomía. Este fenómeno es descrito por Evans (1996) con el concepto de “autonomía enraizada”, para referirse a la combinación en apariencia contradictoria de aislamiento e inmersión del aparato Estatal respecto a la sociedad circundante.

El logro de la autonomía enraizada en el caso del SPS se constituyó gracias a dos factores. Por un lado, el equipo provincial del SPS logró transmitir una imagen de solidez técnica y unidad política e ideológica (coherencia interna), y por otro, diseñó una estrategia de enraizamiento que facilitó su desarrollo e implementación. Por un lado el SPS construye “redes horizontales” (con otros sectores del Estado) con el Ministerio de Desarrollo Social y las Secretarías de Acción Social y Salud municipales, y “redes verticales” (alianzas con funcionarios de niveles superiores al interior del Estado) a través de su relación con el Ministro de Salud y su posterior llegada a representantes de Cámaras de Senadores, Diputados y, finalmente, al Gobernador de la Provincia. Asimismo, consolida “redes externas” (vínculos con organizaciones y actores de la sociedad civil) por medio de las relaciones que construyó con las asociaciones profesionales, las entidades profesionales primarias y diversas instituciones académicas y entre otras organizaciones de la sociedad civil.

Como producto de las alianzas establecidas en torno a las interfases provinciales, se produjeron reglas formales e informales que redundaron en un aumento de los recursos materiales, simbólicos (legitimidad técnica y política frente a los actores de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil) y sociales manejados por el SPS. Gracias a las alianzas, el Seguro aumentó sus recursos financieros y su red de prestadores, obtuvo un padrón de beneficiarios, logró conformar una oferta de consultorios potenciales para el desempeño de los prestadores del SPS y consolidó una red de aliados para la implementación del Seguro a nivel local. Las alianzas que construyó el Seguro le permitieron convertirse, en el período analizado, en una agencia, aunque dependiente del ministro de salud, con perspectivas de sustentabilidad para el programa (ley del Seguro) y el equipo técnico de gestión provincial (delegación de la representación de la Unidad Ejecutiva Provincial, en el líder del equipo de gestión provincial).

Si bien la gobernanza del SPS en las interfases provinciales produjo un escenario propicio para que el componente infantil pudiera alcanzar un fuerte desarrollo en un período limitado, al mismo tiempo profundizó la tensión entre el SPS y otras agencias dentro de la estructura del Ministerio de Salud, con fuerte competencia sobre los recursos financieros, simbólicos y sociales manejados por el SPS. Dicho enfrentamiento se explica por la complejidad de la economía política, la cual abarca tanto la tensión en torno a una puja distributiva de recursos económicos (Benson, 1975), como la competencia política construida en torno a visiones contrapuestas en cuanto a la orientación de la reforma y a lealtades políticas divergentes³. Como resultado de esta puja se producen limitaciones al momento de acordar las normas de articulación entre el primer nivel de atención y los hospitales provinciales dependientes de las regiones sanitarias.

La construcción de redes verticales y horizontales en la estructura del Estado y las vinculaciones con la sociedad civil, producto de la gobernanza de las interfases provinciales, favorecieron el ingreso del Seguro en los escenarios municipales. Si bien la primera opción como puerta de ingreso al municipio era la Secretaría de Salud, en caso de rechazo (ya sea por la influencia de la presencia de gobiernos municipales políticamente no afines al gobierno provincial, por otras condiciones de conflictividad políticas o ideológicas, o bien debido a visiones contrapuestas sobre APS) el SPS buscó introducirse a través de alianzas con otros actores locales (como entidades profesionales primarias o Secretarías de Acción Social). Dicha estrategia fue posible gracias a las redes construidas bajo las interfases provinciales. En la mayor parte de los municipios, la Secretaría de Salud terminaba integrándose e incluso liderando la implementación del SPS, como resultado de la presión o competencia establecida con las otras organizaciones locales.

³ Esta configuración ocurrida bajo un contexto de alta inestabilidad política, supuso una situación de extrema debilidad del equipo de gestión provincial del Seguro, la cual derivó en su remoción a fines del año 2007.

Gracias a las alianzas generadas a través de las interfases provinciales el equipo provincial del Seguro logró establecer una red de potenciales aliados a nivel local, lo cual facilitó su ingreso a numerosos municipios, aún sin el apoyo de las Secretarías de Salud. Sin embargo, el apoyo de las Secretarías de Salud resultaba esencial tanto para motorizar la puesta en marcha del Seguro (identificación de proveedores y disponibilidad de consultorios), como para el desarrollo del trabajo asistencial de los profesionales (ej. abastecimiento de medicamentos e insumos, posibilidades de trabajar con referencia y contrarreferencia con la red de servicios municipal, aspecto crucial para lograr cierta continuidad e integralidad del proceso de atención de los beneficiarios).

El modo que asumió la gobernanza de la interfase municipal fue clave para hacer viable el involucramiento de las Secretarías de Salud. La tensión que se estableció entre actores locales por el control de los recursos del SPS, motorizó a que las Secretarías de Salud encabezaran los equipos de gestión municipal, desplazando a otros actores, no obstante la falta de coincidencia política y la contraposición de visiones con el SPS. De este modo, mientras que la mayor parte de las Secretarías flexibilizaron su postura frente al ingreso del Seguro con la finalidad de apropiarse de los recursos ofrecidos, al mismo tiempo organizaban su implementación de modo tal que fuese funcional a sus objetivos políticos y su modelo de gestión y atención, no necesariamente coincidente con el impulsado por el Seguro. Este hecho se trasluce en los modelos de articulación de servicios referidos en la [Tabla 2](#). Como resultado, el Seguro logra un alto nivel de gobernabilidad sobre su implementación, aunque su gobernabilidad, en tanto modelo de reforma, se debilita.

En este marco es posible realizar distintas lecturas de la naturaleza de la gobernabilidad promovida por las condiciones de gobernanza del desarrollo e implementación del SPS. En ciertos escenarios, San Miguel por ejemplo, la gobernanza favorece la gobernabilidad del SPS, en tanto estrategia de reforma del modelo de atención municipal. Por otra parte, en seis de los ocho casos, la gobernanza favorece la gobernabilidad del SPS, en relación a la capacidad de implementación de un programa de cobertura de servicios de primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

La construcción de redes horizontales y verticales y el enraizamiento del SPS con otros actores externos al Ministerio de Salud, constituyó una estrategia fundamental para viabilizar el proceso de implementación local del SPS. Sin embargo, en un marco de fuerte fragmentación institucional y políticamente competitivo, la gobernanza de la implementación fortaleció la gobernabilidad del SPS, en tanto programa, limitando su gobernabilidad como estrategia de reforma del sistema municipal de servicios de salud. Asimismo, esta estrategia tensó una situación de mayor conflictividad con la estructura formal y funcional del Ministerio de Salud. Este hecho afectó la capacidad del equipo del SPS para superar la fragmentación y generar normas de integración entre sus servicios y los servicios municipales y provinciales de primer y segundo nivel de atención.

Mientras que la estrategia de enraizamiento fortaleció la implementación del SPS, en tanto programa de extensión de cobertura del primer nivel de atención, también atentó contra su sustentabilidad, como equipo de cambio.

A través de este trabajo es posible reconocer la complejidad del proceso de implementación de una política de extensión de la protección social en salud que busca modificar rasgos institucionales del sistema de salud y fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria provincial. En un contexto de múltiples organizaciones y esquemas de aseguramiento (con coberturas diferenciales), las iniciativas de programas de seguros públicos focalizados atraviesan el dilema y el riesgo de lograr mejoras sobre las condiciones de accesibilidad para su población-objetivo, y generar mayor fragmentación y segmentación del sistema de salud.

El foco en el análisis de la gobernanza del proceso de implementación del SPS, ha permitido identificar aquellos aspectos críticos de una estrategia de reforma del sistema de salud. La evaluación de las interfases sociales involucradas en el proceso de implementación del SPS, ha facilitado el reconocimiento de la complejidad de sus implicancias y su relevancia como un factor condicionante de la conflictiva construcción de estrategias de protección social en salud en Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

Báscolo, E. (Comp.). (2004). *Los Seguros Públicos de Salud como estrategia de reforma del Sector Público en la Argentina. Seguro Público de Salud. Aportes para un debate abierto*. Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte.

Báscolo, E. y Sánchez, A. (2001). Reformas en el sector público: ¿es necesario introducir condiciones de competencia para el desarrollo de un modelo de mercado interno? *Gestión en Salud*, 1, 90-97.

Báscolo, E. y Yavich, N. (2009). Governance and the Effectiveness of the Buenos Aires Public Health Insurance Implementation Process. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2), 91-102.

Belmartino, S., Bloch, C., Báscolo, E. (2003). *La reforma de la atención médica en escenarios locales*. Buenos Aires: S. E.

Benson, J. (1975). The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20(2), 229-249.

Bossert, T. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*, 47(10), 513-527.

Burris, S; Drahos, P. y Shearing, C. (2005). Nodal Governance. *Australian Journal of Legal Philosophy*, 30, 30-58.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. *Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. CEPAL. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/13041/SALUDEQYREF.pdf>

Cetrángolo, O., Lima L. y San Martín, M. (2007). *Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un Sistema descentralizado*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Evans, P. (1996). El Estado como problema y como solución. *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales*, 35(140), 529-62.

González-Rossetti, A. y Bossert, T. (2000). Orientaciones para mejorar la factibilidad política de la reforma en salud en Latinoamérica. *Health Sector Reform Initiative*, 14.

Hufty, M., Báscolo, E. y Bazzani, R. (2006). Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. *Cad. Saúde Pública*, 22, 35-45.

Kooiman, J. (1993). *Modern Governance: New Government-Society Interactions*. London: Sage.

Levcovitz, E. y Acuña, C. (2003). Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 2, 10-32.

Londoño, J. y Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *Documento de Trabajo*, 353. Washington DC.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Long, N. (1999). *The multiple optic of interface analysis*. Wageningen University, The Netherlands: UNESCO.

Meier, K. J., O'Toole, L. y Crotly, S. (2004). Multilevel Governance and Organizational Performance: Investigating the Political-Bureaucratic Labyrinth. *Journal of Policy Analysis and Management*, 23(1), 31-47.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA) (2000). *Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires*.

Navarro Gómez, C. (2002). *Gobernanza en el ámbito local*. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Portugal, Lisboa.

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud/USAID (2009). Función Rectora de la autoridad sanitaria nacional. *Edición Especial*, 17.

O'Toole, L. (2000). Research on Policy Implementation: Assessment and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 263-88.

Prakash, A. y Hart J. H. (1999). *Globalization and Governance: An Introduction*. In *Globalization and Governance*. Londres: Routledge.

Rodríguez, R., Rodríguez, C., Langley, A., Béland, F. y Denis, J.L. (2007). Governance, Power and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society*, 39(2), 150-93.

Sarghini, J. (2002). Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público en la provincia de Buenos Aires. *Cuaderno de Economía*, 63. Argentina: Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Scharpf, F. (1997). *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Boulder: Westview Press.

Schofield, J. (2000). *Implementing public policy: Learning from each other*. Paper presented at ESRC seminar on Learning, Knowledge and Capacity in Policy Implementation. Birmingham, UK: Aston Business School University.

Seguro Público de Salud (SPS) (2003a). *Manual del Médico de Cabecera*. Argentina: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

_____. (2003b). *Resumen de Gestión*. Argentina: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

_____. (2006). *Informe de Gestión 2005*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Strom, K. y Müller, W. (marzo 26-31, 1999). *Coalition Governance Institutions in Parliamentary Democracies*. Ponencia presentada en el Workshop 13 'Designing Institutions' en los Grupos de Trabajo conjunto del ECPR. Alemania, Mannheim.

Touati, N., et al. (2007). Governance, Health Policy Implementation and the Added Value of Regionalization. *Healthcare Policy*, 2(3), 96-113.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Segunda edición. Thousand Oaks: Sage.

Zeballos, J.L. (2003). *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Zurbriggen, C. (2006). El Institucionalismo centrado en los actores: Una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. *Revista de Ciencia Política*, 26(1), 67-83.

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y DESIGUALDAD TERRITORIAL: EL CONTEXTO DE LA AMAZONIA LEGAL BRASILEÑA

Ana Luiza d'Ávila Viana, Cristiani Vieira Machado, Luiza Sterman Heimann, Luciana Dias de Lima, Fabíola Lana Iozzi, Mariana Vercesi de Albuquerque¹

INTRODUCCIÓN

La creación del Sistema Único de Salud (SUS) por la Constitución brasileña de 1988, basado en el principio de universalidad y en el enfoque global de la Seguridad Social (SS), marcó un punto de inflexión importante en la trayectoria histórica de la protección social en salud en Brasil.

A pesar de los avances concretos en términos político-institucionales y de la expansión del acceso de la población a las acciones y servicios de salud, el sistema de salud brasileño, a dos décadas de la Constitución, todavía presenta problemas serios, incoherentes con los preceptos de la Seguridad Social y del SUS.

La evidencia de estas distorsiones es la persistencia de graves desigualdades en salud, registradas bajo varias perspectivas de análisis –del gasto social, del acceso a los servicios, de los resultados sanitarios, entre otros–, lo que requiere la consideración de los factores histórico-estructurales y coyunturales que influyen en la situación actual de la política pública de salud en el país, muchos de los cuales exceden los límites sectoriales. Eso significa que las desigualdades de la universalización de la salud reflejan la desigualdad inherente a los usos del territorio brasileño.

¹ La investigación que fundamenta gran parte del trabajo que aquí se presenta contó con la participación de: *Maria Helena Magalhães de Mendonça*: Doctora en Salud Colectiva de la Universidad del Estado de Río de Janeiro e investigadora titular de la Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro. *Tatiana Vargas de Faria Baptista*: Doctora en Salud Colectiva de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, profesora investigadora de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro. *Pablo Ibañez*: Doctor en Geografía Humana de la Universidad de São Paulo. *Samuel Frederico*: Doctor en Geografía Humana de la Universidad de São Paulo y profesor adjunto de la Universidad Federal de Alfenas, Minas Gerais. *Virna Carvalho David*: Estudiante de Maestría en Geografía Humana de la Universidad de São Paulo.

La formación socioespacial brasileña pasó, a lo largo de su historia, por diferentes períodos de modernización: –urbanización, expansión del agronegocio, creación de grandes redes de circulación y comunicación, crecimiento del mercado interno, internacionalización de la economía, y avances en el sistema de protección social–, cuyos vectores crearon grandes diferencias regionales de usos del territorio (Santos y Silveira, 2001). Estas modernizaciones, entre tanto, dejaron como herencia una profunda desigualdad en el territorio, expresada por: la extrema concentración de población, de renta, de tecnología y de información; la gran deficiencia de infraestructuras; la dificultad del acceso a servicios básicos para el bienestar de los ciudadanos como educación, salud y vivienda; la centralización del poder político y económico que dirige los proyectos de modernización; la urbanización desigual, con graves disparidades en la calidad de vida de la población; los enormes y constantes flujos de migración interna en función de nuevas oportunidades laborales; y proyectos de modernización abandonados. Actualmente, la dinámica territorial presenta un complejo abanico de situaciones que van desde los usos más “luminosos”, es decir, relacionados con los vectores contemporáneos de la modernización, hasta los más “opacos”, ambos como resultado de la combinación entre características estructurales y coyunturales de la formación socio-espacial brasileña. Es en este contexto que las políticas de protección social en salud buscan hacer efectiva la implantación del SUS.

Los sistemas universales de protección social en salud históricamente se pensaron e implementaron en países con poca desigualdad. En este sentido, Brasil es un caso particular ya que presenta un sistema de salud universal en un territorio marcado por las desigualdades sociales a lo largo de su historia.

El movimiento de valorización y desvalorización de los lugares, como consecuencia de lógicas económicas de modernización de los usos, provoca una cierta inestabilidad del proceso de consolidación del sistema de protección social en salud, siendo la región de la Amazonia brasileña la más afectada en términos de fragilidad de la implementación del SUS.

Esta región se caracteriza por la extrema desigualdad socio-espacial, resultado de procesos históricos de modernización selectiva del territorio que, actualmente, representan un gran desafío para las políticas universales de salud. Se destacan la precaria infraestructura urbana, la escasa red de saneamiento básico y las dificultades estructurales de funcionamiento del SUS, teniendo en cuenta la falta de profesionales de la salud, de recursos financieros, de servicios de salud (principalmente de alta complejidad) y de escuelas médicas, entre otras.

Brasil, por lo tanto, tiene un doble desafío: 1) Hacer efectivo su sistema de protección social en salud; y 2) Producir teorías y métodos que mejoren la comprensión sobre cómo la desigualdad socio-espacial implica desafíos para hacer efectivo el sistema, y que, al mismo tiempo, se enfrenten a estos desafíos considerando dichas desigualdades.

El presente capítulo expone algunas consideraciones sobre los aspectos históricos y teóricos de la protección social en salud; trayectoria, características estructurales y desafíos actuales del sistema de protección social en salud de Brasil; así como la universalización de la salud en un contexto de gran desigualdad territorial. Presenta los principales resultados de la investigación² sobre la realización del *Plano de Saúde para la Amazônia Legal* (Plan de Salud para la Amazonia Legal) elaborado por el Gobierno Lula (Brasil, 2003; 2004a), considerando las situaciones geográficas de la región y las dificultades para construir políticas basadas en los diferentes usos del territorio. Concluye con

algunas notas sobre el futuro como contribución a una nueva política regional de salud en Brasil.

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD: ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS

Los sistemas modernos de protección social en el siglo XX surgieron para minimizar las diferencias sociales creadas por el libre funcionamiento del mercado, especialmente las diferencias de salarios, renta y consumo, que son siempre reajustadas por las distintas etapas de funcionamiento de los mercados y causa de la producción de desigualdades (los mercados autorregulados, como afirmó Polanyi, 1980), lo que se ve con claridad en este momento de agotamiento de un determinado patrón de crecimiento económico. Como es sabido, la dinámica capitalista produce de forma simultánea dos procesos de diferente naturaleza: el de la homogenización social cuya base es el asalaramiento de las masas, y el de la reiteración de la heterogeneidad cuando el mercado promueve la producción de diferencias sociales.

2 Desarrollada gracias al trabajo de tres instituciones de investigación brasileñas: Facultad de Medicina – Universidad de São Paulo; Escuela Nacional de Salud Pública – Fundación Oswaldo Cruz; e Instituto de la Salud – Secretaría de Estado de Salud de São Paulo, junto con el Ministerio de la Salud. Fue financiada por una iniciativa conjunta del International Development Research Centre (IDRC) de Canadá y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de la AcademyHealth, como parte del Programa de Investigación “Building and Bridging Health Services Research and Health Policy in the Americas: Extention of Social Protection in Health” y cofinanciada por el mismo Ministerio de la Salud.

La forma creada para proteger a los ciudadanos de estos movimientos de producción de desigualdades y de inseguridad social fue la asunción por parte del Estado, principalmente después de la Segunda Guerra Mundial, del financiación y provisión de una gran cantidad de bienes y servicios a los que los ciudadanos no podrían acceder sólo a través de la renta obtenida por el trabajo, o cuando sin trabajo necesitasen de esos bienes, como en el caso de salud.

Este movimiento de creación de estructuras y subsistemas de protección social que actúan de forma conjunta y sinérgica fue la gran conquista del siglo XX, cuando se logró que lo social y lo económico se conjugaran a favor de una mayor igualdad e integración social, a fin de neutralizar los riesgos sociales creados por los procesos acelerados de industrialización–urbanización, y los derivados del ciclo económico en varios períodos del siglo pasado.

Como afirmaron varios autores, y ahora con mayor énfasis, ya no se necesita insistir en el carácter destructivo de la forma mercantil de la diferenciación social, pues en ella se arraigan serios riesgos que descomponen el entramado social y amenazan la cohesión de la sociedad. La gran novedad en la posguerra fue haber impuesto un particular mecanismo de freno a la fuerza bruta de la desigualdad producida socialmente por el mercado, a través del sistema de derechos y políticas sociales.

La política de salud se inserta fuertemente en este movimiento de substraer de la órbita mercantil el acceso a los bienes y servicios de salud, cuando la responsabilidad por la salud de una determinada población pasa a ser responsabilidad de todos, colectiva, y un derecho de los ciudadanos. De esta forma, la protección social pasa a regirse por leyes creadas fuera del ámbito puro y simple del mercado, por la extensión y profundidad alcanzada por el sistema de políticas sociales que integran el Estado Social/*Welfare State*.

Solo así se puede garantizar, tanto a los que están incluidos en la condición salarial como a los que son relegados de ella de forma recurrente, el derecho al mantenimiento de las condiciones básicas de vida y, por eso mismo, la protección social y el sistema de políticas y derechos sociales creados en ella, son la propia regulación social del capitalismo avanzado (Draibe, 1997).

Es importante resaltar que la protección social no siempre consigue eliminar la pobreza e instaurar la igualdad plena, porque la pobreza se repondrá o empeorará en los diferentes momentos del ciclo económico cuando esos procesos sean totalmente autorregulados. En el correr del siglo XX, se crearon diferentes sistemas de protección social, algunos primero que otros, unos más extensos e integrados, como los de Europa del Norte frente a los del Sur, y en nuestro continente, a pesar de haber sido creados muy tardíamente, con fuertes distorsiones, alto grado de fragmentación institucional y bajo poder de participación y regulación social.

Sin embargo, fue a partir de la Segunda Guerra Mundial que muchos países comenzaron a desarrollar sus sistemas de protección, con modelos más o menos amplios: Europa continental adoptó el modelo corporativo-meritocrático y Europa del Norte, el modelo universal. Los llamados Estados de Bienestar Social o *Welfare State* tuvieron treinta años gloriosos de expansión (1945-1975), acompañados por un efectivo desarrollo de los sistemas de salud. Si en esos primeros años el punto de destaque de los estudios de la política social reflejaba la intención de comprender el fenómeno de los Estados de Bienestar, a partir de mediados de los años setenta hay una inflexión frente al contexto de crisis económica, lo que hace emerger la preocupación por la sustentabilidad política y económica del propio *Welfare*.

La crisis de los sistemas de protección social en las décadas de los setenta y ochenta indujo a un proceso de discusión de los modelos adoptados, generando propuestas para la reforma de los sistemas. La agenda principal del debate pasó a ser el ajuste fiscal, la globalización de los mercados y la política para contención de los costos.

El sector salud comenzó a ser entendido dentro del modelo proteccionista como el área gastadora e ineficiente en la gestión de los recursos. El hecho es que durante la segunda mitad del siglo XX los sistemas de salud se tornaron cada vez más complejos en un contexto de transformaciones en los perfiles de salud y enfermedad, de cambios de la población, y de creciente incorporación tecnológica (transición epidemiológica, demográfica y revolución tecnológica). En las tres últimas décadas del siglo, el sector salud pasó a ocupar un rol destacado en la economía de los países, generando empleo, demandando inversiones, y movilizandando gran parte de los recursos de los Estados. En el contexto de la política proteccionista, el sector salud se configuraba como un área crítica, tanto por su vertiginosa expansión en el período como por la perspectiva de mantenimiento de ese patrón de crecimiento en los años subsiguientes.

Sin embargo, en la década de los ochenta la crítica al gasto en salud fue asociada a la discusión sobre el uso ineficiente de los recursos y la inequidad del acceso y calidad de los servicios de salud. En dicho período las propuestas de reforma de los sistemas de salud ganaron difusión en los diversos países, con la entrada del Banco Mundial al debate de la salud. Hasta entonces la OMS (creada en 1946 con el objetivo de constituir una única institución intergubernamental orientadora de la política de salud para los países) ejercía el liderazgo en el debate de la política de salud, contribuyendo con los Estados-miembros en el desarrollo de normas prácticas para los sistemas nacionales de salud³.

Mientras los países desarrollados discutían la crisis del sistema proteccionista y alternativas de reforma, con una clara resistencia a las propuestas de apertura y modificación estructural de sus modelos, el resto de los países del mundo iniciaba sus procesos de construcción de los sistemas de protección y salud. La difusión de ideas reformistas y el diagnóstico de baja sustentabilidad económica de los Estados de Bienestar surgieron como un freno a la construcción de nuevos sistemas protectores en los países en desarrollo.

Recientemente, Freeman y Moran (2000) observan que la especificidad de la política de salud debe ser considerada cuando se analizan las reformas en los países y su desarrollo futuro. Los autores destacan que existen por lo menos tres dimensiones en la configuración de los sistemas de salud de los modelos proteccionistas, que actúan como fuerzas resistentes a los procesos de reforma: la dimensión económico-industrial, la dimensión política y la dimensión de protección social. Estas dimensiones reflejan la importancia de la salud en el contexto de los sistemas de protección social e incluyen importantes aspectos de sustentación de los modelos ante el proceso de reforma de los sistemas de salud que comenzó en los años setenta.

³ En la década del setenta, la OMS ejerció un importante papel en la orientación de la política con la realización de la Conferencia de Alma-Ata en 1978 y el lanzamiento del proyecto “Salud Para Todos en el año 2000”, divulgando la propuesta de Atención Primaria en Salud (Matta, 2005).

Por otro lado, la identificación de estas dimensiones permite visualizar la susceptibilidad de los países que inician sus modelos de protección, porque las dimensiones de sus propios sistemas son vulnerables. En la dimensión de la protección social hay un camino que recorrer en lo que se refiere al reconocimiento de los derechos de ciudadanía; en la dimensión política hay un proceso de maduración institucional de los diferentes agentes y actores que transitan en el proceso político; en la dimensión económica hay una fragilidad de la industria de base y de la comprensión del rol de lo complejo de la salud en el modelo de desarrollo.

Esas son las cuestiones que se plantean en todos los modelos de protección social en salud y sus respuestas se diferenciarán según los modelos creados y las especificidades de cada momento histórico.

El modelo de protección social de América Latina estuvo basado en el uso formal, garantizando dos tipos básicos de beneficios: asistencia en salud individual y curativa, y jubilaciones, pensiones y beneficios relacionados a los accidentes laborales. Este modelo de seguro social, creado a mitad del siglo XX, que comenzó con algunas categorías ocupacionales como las de los militares y profesores, se expandió fuertemente con el crecimiento económico del período post-1930 hasta mediados de los años 70-, con características fuertemente proteccionistas y poco redistributivas, pues siempre mantuvo la posición de la sociedad salarial. La redistribución de recursos entre los estratos de la población y la movilidad social se dieron en ese período, no tanto por la política social sino por las políticas económicas de expansión de empleo, redistribución de las ganancias de productividad y tributación más progresiva, teniendo en cuenta su fuerte nexo con el mercado formal de trabajo, en el sentido de definir quién será protegido y de determinar los niveles de sustentabilidad y disponibilidad financiera del seguro social.

Con la crisis de finales de los años setenta, que se extendió hasta mediados de los noventa, hubo un desfinanciamiento del modelo de seguro social, con énfasis en la crisis de la previsión social, y de la salud en el centro de la previsión, cuando los recursos escasearon y colapsó la forma de contratación para la prestación de servicios, por la dificultad de mantener los márgenes de rentabilidad de los proveedores privados que son la mayoría en el caso de la salud.

La cuestión de los modelos universales no se aplicó en América Latina y recién en 1980 surgió esa idea en la agenda de Brasil, por tratarse de una coyuntura muy especial de redemocratización y de crisis y cuestionamiento del viejo modelo de protección social en salud.

EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN BRASIL

Es bien conocido que el sistema de protección social brasileño, *grosso modo*, está estructurado sobre bases diseñadas por autores clásicos que analizaron los *Welfare States* de los países avanzados, como *corporativos* (en la tipología de Esping-Andersen, 1990) o *meritocrático-particularistas* (en la tipología de Titmuss, 2004)⁴. Tales modelos parten de la premisa de que cada persona debe intentar resolver sus necesidades, a partir de su inserción en el mundo laboral. Las acciones de protección son en su mayoría estructuradas en función de las categorías profesionales, entre las cuales varían los objetivos y el alcance de los derechos o beneficios sociales disponibles. La política social tiene un carácter complementario a las instituciones económicas, corrigiendo eventualmente la acción del mercado.

En el caso brasileño, a partir de 1930⁵, la intervención estatal en la economía aumentó, y a este aumentó correspondió también una mayor intervención estatal en el área social, bajo un modelo específico. Para muchos analistas, el primer gobierno Vargas (1930-1945) constituye un hito en la configuración de las políticas públicas de Brasil, porque estableció una estructura jurídica e institucional que modelaría las políticas sociales hasta el período más reciente. Aureliano y Draibe (1989) definen este momento como de “introducción” del sistema de protección social brasileño, resaltando su carácter delimitado en términos de áreas de la política y grupos beneficiados. La política social del

gobierno Vargas hizo énfasis en la reglamentación del mundo laboral, destacándose la legislación laboral y de la seguridad social, con la expansión de algunos derechos sociales a los integrantes de categorías profesionales del mercado de trabajo formal y urbano como estrategia para el proceso de desarrollo en curso.

4 Los diferentes autores utilizan diversos criterios para caracterizar los sistemas de protección social y proponer tipologías. Es importante mencionar que la caracterización de un sistema dado como meritocrático-particularista, por ejemplo, no significa que todas las políticas estén estructuradas en esa lógica, pudiendo existir políticas con un diseño más universal o residual.

5 Algunos autores resaltan como un marco importante en la historia de la protección social brasileña a la institución de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones, a partir de la Ley Eloy Chaves de 1923. Ver a propósito, Oliveira y Teixeira (1985).

Así se desarrollaron políticas diferenciadas de reconocimiento de los derechos, constituyéndose institucionalmente el modelo fragmentado de protección social. El patrón de incorporación de derechos sociales segmentado y desigual, en el ámbito de un determinado modelo de intervención estatal, centralizado y autoritario, se resume perfectamente con el concepto de “ciudadanía regulada” propuesto por Santos (1979). Aunque reconoce los avances operados en materia de legislación para la protección del trabajador, Araújo (2003) advierte una limitación importante del modelo varguista, que fue la creación de “varias categorías de brasileños” dejando de lado muchos grupos, sin tocar siquiera la cuestión de la tierra y de los derechos rurales.

Para Aureliano y Draibe (1989), el sistema de protección social brasileño se habría expandido en las décadas subsiguientes, en términos de áreas de política y población beneficiaria, pero sin que sus características fundamentales hubiesen sido modificadas en los años ochenta. El movimiento de rediscusión sobre las políticas de salud que venía desarrollándose en el período democrático, a partir de 1945 y que culminó en una amplia discusión en la III Conferencia Nacional de salud de 1963, fue bruscamente interrumpido por el golpe militar de 1964 (Gerschman y Viana, 2005). Aunque con variaciones entre las políticas, Aureliano y Draibe (1989) señalan que entre 1964 y 1985 se produjo la consolidación institucional y reestructuración conservadora de aquel sistema de protección elaborado a partir de los años treinta, cuyas características serían coherentes con el modelo económico brasileño, conservador y socialmente excluyente.

Entre las características histórico-estructurales que confieren especificidad al sistema de protección social en Brasil se destacan: la extrema centralización política y financiera a nivel federal de las acciones sociales del gobierno; la fragmentación institucional; el principio de autofinanciamiento de la inversión social; el principio de la privatización; y la exclusión de la participación de la población en los procesos de decisión (Aureliano y Draibe, 1989).

El reconocimiento formal de la salud como derecho de la ciudadanía, incluida en una lógica comprensiva de la seguridad social, fue una conquista importante que en las décadas subsiguientes desencadenó una serie de transformaciones políticas, institucionales y organizativas en el sistema de salud brasileño.

Sin embargo, es importante señalar algunos desafíos actuales para la consolidación y fortalecimiento del sistema de salud brasileño.

Reorganización y fragmentación institucional

En la organización institucional hubo varias transformaciones relevantes sin que se superara la histórica fragmentación en la conducción nacional de la política de salud. Durante los veinte años de implementación del SUS, hubo transformaciones organizativas importantes en la conducción de la política, expresadas en dos movimientos simultáneos: la unificación horizontal del comando sobre la política nacional con vistas a la configuración de una autoridad sanitaria federal única; y la descentralización político-administrativa, con redistribución vertical del poder y fortalecimiento de miles de autoridades sanitarias en el país, representadas por las Secretarías Estatales y Municipios de Salud. Dichos movimientos fueron influenciados tanto por la agenda de la reforma sanitaria como por la agenda de reforma del Estado, de corte liberal, que fue hegemónica en la década de 1990.

De forma general, a partir del 2003, los cambios en la estructura del Ministerio de Salud contribuyeron a un diseño institucional que parece más adecuado al desarrollo de acciones en los diversos campos de atención a la salud, pero que no solucionó el problema de la fragmentación interna –que tiene raíces históricas antiguas–, los conflictos de poder, y la persistencia de estructuras obsoletas. De este modo, continúan sin ser enfrentados los problemas estructurales del SUS.

Expansión, estabilidad y descentralización en el financiamiento público

En el ámbito del financiamiento, los pequeños avances en términos de estabilidad no significaron un aumento sustancial en el aporte de recursos para el sector de la salud, tampoco la superación de las inmensas distorsiones del financiamiento sectorial que se relacionan con asuntos más generales del federalismo fiscal, y la persistencia de desigualdades en el gasto entre los ámbitos público y privado y entre diferentes regiones y localidades del país.

El financiamiento de la política de salud cambia radicalmente cuando emerge el SUS, ya que por primera vez el gasto público en salud pasa a ser financiado por impuestos de los tres niveles de gobierno y contribuciones sociales recaudadas por el nivel federal, y transferidas a los ministerios del área de seguridad social, reemplazando la contribución de empleados y empleadores.

El financiamiento del gasto público en salud, es decir, la operación del SUS, como está definido en la Constitución Federal de 1988, implica por un lado, el compromiso de las tres esferas del gobierno –federal, estatal y municipal– y por el otro, depende de las reglas de partición del Presupuesto de la Seguridad Social (OSS por su sigla en portugués) entre salud, previsión y asistencia social. Por lo tanto, establecer reglas claras de participación de cada esfera gubernamental y reglas justas y equilibradas de partición al interior del OSS, es vital para una mayor

eficiencia del modelo.

La primera norma fue definida sólo a comienzos del 2000, con la Enmienda Constitucional N. 29 (EC29) que estableció porcentajes mínimos (escalonados) sobre los ingresos recaudados para el gasto en salud de los estados y municipios, y un porcentaje de aumento para el gasto federal según las variaciones nominales del Producto Interno Bruto (PIB).

La segunda está hoy siendo definida, y es un objetivo y un elemento preferencial de la política fiscal (ya sea porque se usa para cubrir gastos corrientes de la Unión o porque es fuente de los fondos de estabilización). Esto porque es recurrente el uso de los recursos de la seguridad social para otros fines.

De esta forma, cuando se analiza la evolución del gasto social federal por área de actuación, se observa que la participación de los gastos en salud se mantiene casi constante, alrededor de un 14,1% del gasto total, en el período 1995-2005, conforme el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA por su sigla en portugués).

Como el gasto público en salud cuenta con recursos de estados y municipios, el aumento de la participación de esas esferas de gobierno fue lo que permitió incrementar el gasto público en los años noventa y en la primera década del siglo XXI. Datos del IPEA muestran que el promedio de participación de los recursos propios estatales y municipales en el financiamiento público de la salud en la década del ochenta fue de un 25%. En 1995, la participación ascendió a un 37,2%, y según los datos del Ministerio de Salud⁶, llegó a 51,5% en 2006. En el período entre 2000 y 2006 los gastos de los estados y municipios en acciones y servicios públicos de salud crecieron 60,3% (como porcentaje del PIB), también de acuerdo con el MS.

Se destaca que la reglamentación de la participación de las esferas gubernamentales en el gasto público en salud definida por la EC29⁷, aportó recursos adicionales, pero como los mismos están condicionados por la evolución de los ingresos públicos estatales, municipales y del crecimiento económico (los aportes federales se deberán corregir según la variación nominal del PIB), el gasto público en salud pasa a tener un carácter cíclico, es decir, acompaña el crecimiento económico y es muy variable en el territorio brasileño.

Los datos recientes indican justamente ese movimiento, cuando por cuenta del mayor desarrollo económico de los últimos años, hubo un aumento de los aportes de recursos de los niveles estadual y municipal para el gasto público en salud, pero con grandes diferenciaciones según las regiones, incluso dentro de los estados de la federación y por aporte de municipios.

La disponibilidad de recursos financieros (sean recursos propios o ingresos totales *per cápita*) es un elemento clave para explicar la variación en la oferta de servicios de salud en el territorio nacional. De igual modo, la literatura internacional también señala que el éxito del proceso de descentralización es altamente dependiente de la disponibilidad de fondos para el cumplimiento de las atribuciones y prioridades locales (PHRplus, 2004). Siendo así, las reglas que informan la disponibilidad de recursos a nivel local para el gasto en salud son condicionantes del proceso de descentralización. Como se sabe, éstas son definidas por las reglas que presiden la distribución de recursos entre las esferas del gobierno, es decir, el modelo de federalismo fiscal y los criterios que regulan las transferencias federales y estatales para la operacionalización del SUS (Lima, 2007).

⁶ Gastos en Acciones y Servicios Públicos de Salud financiados con recursos propios 2000-2006. Fuente: Ministerio de Salud-Secretaría Ejecutiva-Área de Economía de la Salud y Desarrollo-Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos en Salud (SIOPS por su sigla en portugués) (Gasto Estatal y Municipal); SPO/SE y Fondo Nacional de Salud - FNS (Gasto Federal).

⁷ Estados y municipios destinaron, a partir del 2000, por lo menos un 7% de los ingresos provenientes de impuestos y transferencias constitucionales al área de la salud y ese porcentaje ha crecido gradualmente hasta alcanzar un 12% para los estados y un 15% para los municipios.

Se resalta que tanto la implantación del SUS como el modelo de federalismo fiscal adoptado en Brasil son fenómenos interconectados en su origen, pues ambos se crearon en el momento de cambio del orden constitucional, es decir, son fruto de la Constitución Federal de 1988.

A su vez, el caso de descentralización brasileño presenta innumerables particularidades derivadas del modelo de federalismo fiscal adoptado en la Constitución Federal de 1988, de la herencia del modelo anterior de federalismo fiscal (partidas definidas por la reforma tributaria de 1966-67) y, finalmente, del perfil de formación del producto-renta en el territorio nacional. De este modo, según los estudiosos del federalismo fiscal, Brasil se destaca por:

1. La fuerte descentralización de las competencias tributarias, ya que la competencia del principal impuesto sobre consumo (ICMS estatal) se atribuye al nivel intermedio.
2. Una gran disparidad interregional (las regiones más pobres tienen una recaudación *per cápita* tres veces menor que las regiones más ricas).
3. La gran autonomía de los gobiernos subnacionales.

De un lado, la descentralización efectuada en la Constitución Federal de 1988 no estuvo acompañada por una descentralización planeada de responsabilidades (es bueno recordar que el nivel municipal asumió innumerables cargas fiscales a lo largo del proceso de descentralización). Por otro, privilegió a la esfera municipal, pues fue ese el nivel de gobierno que tuvo participación en la capacidad de gasto efectivamente ampliado en las dos últimas décadas. Según Prado, et al. (2003), es por ese motivo que la descentralización de la carga fiscal derivada también tomó ese rumbo, lo que los autores denominan Ley Fiscal de Say, es decir, que los ingresos tienden a generar su

propio gasto. Y, finalmente, en palabras de estos mismos autores, mantuvo a los gobiernos estatales en la misma situación de veinte años atrás cuando se compara con la situación actual, tanto desde el punto de vista de las responsabilidades como de la disponibilidad bruta de recursos después de las transferencias intergubernamentales.

Los cambios introducidos en la Constitución Federal de 1988 modificaron la ecuación de distribución de recursos en favor de los estados y, especialmente, de los municipios, obligando a la Unión a utilizar impuestos y contribuciones sociales (principal fuente de financiamiento en salud) no compartidos con los estados y municipios para financiar sus gastos. Lo que, según Rezende y Oliveira (2003), llevó a la práctica un proceso desordenado de descentralización de las responsabilidades, sin establecer reglas claras de cooperación financiera de esas esferas, factor indispensable para garantizar la sostenibilidad financiera de políticas públicas en las áreas de salud, educación e infraestructura urbana (Rezende y Oliveira, 2003).

Se resalta que sólo después de la edición de la EC-29 el financiamiento en salud pasó a ser definido por la norma, sin embargo, ésta se basa en la disponibilidad neta de recursos de cada ente gubernamental. Eso evidencia que la oferta de servicios y acciones depende en gran medida de la venta de recursos propios por cada ente gubernamental, es decir, de la base económica existente, y de las transferencias de los niveles federal, estadual y sectorial, por lo tanto, esta disponibilidad es bastante diversa en el territorio nacional.

Hasta 1998, es válida la afirmación de que las reglas de distribución de los recursos del SUS para estados y municipios, al ser definidas por el criterio de producción de servicios (oferta) –a pesar de haber sido introducida, en 1996, una nueva modalidad basada en el criterio poblacional (Piso de Atención Básica – PAB), aunque todavía incipiente en ese período si se compara con el volumen de recursos destinado a la financiación de la prestación– impedían que el carácter redistributivo se hiciera efectivo, pues eran las regiones más desarrolladas las que elaboraban más procedimientos y, por lo tanto, las que más recibían. Actualmente, por causa de las transferencias previstas por el PAB (fijo, ampliado y variable) y por otro tipo de transferencias para los Fondos Estatales de Salud, así como de las enmiendas parlamentarias, es creciente la participación de las regiones Noreste y Norte en las transferencias totales del SUS.

Este perfil de redistribución de recursos para el financiamiento del gasto público en salud (por las reglas de asignación del modelo de federalismo fiscal y sectorial interno al SUS) impuso un patrón de oferta de servicios muy diferenciado en el territorio nacional, y hoy es un obstáculo creciente para la construcción de políticas regionales dentro del sistema. Ese perfil de financiamiento del área de la salud, es uno de los aspectos más paradójicos del desempeño del sistema público de salud, pues al posibilitar la implantación descentralizada de las acciones de salud, impide la construcción de instrumentos que ayuden a disminuir los cuadros de desigualdad regional y de inequidad en la oferta y en el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, este modelo de federalismo fiscal propició una creciente relación directa entre la Unión y los municipios, lo que provocó el agotamiento de la capacidad de los gobiernos estatales para coordinar las actividades intermunicipales y amplió la posibilidad de conflicto en las relaciones intergubernamentales.

Desde el punto de vista del financiamiento interno del SUS, también indujo a un predominio de relaciones bilaterales (federal–municipios, estatal–federal, estatal–municipios) y a la resistencia a la creación de espacios de relación, articulación y negociación multilaterales. El ejemplo son las dificultades para crear una política regional al interior del SUS como consecuencia del hecho que, la creación de espacios regionales implica necesariamente el establecimiento de articulaciones y negociaciones multilaterales.

Con ello se mantuvo una característica fuerte del modelo anterior: la alta centralización de recursos y una rígida división intergubernamental, escenario poco favorable para un proceso real de descentralización, para el establecimiento de un nuevo tipo de relación entre esferas del gobierno, entre lo público y lo privado, y para una mayor cooperación entre políticas sectoriales.

Convivencia y tensiones entre lo público y lo privado en la salud

En lo que se refiere a las relaciones público–privadas, las contradicciones son aún más evidentes toda vez que paralelo a la expansión de un sistema público solido, se observa la consolidación de mercados privados en salud dinámicos y fuertes, incentivados por el Estado, con la persistencia de inequidades que chocan con la noción de salud como derecho de ciudadanía.

En las últimas dos décadas de implantación del SUS, hubo transformaciones importantes en las relaciones público–privadas, que no llegaron a modificar una característica histórico-estructural marcada del sistema de salud brasileño: la fuerte presencia del sector privado, promovida y apoyada por el Estado, con imbricadas –incluso hasta perversas– relaciones entre lo público y lo privado que continuaron perpetuando las desigualdades sociales.

Las relaciones público–privadas en salud pueden analizarse bajo diversas perspectivas. Se presentan aquí algunas consideraciones relativas a la composición público–privada del gasto en salud; al *mix* público–privado en la oferta de servicios directamente financiados por el Estado; al segmento de la asistencia médica suplementaria; y a las nuevas relaciones entre lo público y privado, expresadas en los cambios producidos en los modelos de gestión de servicios de salud.

Veinte años después de la Constitución, los gastos privados en Brasil continúan representando un peso importante en la composición del gasto sectorial, y en términos *per cápita*, los gastos privados son muy superiores a los gastos públicos, lo que no concuerda con el modelo universal representado por el SUS y refleja problemas estructurales del *mix* público–privado en el país. Aunque algunas estimativas realizadas por expertos sugieran que en Brasil más de la mitad de los gastos son de origen privado, o sea, desembolsados por empresas o familias⁸, vale la pena resaltar que el Estado subsidia parte de esos gastos mediante renuncia fiscal y otros mecanismos.

En el ámbito de oferta de servicios, en el período de implantación del SUS hubo una expansión importante de la cantidad de servicios

públicos, principalmente a costa del aumento de servicios municipales de carácter ambulatorio, con un menor aumento de hospitales públicos municipales. La oferta de servicios privados sin internación –consultorios, clínicas y principalmente servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico– también ha aumentado de forma significativa, no obstante cierta reducción del número de establecimientos hospitalarios y de cuartos privados en el país entre 1992 y 2005 (IBGE, 2005). El Estado contrata y paga una parte significativa de esos servicios privados para atender a la población, mientras que la prestación de servicios hospitalarios en el SUS todavía es predominantemente privada. Muchos de los servicios privados contratados por el Estado también prestan servicios a operadoras de seguros de salud que tienen planes propios (por ejemplo, las Santas Casas) y se financian por aportes directos de los usuarios.

8 Según datos de la Investigación de Presupuestos Familiares (POF-IBGE), el gasto por familia con asistencia a la salud en Brasil representaba en 2002-2003, un promedio del 5,35% del gasto de las familias brasileñas, encontrando dentro de los principales ítems a los medicamentos, planes de salud y tratamientos odontológicos, con una variación de cada ítem según la franja de ingresos.

Se destaca también la existencia de un segmento de asistencia médica suplementaria cuyos orígenes se remontan a los años sesenta y cuyo crecimiento fue significativo en las décadas del setenta y ochenta (Cordeiro, 1984; Bahia, 1999), el cual continúa presentando un dinamismo importante incluso después de haberse instituido el SUS. Datos recientes señalan la existencia de alrededor de 44,7 millones de beneficiarios de planes de salud en el país, de los cuales 36,9 millones tienen asistencia médica, lo que corresponde al 19,8% de la población brasileña (Albuquerque, et al. 2008). Según los autores, entre el 2000 y 2006 –período en que los datos sobre el segmento pasaron a ser más confiables– hubo un pequeño aumento de la cobertura poblacional estimada. La cobertura del segmento, sin embargo, es extremadamente variable entre los estados y municipios, y la mayor concentración de beneficiarios se encuentra en apenas el 30% de los municipios del país – en general los de mayor aporte de las regiones Sureste y Sur– que concentran un 70% de la población.

Los mismos autores señalan que, a pesar de la existencia de más de mil operadoras, gran parte de los beneficiarios se concentra en pocas operadoras. Dicho segmento es también sumamente diversificado en lo que se refiere a la naturaleza de los planes (colectivos la mayoría, o individuales), tipo de cobertura (ambulatoria u hospitalaria, con o sin obstetricia y cobertura odontológica), redes de servicios y beneficios disponibles (que varían de acuerdo con los “niveles” de los planes ofrecidos por las operadoras).

Algunos estudios sugieren que los beneficiarios de planes y seguros de salud tienen un mayor acceso a los servicios que la población que no tiene plan, ya sea por la mayor disponibilidad de la oferta de algunos tipos de servicios y equipos en ese segmento, o por la cobertura duplicada que el segmento ofrece con relación al sistema público de salud (Santos, Ugá y Porto, 2008).

La reorganización institucional, los patrones de financiamiento, el tipo de federalismo fiscal y el *mix* público-privado son algunas cuestiones estructurales del proceso de constitución del sistema de protección social en salud en Brasil, que refuerzan los patrones de desigualdad del territorio brasileño: la dificultad de acceso a los servicios de salud; el bajo financiamiento *per cápita*; la concentración regional de los recursos e inversiones en salud; y la descentralización de las políticas de salud disociada de la regionalización de la organización del sistema.

Las desigualdades generadas en el proceso de constitución del sistema de protección social en salud son de cierta forma un espejo de las desigualdades estructurales históricas y actuales que caracterizan a los propios usos del territorio brasileño. Eso significa que los desafíos de la universalización de la protección social en salud no son únicamente sectoriales sino también inherentes a la formación socio-espacial brasileña. Por lo tanto, el enfrentamiento de las desigualdades estructurales en salud no puede estar disociado de una comprensión más amplia sobre cómo se usa el territorio. De ahí la importancia de la formulación de políticas regionales para el fortalecimiento del SUS.

LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD EN UN CONTEXTO DE GRAN DESIGUALDAD TERRITORIAL⁹

El recorte regional es de fundamental importancia para las políticas públicas de salud, pues parte del reconocimiento de que los lugares y regiones ofrecen diferentes respuestas al proyecto de universalización de la salud en Brasil. Comprender esas respuestas permite la formulación de políticas públicas más coherentes y conectadas con la realidad de las dinámicas regionales.

Sin embargo, en Brasil no existe la tradición de formular políticas regionales de salud. La propia estrategia de la regionalización de la organización del sistema no acompañó la trayectoria de descentralización.

Desde que se instituyó el SUS en Brasil, la estrategia privilegiada para la implementación fue la de la descentralización, especialmente la responsabilidad de los municipios por la provisión de los servicios y por la organización de los sistemas municipales de salud. Sólo recientemente la estrategia de la regionalización aparece con fuerza en los documentos oficiales, y con ella, inicia un proceso más efectivo de diseño de instrumentos favorables a la creación de regiones de salud y de acuerdos intergubernamentales, estableciéndose relaciones más cooperativas y solidarias, para responder a las demandas crecientes de los ciudadanos por servicios de salud de mayor resolutivez y de mejor calidad.

9 Para un análisis más detallado ver: Viana, A., et al. (2009). *Proteção Social em Saúde no Brasil: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal*. En Viana, A., Ibañez, N., Elias, P. (Orgs.). Saúde, Desenvolvimento e Território. São Paulo: Hucitec.

El privilegio de la estrategia de descentralización se explica por el propio momento de constitución del SUS, cuando se identificó a la descentralización de recursos, competencias y responsabilidades para las esferas subnacionales en el discurso contra el régimen militar y el autoritarismo, con la ampliación de la democracia y una mayor eficiencia gubernamental (Almeida, 1995). Aquí, la ideología de la descentralización, lejos de representar un recurso para dismantelar el Estado o ser simplemente una pieza de la reforma del Estado en una

perspectiva liberal, sirvió para unificar el discurso de los diferentes actores políticos interesados en aumentar su participación en las instancias decisivas, principalmente gubernamentales, y en la recaudación de impuestos. A pesar de eso, la institución de un sistema nacional de salud, o sistema único, no es consecuencia del simple proceso de descentralización, pues como afirma Viana:

...lo relevante en el caso del sector salud no es sólo el proceso de descentralización, sino la intención de formación del sistema nacional de salud, lo que implica transformaciones importantes en el papel, en las funciones y en las competencias de los tres niveles de gobierno y produce, simultáneamente, un tipo específico de relación entre las esferas que promueve la integración, articulación y regionalización entre los servicios, instituciones y niveles de gobierno. (...) el sistema posee una materialidad física pues está compuesto de diferentes tipos de servicios, pertenecientes a diversas instituciones, de diferentes niveles de gobierno en un tipo específico de integración y articulación. El sistema está compuesto por las instancias de gobierno y sus servicios, organizados de forma integrada y complementaria, obedeciendo a una lógica espacial (Viana, 1994, p. 18).

Viana, en ese mismo trabajo, señala que las características de la instancia municipal en el federalismo brasileño –de gran autonomía– aumentan las tensiones entre el tipo de descentralización pretendido y la idea de sistema propuesta.

Trabajos recientes alertan que en los veinte años que siguieron a la promulgación de la Carta de 1988, las estructuras estatales y las relaciones intergubernamentales que se formaron en la democracia no siguieron exactamente las ideas descentralizadoras que inspiraron a los constituyentes.

El proceso creciente de centralización financiera del Estado, junto con el ejercicio continuo de regulación fiscal sobre los entes federales, y un papel decisivo en la formulación de políticas, produjeron una combinación de centralización estatal federal con políticas sectoriales descentralizadoras, que en el caso de la salud siempre dependieron de la inducción federal. Es importante recordar que la capacidad normativa del gobierno federal se afirmó sobre las esferas subnacionales en el proceso de ajuste fiscal y renegociación de las deudas de los Estados, y más fuertemente cuando se institucionalizó la Ley de Responsabilidad Fiscal, lo que produjo un debilitamiento de la esfera estatal con repercusiones sobre la capacidad de los Estados de formular políticas públicas de naturaleza más autónoma y de recorte supramunicipal.

Por eso mismo, es que desde el interior del gobierno federal emerge un nuevo ciclo de políticas que procura la regionalización. Este ciclo comienza en la década de 2000 con la promulgación de nuevas normas del Ministerio de Salud, y se fortalece en el 2006 con el lanzamiento del Pacto por la Salud, que escogió a la regionalización como uno de sus pilares fundamentales.

La regionalización de la salud está prevista desde la Constitución Federal de 1988 y también en la Ley Orgánica de la Salud de 1990. En esos dos documentos se hace referencia a la regionalización como un instrumento de la descentralización político-administrativa del SUS, y de la organización de las acciones y servicios de forma regionalizada y jerarquizada en el territorio. Entre tanto, la definición de región de salud surge en el 2001 con la Norma Operativa de Asistencia a la Salud (NOAS-SUS), cuyo principal objetivo era establecer de forma efectiva el proceso de regionalización del sistema. Luego de una serie de críticas contundentes sobre el peso excesivo del carácter normativo y técnico de la regionalización propuesta por la NOAS, el Ministerio de Salud lanzó el Pacto por la Salud, que trajo un nuevo concepto de región de salud, conocida como “región viva”, con el objetivo de avanzar en el proceso de regionalización de forma más coherente con la realidad de los diferentes lugares.

Incluso luego del Pacto, la concepción de regionalización preponderante en la política de salud todavía es la sectorial y está volcada a la organización de la red de servicios, sin implicar, necesariamente, la incorporación de la lógica regional y la articulación con otras esferas de la política pública. Tal concepción es uno de los factores que dificulta la formulación de políticas de carácter regional por parte del Ministerio de Salud. La falta de una visión que abarque la diversidad de las dinámicas regionales y de cómo estas condicionan las posibilidades de la universalización de la salud, dificulta la formulación de políticas de salud de carácter regional.

La conformación de la regionalización de la salud debe tener en cuenta la extrema heterogeneidad del territorio nacional y buscar la complementariedad entre las regiones y sus servicios.

Actualmente, uno de los principales desafíos para el desarrollo y fortalecimiento del SUS es, por lo tanto, pensar en la regionalización a partir de nuevos criterios y contenidos que muestren la realidad de Brasil y que no restrinjan las políticas, acuerdos y compromisos intergubernamentales en un único formato.

Una regionalización fundamentada en otra concepción teórica contribuiría a ampliar el debate sobre la relación entre salud y territorio, superando la visión estática, estadística y sectorial de dicha relación. De esa forma, una planificación territorial no significa una sumatoria de políticas sectoriales sino una articulación de políticas alrededor de un proyecto nacional fundamentado en el territorio usado: sus desigualdades y posibilidades.

POLÍTICA REGIONAL Y SITUACIONES GEOGRÁFICAS EN LA AMAZONIA LEGAL: FRAGILIDADES DEL SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD

Considerando las características del federalismo brasileño, la poca tradición de la política de salud en el enfrentamiento de la cuestión regional, las limitaciones de la regionalización en la trayectoria de la descentralización en salud, y las peculiaridades de la dinámica de la Amazonia Legal, puede decirse que la implantación de una política diferenciada para esa región representaría un proceso complejo y una innovación importante en el ámbito del SUS.

En el primer mandato del gobierno Lula se elaboró un plan federal específico para la Amazonia Legal: el Plan Amazonia Sustentable (PAS)

creado por los Ministerios de Integración Nacional y del Medio Ambiente, el cual no tenía a la salud en un lugar destacado, ni tampoco en sus áreas estratégicas. En consonancia con ese Plan, el Ministerio de Salud lanzó el Plan Salud Amazonia Legal (PSAL) que pasó a discutir ejes temáticos como: educación y trabajo en salud; salud indígena y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad; gestión descentralizada y participativa; atención a la salud; ciencia, tecnología e innovación y vigilancia en salud. Entre los objetivos más cercanos a las preocupaciones de la investigación se encontraban aquellos relacionados con un modelo de financiación relativo a las necesidades de la región, el refuerzo de una integración regional que permitiera una regionalización compatible con las especificidades locales, y dotación de áreas de servicio de alta complejidad para disminuir la dependencia de centros de referencia intra e interestatales.

Los desafíos a los cuales se enfrenta actualmente la concreción del SUS como un proyecto nacional, se intensifican en la Amazonia Legal debido a las cuestiones históricas heredadas y a las formas actuales de uso del territorio en la región. La interpretación de la compleja realidad y de las particularidades de la Amazonia Legal implica una reflexión sobre los factores originados por la racionalidad de la globalización, y sobre las formas de trabajo y vida que hay en la región. Frente a la variedad de situaciones existentes y a los procesos acelerados de cambios en las dinámicas de uso del territorio, los conceptos de *territorio usado* y de *situación geográfica* fueron los hilos conductores de la investigación.

Como planteó Milton Santos (1994; 1996), el *territorio usado* no es sinónimo de circunscripción política, es instancia social, construido por un conjunto indisoluble de sistemas técnicos y sistemas de acciones que se combinan de forma particular en cada lugar y región. Todos los agentes utilizan el territorio, pero con lógicas y dimensiones diferentes en función del alcance de sus acciones. El territorio está en permanente transformación según el sentido y la esencia de los eventos que acoge en cada lugar.

El concepto de *situación geográfica* fue revisado por Silveira (1999) y su entendimiento está asociado a la noción de evento:

La situación se originaría de un conjunto de fuerzas, es decir, de un conjunto de eventos que se han hecho geográficos porque se tornaron materialidad y norma. Cambia paralelamente el valor de los lugares porque cambia la situación, creando una nueva geografía. Así, a lo largo del tiempo, los eventos construyen situaciones geográficas que podrían ser demarcadas en períodos y analizadas en su coherencia. (...) Los participantes de la situación no tienen obligatoriamente intencionalidades coincidentes explícitas, pero sus actividades poseen un tema común que define la naturaleza de su esfuerzo (Silveira, 1999, p. 22-23).

El núcleo de la cuestión es que un conjunto de eventos expresados en materialidad, normas y acciones, modifica el valor de los lugares, alterando la situación. De esa forma, la situación geográfica resulta ser una contribución fundamental por tratarse de una categoría de análisis del territorio usado que considera las herencias de los procesos históricos y ayuda a comprender cuáles son las direcciones que orientan las dinámicas futuras de los lugares. Las situaciones geográficas refieren la forma como los lugares se insertan en el proceso de modernización actual, es decir, cómo las variables del período contemporáneo se concretan en cada lugar. Son por lo tanto, una tentativa de síntesis de la relación del lugar con el mundo.

La modernización de la región amazónica es selectiva e incompleta. Al mismo tiempo, los lugares modernizados son extremadamente especializados y volcados a la dinámica de división internacional del trabajo. Este dato es importante para comprender las grandes desigualdades socio-espaciales en el ámbito de la salud que se verifican en la Amazonia.

Eso exigió la caracterización de situaciones geográficas, teniendo en cuenta la identificación de los usos del territorio en la Amazonia y su impacto en las cuestiones relacionadas con la salud y la consolidación del propio SUS.

El proceso de modernización de la región está dado, fundamentalmente, por tres grandes tipos de uso: a) Explotación y exportación de *commodities* agrícolas y minerales de gran demanda por parte del mercado externo; b) Explotación y preservación de la biodiversidad forestal, relacionados con intereses nacionales e internacionales; c) Densificación y expansión de la urbanización, que conforma lo que Becker (2003) denominó *floresta urbanizada*. Es importante reconocer que dichos usos fueron incentivados y promovidos en gran parte por los programas federales de desarrollo e integración nacional de la región, desde la década de 1960 hasta nuestros días.

Estas dinámicas de modernización se *geografizan* de forma desigual en la región, configurando espacios luminosos y espacios opacos:

... llamaremos espacios luminosos a aquellos que acumulan más densidades técnicas e informaciones, siendo así más aptos para atraer actividades con mayor contenido en capital, tecnología y organización. Por oposición, los subespacios donde estas características están ausentes son los llamados espacios opacos. Entre estos dos extremos habría toda una gama de situaciones (Santos e Silveira, 2001, p. 264).

Los agentes que se benefician de los lugares luminosos son aquellos con mayor poder financiero y político, que actúan en el ámbito internacional y movilizan los mayores flujos de mercaderías, personas e inversiones pero, sobre todo, los mayores flujos de información.

A partir de la relación entre los tres grandes tipos de uso del territorio y las opacidades y luminosidades de la región amazónica, se identificaron seis situaciones geográficas (Cuadro 1).

Esta identificación contó también con la elaboración de una base de datos que integró principalmente documentos del Gobierno Federal e información social, económico-financiera y de salud de los municipios de la región, obtenida de las bases de datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y del Departamento de Informática del SUS (DATASUS). Además, la investigación realizó trabajo de campo en quince municipios contemplando los nueve estados de la región, con el objetivo de entrevistar gestores locales y otros agentes involucrados con la política de salud, y se hicieron entrevistas con gestores federales y estatales de salud. La recolección de los datos de las entrevistas, conformó una fuente de información sumamente rica e importante para identificar las situaciones geográficas.

CUADRO 1. SITUACIONES GEOGRÁFICAS IDENTIFICADAS EN LA AMAZONIA LEGAL BRASILEÑA

Situaciones geográficas	Municipios seleccionados por situación geográfica: Municipio/Estado
Usos corporativos del territorio	Sinop/MT Santarém/PA Marabá/PA Parauapebas/PA
Frontera de difusión de los usos corporativos del territorio	Boa Vista/RR Ariquemes/RO Palmas/TO
Usos conservacionistas	Tefé/AM Altamira/PA
Áreas de fronteras internacionales	Cruzeiro do Sul/AC
Metropolización	Belém/PA Manaus/AM
Espacios opacos	Sena Madureira/AC Macapá/AP Imperatriz/MA

Los desafíos para la universalización de la salud se intensifican y presentan diferentes pesos en cada situación. Las particularidades que caracterizan a la Amazonia Legal señalan la necesidad de algunas acciones generales y otras específicas, de modo de combinar una política regional con meso y micro políticas, definición de programas específicos y apoyo de las esferas estatales. En ese sentido, las situaciones geográficas contribuyen a dimensionar las posibilidades de enfrentamiento de los desafíos para la salud. Por ello el concepto de situación puede mostrar un camino provechoso para la formulación de políticas regionales de salud.

Basados en la caracterización de las seis situaciones geográficas en la Amazonia Legal buscamos identificar los principales desafíos para la salud relacionándolos de manera diferente con cada situación.

Metropolización

Existen apenas dos metrópolis en la Amazonia Legal: Manaus y Belém. Ellas albergan las herencias del proceso de urbanización brasileña y de los proyectos de desarrollo y modernización emprendidos en la región. Son lugares de gran densidad poblacional, de infraestructuras, servicios e industrias.

La concentración de densidades técnicas, científicas y poblacionales favorece la diversificación y concentración de los servicios de salud en esas metrópolis que son centros de referencia en la Amazonia Legal para la producción científica, la formación de profesionales de salud y la atención de mediana y alta complejidad. La rareza y precariedad de estos servicios en el resto de la región genera una enorme demanda de población proveniente del interior y de otros Estados, facilitada por las redes de transporte que conectan a Manaus y Belém con el resto de los municipios.

Ambas ciudades albergan importantes instituciones como centros de investigación, ONG, instituciones financieras y hospitales. Son los principales nodos de fluidez en la región y representan el mercado urbano más desarrollado, segmentado, diversificado y jerarquizado de la región. Además son de importancia política frente a los nuevos proyectos federales y estatales para la Amazonia Legal.

El poder político de Manaus y Belém es importante para las decisiones de conducción de las políticas en la Región Norte. Sin embargo, las dos metrópolis sufren un intenso proceso de precarización de las condiciones de vida por el aumento de las desigualdades socio-espaciales, expresado por el crecimiento periférico y la degradación de las áreas comerciales más antiguas. Se transformaron en importantes polos regionales atrayendo un gran contingente poblacional en los diferentes períodos de desarrollo en la Amazonia, y todavía ejercen gran atracción poblacional.

Estas metrópolis están encaminadas a la difusión y concentración de redes modernas de telecomunicación, comandando la expansión de las redes de fibra óptica y de información del Sistema de Protección de la Amazonia. Las infovías son las redes más promisorias para la conectividad intrarregional, considerando su extensión, dispersión de la población y condiciones ambientales (CGEE, 2009). Este aparato técnico, unido a la existencia de la Zona Franca de Manaus, contribuye a mantener su poder de conexión con el territorio nacional y con el mercado externo, atrayendo población e inversiones de empresas e instituciones, lo que profundiza las desigualdades socioespaciales.

Por ser polos de referencia regional, hay una sobrecarga en los servicios públicos, incluyendo los de la salud, y se evidencia una tendencia al estrangulamiento de los servicios de salud. Las dificultades de la universalización y cualificación del acceso por la complejidad de los problemas urbanos y la precarización de las condiciones de salud en las áreas de reciente ocupación y en las periferias, son problemas significativos de esta situación geográfica.

Usos corporativos del territorio

Los usos corporativos del territorio representan una situación geográfica significativa en la Amazonia Legal, caracterizada por la

conformación de ciudades funcionales a la producción moderna que se transforman en polos regionales. Son lugares vinculados a las actividades de gran especialización productiva (agroindustria, explotación mineral y vegetal) y volcadas para el mercado mundial. Reciben grandes inversiones dirigidas a las infraestructuras de fluidez para ventajas logísticas de exportación de *commodities* (por ejemplo: soja, minerales y ganado). El resultado de la expansión de esta situación es el uso selectivo del territorio acompañado de la generación de riqueza concentrada y pobreza difundida (crecimiento de las desigualdades), generando un espacio corporativo y fragmentado.

Los lugares localizados en esta situación de usos corporativos del territorio son centros de gran atracción poblacional y diversificación de los servicios urbanos, los cuales concentran inversiones y población. Al mismo tiempo, el flujo de la migración no está contabilizado en el cálculo de los recursos del SUS, provocando conflictos en el ámbito de los servicios, deficiencia en el financiamiento *per cápita* de los servicios de salud y demandas de los municipios por más recursos federales. Las ciudades en esta situación presentan un complejo sistema urbano que alberga comercio y servicios más desarrollados. Las ciudades medianas son importantes centros regionales: nodos de fluidez. Estos usos contribuyen al aumento de las desigualdades socio-espaciales, expresadas, sobre todo, en el crecimiento de la periferia urbana. La existencia de densidad técnica, científica e informacional favorece a los servicios de salud en lo que respecta a las inversiones, infraestructura y atracción de profesionales. Los municipios en esta situación, por tener un sistema de salud más sólido, diversificado y privilegiado gracias a los recursos disponibles, atraen a la población que busca tratamientos para la salud. Aún así, persisten problemas de insuficiencia de recursos de distinto tipo.

Estas ciudades sufren con la sobrecarga de los servicios públicos debido al crecimiento de la población y por el hecho de ser municipios de referencia para la región. A pesar de su poder político regional, enfrentan conflictos con la esfera estatal y con los otros municipios, principalmente en los acuerdos relativos a los flujos de pacientes entre municipios y “tratamientos fuera de domicilio”.

En síntesis, la demanda de servicios es generalmente mayor que la oferta, y aunque dispongan de mejores condiciones para la recaudación de recursos, éstos son, en general, insuficientes para atender las demandas crecientes de infraestructura y servicios básicos. A pesar de tener un mayor desarrollo urbano, la falta de saneamiento básico, común a toda la región amazónica, se presenta como un grave problema de salud también en esta situación. Con el aumento de la población que busca mejores condiciones de vida, se observa la lucha contra enfermedades que son consecuencia del empobrecimiento y la precarización de la vivienda, y un gran número de trabajadores en actividades de alto riesgo y/o precariedad laboral.

Frontera de difusión de los usos corporativos del territorio

En esta situación, a pesar de la existencia de elementos de modernización territorial, todavía no se ha hecho completamente efectivo el uso corporativo del territorio. Son lugares relacionados con actividades económicas hegemónicas pero de modernización reciente, es decir, se encuentran en el límite de las grandes inversiones en la Amazonia Legal. Con la rápida y creciente modernización, hay una expansión de la urbanización también impulsada por la gran atracción poblacional. Esas localidades son privilegiadas, aunque indirectamente, con la construcción y mejoramiento de las infraestructuras de comunicación y circulación.

Estos lugares experimentan el crecimiento del poder político local frente a los poderes regionales y federales. Entretanto, por cuenta de la rapidez de la modernización, se observa el aumento de los conflictos por la tierra, ya que timadores, aventureros, sin tierra y mineros buscan oportunidades, lo que complica aún más la dicotomía entre usos conservacionistas y desarrollistas. Esto se acentúa por la existencia de actividades que se relacionan directamente con la explotación de minerales, madera o por actividades agropecuarias con poco contenido de tecnología.

A pesar del aumento de los flujos, reflejo de las nuevas actividades, estas ciudades no se vuelven funcionales a una determinada producción, es decir, no hay una organización territorial sensible que favorezca a un determinado proyecto. Los municipios atraen a un gran contingente poblacional que generalmente se aloja de forma precaria en los suburbios carentes de servicios básicos. Así mismo, presentan un desempeño deficiente en la planificación territorial urbana y una fuerte precariedad de infraestructuras básicas (habitación, saneamiento básico, recolección de basura), lo que dificulta recibir población migrante, exacerbando problemas relativos a la carencia de servicios, infraestructuras y tensiones sociales.

Las migraciones relacionadas con la urbanización acarrearán demandas por atención en salud que muchas veces no acompañan ese crecimiento, generando una sobrecarga en los servicios públicos, con el agravante de la falta de profesionales y de capacitación de los mismos. Ese flujo tampoco está contabilizado en el cálculo de los recursos del SUS.

Los eventos de modernización no necesariamente traen beneficios al sistema de salud. Según Confalonieri (2005) “En lo que refiere a los perfiles de salud y enfermedad de la poblaciones amazónicas, las enfermedades infecciosas y parasitarias tienen, notoriamente, una alta relevancia regional, ya sea como procesos focales arraigados en los ecosistemas o como resultado de las dinámicas de transformación social y ambiental o aún como procesos típicamente urbanos” (233). Entre los problemas de salud de la población, se destacan también el alto coeficiente de mortalidad infantil y de enfermedades transmisibles (malaria, tuberculosis, sida, hepatitis, enfermedad de Chagas y lepra); además de un número significativo de trabajadores en actividades de alto riesgo y/o precariedad laboral.

Espacios opacos

En la Amazonia Legal, las situaciones de opacidad indican municipios más o menos poblados y más o menos extensos territorialmente, pero que están al margen de los intereses de la economía moderna. La intensa transformación de esta región hace que los lugares se vuelvan luminosos (lugares que reciben grandes inversiones y tienen intensa modernización) u opacos a una velocidad alarmante, como lo demuestra

la enorme movilidad intra-regional en la Amazonia, resultado de la búsqueda constante de la población por mejores condiciones laborales y de vida.

Los espacios opacos corresponden a los lugares que no presentan densidad técnica, normativa y financiera coincidentes con las necesidades de los sistemas corporativos de producción y regulación del territorio, es decir, son lugares con baja inserción en el mercado nacional e internacional.

Los municipios opacos presentan una baja tasa de crecimiento poblacional, incluso muchas veces negativa. La urbanización es menos dependiente de las actividades productivas (Becker, 2005), y la mayor parte del PIB municipal proviene de la administración pública. Así, la baja concentración de actividades económicas y la recaudación municipal deficiente acentúan la dependencia de los recursos federales y estatales para inversiones en los servicios públicos. Se observa la carencia de servicios, infraestructura, programas y financiamiento. Se destaca la inexistencia y precariedad de las infraestructuras urbanas básicas (especialmente saneamiento básico).

La falta de redes técnicas de información y la escasa generación de recursos financieros constituyen dificultades para formular e implementar políticas públicas. Al mismo tiempo, la mayor parte de los planes federales no tienen impacto significativo sobre los municipios, y algunos planes ni siquiera llegan.

La precariedad de la densidad técnica, de la calidad de la información y de la capacitación de profesionales, genera, además de otras limitaciones, una subnotificación elevada; otro factor que provoca carencias importantes en las transferencias federales.

En estas ciudades hay una notable escasez de instituciones de investigación y formación, incluso de instituciones de fomento. En este contexto, se agravan dos problemas: la falta crónica de profesionales de salud y de capacitación de los mismos; y la dificultad de atraer y mantener a profesionales calificados. A esto se le suma la escasez de servicios de salud para todos los niveles de asistencia. En esta situación es frecuente la remisión de personas a otros municipios para que se realicen el tratamiento, incluso de Atención Básica, lo que conlleva un gasto muy alto. Además, la gran precariedad de las redes de transporte y comunicación dificulta la movilidad de la población que busca servicios públicos en otros municipios.

Este contexto de carencia en todos los órdenes trae también dificultades en el proceso de hacer acuerdos políticos: tanto frente a un proyecto nacional de salud (SUS), como a la articulación entre los gestores públicos.

Usos conservacionistas

Los usos conservacionistas están relacionados con las demandas nacionales e internacionales de utilización y conservación de la biodiversidad amazónica. Los proyectos e inversiones de uso de la biodiversidad y creación de áreas de protección ambiental y reservas indígenas están vinculados al valor económico de la selva. Dichos proyectos entran en contradicción con las antiguas y con las modernas y recientes inversiones de producción de *commodities* agrícolas y minerales. Hay un aumento de la importancia de la regulación y fiscalización sobre los usos del territorio, caracterizado por una yuxtaposición de normas que regulan las áreas protegidas con las normas de las esferas municipales y estatales.

Los usos conservacionistas incluyen áreas protegidas por motivos ambientales y por la demarcación de territorios indígenas. Dichas áreas traen desafíos al accionar del Estado, por razones ambientales, culturales, económicas y geopolíticas, evidenciando la necesidad de políticas públicas y de regulación que se adecuen a las realidades amazónicas.

En los municipios en esa situación geográfica surgen nuevas demandas sociales debido a la expropiación de la población que vive en las áreas de conservación. Las normas de uso de las áreas protegidas establecen condiciones que no siempre son favorables a la subsistencia de la población que en general busca abrigo y trabajo en el núcleo urbano más próximo, lo que implica una nueva demanda a los servicios públicos. A pesar de todo lo que se ha realizado para que los proyectos de conservación absorban a la población local, se perciben pocos avances en ese sentido.

Los municipios objeto de movimientos ambientalistas, por tener alguna densidad técnica y normativa, acostumbran a ser núcleos urbanos de referencia en la región y, a veces, tienen mayor articulación política con la esfera estatal o federal. Es importante destacar que algunos lugares presentan mayor organización política de la sociedad civil, relacionada con los movimientos socio-ambientales nacionales e internacionales.

En lo que se refiere a la descentralización, cabe aclarar que, en general, la institucionalización de las reservas no pasa por el ámbito municipal, predominando un proceso “de arriba hacia abajo”. Los proyectos de uso conservacionista tienden a restringir otros proyectos que podrían significar una mayor fuente de recaudación y generación de renta para los municipios.

Los conflictos regionales existen en pequeña y gran escala: por un lado hay parte de la población expropiada, no sólo de la tierra (protegida) sino también de su modo de existencia tradicional, por otro existen grandes intereses internacionales de Ciencia y Tecnología para uso de la biodiversidad. Además, al enfocar la biodiversidad, la política ambiental muchas veces no considera la vida urbana en su complejidad, por ejemplo, en lo que refiere a las condiciones de saneamiento básico o a la recolección de basura.

Se destacan algunas dificultades relativas al sistema de salud de los municipios donde existen áreas de protección ambiental. La primera es que los sistemas de información disponibles para la política ambientalista no favorecen la mejora de la información para la salud. La segunda es que, a pesar de la existencia de políticas de salud diferenciadas para algunos grupos poblacionales —como la población indígena—, persisten problemas relativos al acceso y a la calidad de la atención para éste y otros grupos. Por último se resalta que áreas extensas de conservación pueden significar largas distancias y restricciones para la construcción de infraestructuras, las cuales conllevan dificultades de acceso a los servicios de salud y también poca disponibilidad de profesionales capacitados para tratar a la población.

Una característica de esos municipios es que la prominencia de una cultura de prácticas tradicionales de salud (relacionada con la cuestión ambientalista) favorece una apertura del SUS para la valoración y uso de esas prácticas de y en la Amazonia.

Los usos conservacionistas, sin embargo, no necesariamente traen mejoras para la infraestructura urbana, tampoco para enfrentar las dificultades para la consolidación del sistema de salud. Se destaca, por ejemplo, la intensificación de los conflictos entre indígenas y otros pueblos, debido a la existencia de políticas específicas para la salud indígena.

Áreas de fronteras internacionales

Las áreas de fronteras internacionales de la Amazonia Legal representan más del 65% de las fronteras terrestres del territorio brasileño. En los municipios con área total o parcialmente ubicada en la Franja de Frontera (150 Km. de extensión a lo largo de las fronteras), además de las normas federales y estatales rigen normas especiales cuyos objetivos son garantizar la seguridad del territorio nacional.

La concentración de áreas protegidas a lo largo de la franja fronteriza agrega otro conjunto de normas ambientales que inciden sobre muchos municipios. Los Estados de Acre, Roraima y Amazonas, por ejemplo, tienen cerca de un 70% de sus municipios bajo legislación especial. Muchas áreas representan reservas indígenas, y algunas de ellas sobrepasan el dominio territorial brasileño. De esta forma, las áreas que pertenecen a la franja de frontera tienen restricciones al uso del territorio debido a la incidencia de varios estratos normativos (Cataia, 2001).

Como la frontera consiste en una zona de contacto entre diferentes territorios, los municipios pertenecientes presentan un intenso flujo material e inmaterial, configurando lugares de marcada circulación de mercaderías tanto lícitas como ilícitas (Brasil, 2005a).

En lo que se refiere a la salud, los municipios de la franja fronteriza amazónica presentan fuertes elementos diferenciales. En primer lugar, algunos de ellos son áreas de difícil acceso por vía terrestre, lo que genera la necesidad de otro tipo de medios de transporte como aviones y barcos, hecho de marcada relevancia en toda la región amazónica. En este sentido, la colaboración de las Fuerzas Armadas en la atención médica, odontológica y el transporte de enfermos, es muy importante.

En segundo lugar, la movilidad de la población de los países vecinos en busca de atención en el sistema de salud brasileño es muy grande. Este flujo no se toma en cuenta en el cálculo de los recursos del SUS, lo que provoca conflictos en el ámbito de los servicios y demandas de los municipios por más recursos federales.

En tercer lugar, la presencia de profesionales de salud extranjeros (legales e ilegales), principalmente de médicos, consecuencia de las limitaciones para contar con profesionales brasileños por las deficiencias de infraestructura y condiciones adecuadas de trabajo.

Y en cuarto lugar, la necesidad de fortalecer la cooperación internacional entre países fronterizos a nivel local, para prevenir y controlar enfermedades infectocontagiosas como la malaria, la tuberculosis y el sida (Peiter, 2005). En los municipios de estas áreas, es notoria la dificultad (y la urgente necesidad) de articulación de la vigilancia sanitaria en el ámbito internacional.

Cabe resaltar, finalmente, que la ubicación de un municipio en la franja de frontera no lo exime de presentar diversos usos del territorio, visto que la frontera internacional brasileña es bastante diversificada. En este sentido, se podrían identificar diferentes situaciones geográficas. Sin embargo, su ubicación fronteriza trae consigo fuertes especificidades que deben considerarse a la hora de formular políticas de salud.

Las situaciones geográficas aquí presentadas evidencian aquello que muchos autores ya afirmaron: la Amazonia no es una región homogénea. Como afirma Becker (2005):

... la ausencia de infraestructura y servicios en las ciudades no es ciertamente una especificidad de la Amazonia, en la medida en que es común a gran parte de las ciudades brasileñas. La especificidad regional resulta de la generalización y del grado de carencia, consecuencia de la rapidez de urbanización y de la inmigración, que vuelven a las ciudades incapaces de atender la masa de población urbana (p. 409).

Con esto, todos los estados comparten grandes dificultades para consolidar el sistema de protección social en salud, que gana especificidad frente a los diferentes usos del territorio realizados en cada lugar.

El SUS acompaña el proceso de modernización del territorio brasileño y trae consigo las contradicciones inherentes a este proceso: tiene más fuerza para consolidarse en los espacios luminosos en detrimento de los opacos, aunque suceda con la privatización de los servicios que trae consecuencias negativas para el acceso al sistema. Tal contradicción se agrava en la Amazonia a causa de la extensión de los procesos urbanos menos vinculados a las actividades productivas. El sistema de protección social en salud brasileño enfrenta las desigualdades socio-espaciales pero, principalmente, el desafío de romper con la lógica de perpetuar esas desigualdades, de las cuales él también forma parte.

LAS DIFICULTADES PARA ELABORAR LÓGICAS REGIONALES DE INTERVENCIÓN POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD

En el análisis de la política federal de salud para la Amazonia Legal (2003-2005), uno de los objetivos centrales seleccionados por la investigación fue la identificación de las dificultades y límites para elaborar nuevas formas de intervención con un carácter diferente a aquellas elaboradas a lo largo del proceso de descentralización, cuyo eje, por ejemplo, fue un paquete de incentivos aislados para los municipios (como es la transferencia *per cápita* en salud y el incentivo para adoptar programas específicos).

La visión integrada del análisis de la realidad regional basada en las seis situaciones geográficas, y de las dificultades institucionales,

permitió comprender el porqué de la construcción de nuevos espacios de intervención consustanciados con nuevos tipos de transferencia de recursos e incentivos, nuevos espacios de pacto y negociación regional y, finalmente, nuevos instrumentos de planificación y regulación que son tan complejos y lentos, involucran extensa negociación política y requieren de una fuerte inducción centralizada.

A partir de los conceptos de *path-dependence* e *increasing returns* (Pierson, 2000), las dificultades del cambio pueden traducirse como el costo político e institucional para formular e implementar nuevas políticas, pues actores que se fortalecen en un primer momento conforman poderosas coaliciones anti-cambio, y los nuevos actores que pueden beneficiarse de esos mismos cambios, todavía no tienen la suficiente fuerza como para demandar y sustentar nuevos tipos de intervención.

Las dimensiones, estrategias y tipos de trabas identificadas para el análisis institucional pueden encontrarse en el [Cuadro 2](#).

CUADRO 2. DIMENSIONES DEL ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Dimensiones	Estrategias metodológicas	Análisis de las barreras
<ul style="list-style-type: none">- Alcance y apropiación de la lógica regional por parte del Ministerio de Salud;- Características del proceso de planificación de la política regional;- Coherencia entre la formulación, planificación, financiamiento y regulación de la política en una lógica regional;- Base de sustentación de la política, interna y externa, al Ministerio de Salud;- Productos y resultados de la política.	<ul style="list-style-type: none">- Recolección y análisis documental;- Análisis financiero;- Observación participante en reuniones en el MS y en oficinas regionales;- Entrevistas con actores involucrados con la política de salud para la AL;- Análisis de las enmiendas parlamentarias.	<ul style="list-style-type: none">- Las políticas del Gobierno Federal para la Amazonia Legal;- La visión de los secretarios estatales de salud sobre la política federal para la Amazonia Legal;- Las instituciones de ciencia y tecnología de la Amazonia Legal; La actuación del poder legislativo federal en la salud: enmiendas parlamentarias para la Amazonia Legal.

Fuente: elaboración propia.

El análisis institucional permitió identificar que las dificultades de orden político tuvieron menor peso, ya que el contexto de inestabilidad institucional del período (cambio de ministros de la salud en el primer gobierno Lula) no impidió la continuidad de otras políticas federales de salud. Las mayores dificultades fueron las de orden interno al Ministerio de Salud, o mejor dicho, la ausencia de capacidad institucional y política por parte del Ministerio para elaborar nuevos tipos de intervención, principalmente estructurales.

Se destaca el hecho de que el debate sobre regionalización en el Ministerio de Salud en las últimas décadas, ocurrió bajo una perspectiva tradicional, es decir, dirigida hacia la organización de la red de servicios al interior de los estados. Por lo tanto, de forma general, la lógica regional no aparece con fuerza en la formulación, planificación, financiamiento y regulación de la política regional de salud.

Dentro del Ministerio, el Plan de Salud Amazonia Legal no ocupó un lugar destacado en la agenda de los altos dirigentes, sólo en la de aquellos niveles intermedios que se responsabilizaron directamente de la política por razones de identidad regional o creencia en su relevancia.

Las fallas estructurales son las que mejor explican las dificultades de concreción de una nueva política regional, porque la inmensa diversidad de condiciones de salud y de consolidación del SUS en los estados y municipios de la Amazonia Legal, hacen que se vuelva compleja la formulación de un plan regional pactado, dependiente de la articulación política entre las esferas federativas. A esto se suma el hecho de que el Ministerio de Salud no logró consolidar las instancias de planificación regional, ni dispuso líneas de financiamiento específicas.

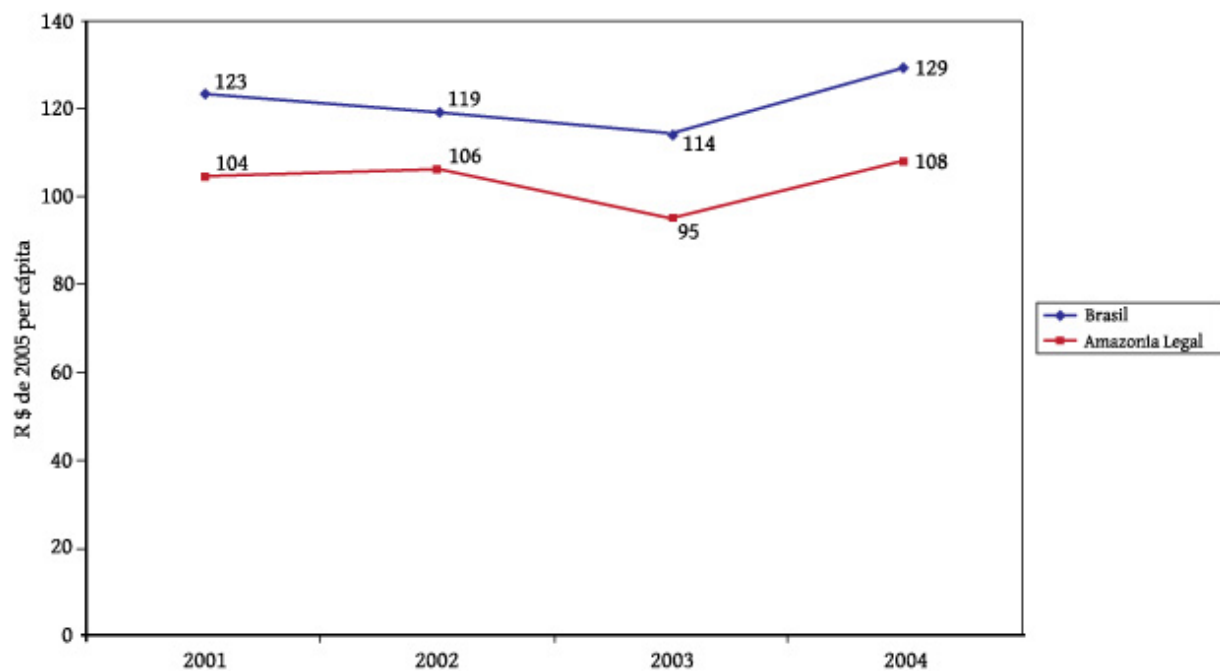
En resumen, la investigación mostró que la política nacional de salud no se diseñó preferentemente desde una perspectiva macrorregional o mesoregional. Las áreas del Ministerio de Salud siguieron sus lógicas tradicionales de formulación de políticas para todo el país y, prácticamente, no se diseñaron nuevos incentivos para la Amazonia Legal, salvo aquellos de recorte municipal y por programas o poblaciones-problemas específicos. Este hecho comprometió la naturaleza y las estrategias de acción del Plan de Salud Amazonia Legal, que se configuró más como plan de acompañamiento que como un plan integrado de intervención.

En la política nacional de salud se puede observar un gran número de acciones fragmentadas, tratadas a partir de tres estrategias: a) Políticas nacionales con discriminación positiva para la Amazonia Legal; b) Políticas nacionales generales pero con un potencial de repercusión en la Amazonia Legal; y c) Políticas nacionales generales con orientación para priorización de la región.

Hubo poca correspondencia entre la propuesta política y los mecanismos para hacerla operativa, y principalmente, una falta de proyectos integradores y de instrumentos de financiamiento para hacerlos viables.

La [Figura 1](#) compara los recursos federales *per cápita* para la salud –Brasil y Amazonia Legal– en el período 2001-2004, evidenciando que los valores para la Amazonia estuvieron siempre por debajo del patrón nacional, incluso en el período de discriminación positiva de algunas políticas para la región, y acompañan el sentido de evolución del perfil nacional.

FIGURA 1. RECURSOS FEDERALES PER CÁPITA PARA LA SALUD, EN VALORES AJUSTADOS POR LA INFLACIÓN – BRASIL Y AMAZONIA LEGAL, 2001-2004

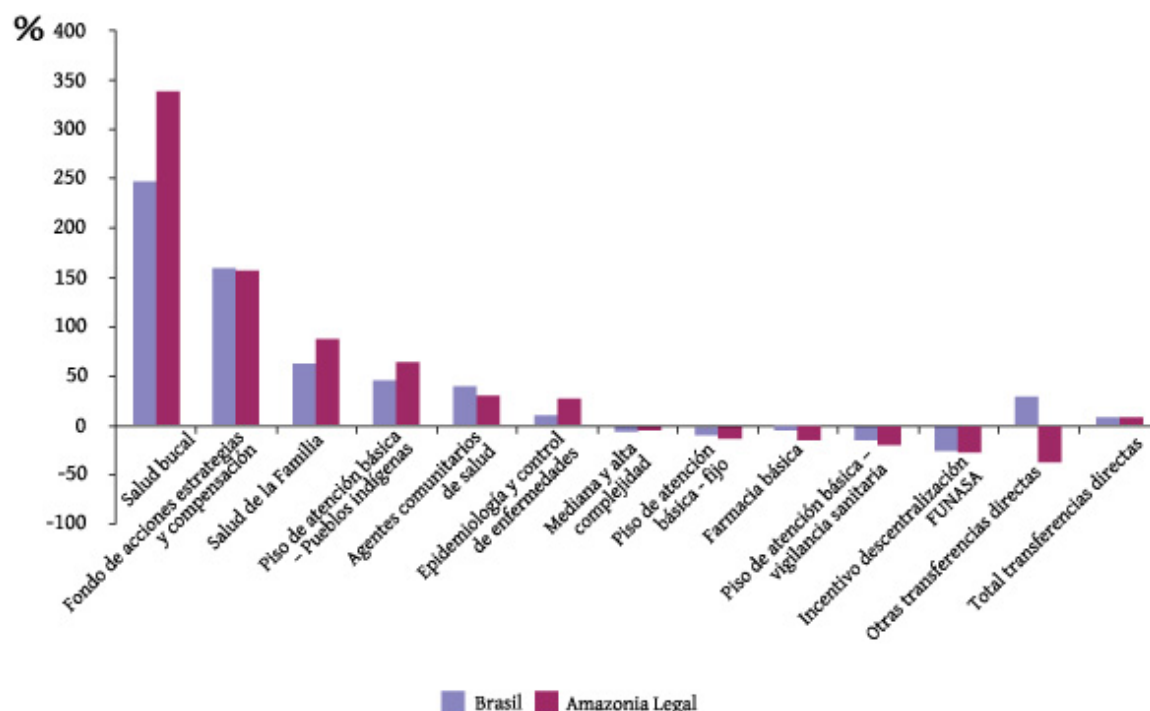


Fuente: elaboración a partir de datos del Fondo Nacional de Salud – Ministerio de Salud del 2001 al 2004, considerando el sistema de transferencias fondo a fondo (SISFAF), los pagos realizados a prestadores y datos del Sistema de Gestión de Convenios (GESCON).

Comparando el período 2003–2005 con el de 2001–2002, las áreas en que el aumento de las transferencias federales para los municipios de la región fue superior al del conjunto del país fueron: el Programa Salud de la Familia (PSF); la salud bucal; el combate a enfermedades endémicas y epidémicas; y el incentivo para la salud indígena. En otras, el aumento nacional fue superior al observado para la región o incluso hubo reducción de las transferencias. El patrón de inferioridad de los recursos federales *per cápita* para la Amazonia Legal en relación con otras regiones del país, a pesar de algunas discriminaciones positivas, puede observarse en la [Figura 2](#).

La base de sustentación de la política se volvió muy limitada interna y externamente al Ministerio de Salud, tanto en el ámbito del Gobierno Federal como de los gobiernos estatales y municipales de la Amazonia. En el ámbito regional llama la atención el bajo reconocimiento del Plan de Salud Amazonia Legal por parte de los secretarios estatales y municipales de la Amazonia Legal. Los secretarios estatales reconocieron la baja capacidad de articulación entre ellos para elaborar una política regional o para presionar al Gobierno en ese sentido, y criticaron el Plan, negando la existencia de una política específica para la salud amazónica. Los gestores municipales, a pesar de mostrar un relativo desconocimiento de las estrategias federales en marcha, fueron críticos de la política federal, acusando al Ministerio de Salud de tener un distanciamiento con la realidad local.

FIGURA 2. VARIACIÓN PORCENTUAL (PROMEDIO 2003-2005/PROMEDIO 2001-2002) DE LAS TRANSFERENCIAS FEDERALES DIRECTAS PARA LOS MUNICIPIOS POR PROGRAMAS – BRASIL Y AMAZONIA LEGAL



Fuente: elaboración a partir de datos del Sistema de Transferencias fondo a fondo (SISFAF)-Fondo Nacional de Salud-Ministerio de Salud.

El Cuadro 3 presenta un resumen de las dificultades identificadas por orden de problemas:

CUADRO 3. DIFICULTADES DE ORDEN ESTRUCTURAL, INSTITUCIONAL Y POLÍTICO

Orden estructural	Orden interna al MS	Orden político
<p>1- Las características del federalismo brasileño y del modelo de descentralización preponderante (esfera tributaria y políticas públicas en general) son poco favorables para el desarrollo de políticas regionales.</p> <p>2- Limitada integración entre políticas públicas.</p> <p>3- Complejidad de la Amazonia Legal (en particular: grandes distancias geográficas, dificultades de acceso, diversidad poblacional, gran migración interna, grandes desigualdades socioespaciales y conflictos de intereses).</p> <p>4- Baja capacidad de articulación de actores regionales involucrados con las políticas públicas.</p>	<p>1- Baja tradición del área de la salud con políticas regionales.</p> <p>2- La forma de actuación preponderante del Ministerio de Salud es la de instituir diferentes lógicas de formulación de la política (agrupados por problemas de salud específicos, por grupos poblacionales, por tipo de servicio o nivel de atención de la salud). Recientemente, se adoptó el tamaño de la población de los municipios como estrategia de diferenciación de políticas.</p> <p>3- La mayor parte de las políticas son propuestas para todo el país, con pocas consideraciones de las particularidades regionales.</p>	<p>1- Contexto de inestabilidad institucional, por cuenta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inflexiones en la coyuntura del Gobierno Federal, como la crisis política y los cambios en la agenda gubernamental, desplazando la prioridad que inicialmente fue concedida a la Región Amazónica. - Los cambios en los cuadros dirigentes del Ministerio de Salud, incluyendo a los responsables de la conducción de la política de salud para la Amazonia Legal. <p>2- Baja prioridad de esta política en la agenda principal de los dirigentes del Ministerio de Salud, debido al bajo reconocimiento de la importancia del Plan de Salud de la Amazonia Legal.</p>

Fuente: elaboración propia.

En relación con los productos y despliegues de la política, a pesar del breve tiempo de estudio (tres años), se verificaron tres despliegues principales: 1) En el ámbito gerencial, la conformación del Observatorio de Salud de la Amazonia representó un avance para la sistematización de información sobre la región, al integrar los datos de la salud y los de las dinámicas territoriales, con el objetivo de mejorar la calidad de la información y la posibilidad de que sea usado por los gestores. A pesar de ser conocido por las demás esferas de gobierno, su utilización efectiva por los gestores de salud aún era baja al momento de la investigación. 2) En el ámbito de la Ciencia y Tecnología, hubo un lanzamiento de llamados a investigación específicos para la región y el Acuerdo Multilateral de Cooperación Técnico-Científica en Salud, firmado entre varias instituciones regionales de investigación en salud. 3) En el ámbito de la asistencia, hubo cambios en el financiamiento del Programa de Salud de la Familia (PSF) que discriminaron positivamente a los municipios de la Amazonia Legal, permitiendo una efectiva ampliación de recursos de la atención básica para la región. Este último tuvo gran reconocimiento por parte de los gestores regionales ya que era una antigua reivindicación de la región, además de ser debatido en algunas instancias de negociación intergubernamentales.

Actualmente, las iniciativas para la región ya no se presentan como grandes planes. En el 2006, el Observatorio de la Amazonia creado por el Ministerio de Salud fue cancelado, lo que significa grandes pérdidas para las políticas de salud, ya que se presentaba como un canal de comunicación entre el gobierno federal y los diferentes niveles de gobierno en la región. Eso hace que sea todavía más urgente retomar las propuestas de políticas públicas orientadas a la Amazonia, teniendo en cuenta el abandono del Plan Salud Amazonia Legal y la no creación de ninguna otra línea capaz de transformar la realidad del SUS en un área con carencias tan particulares.

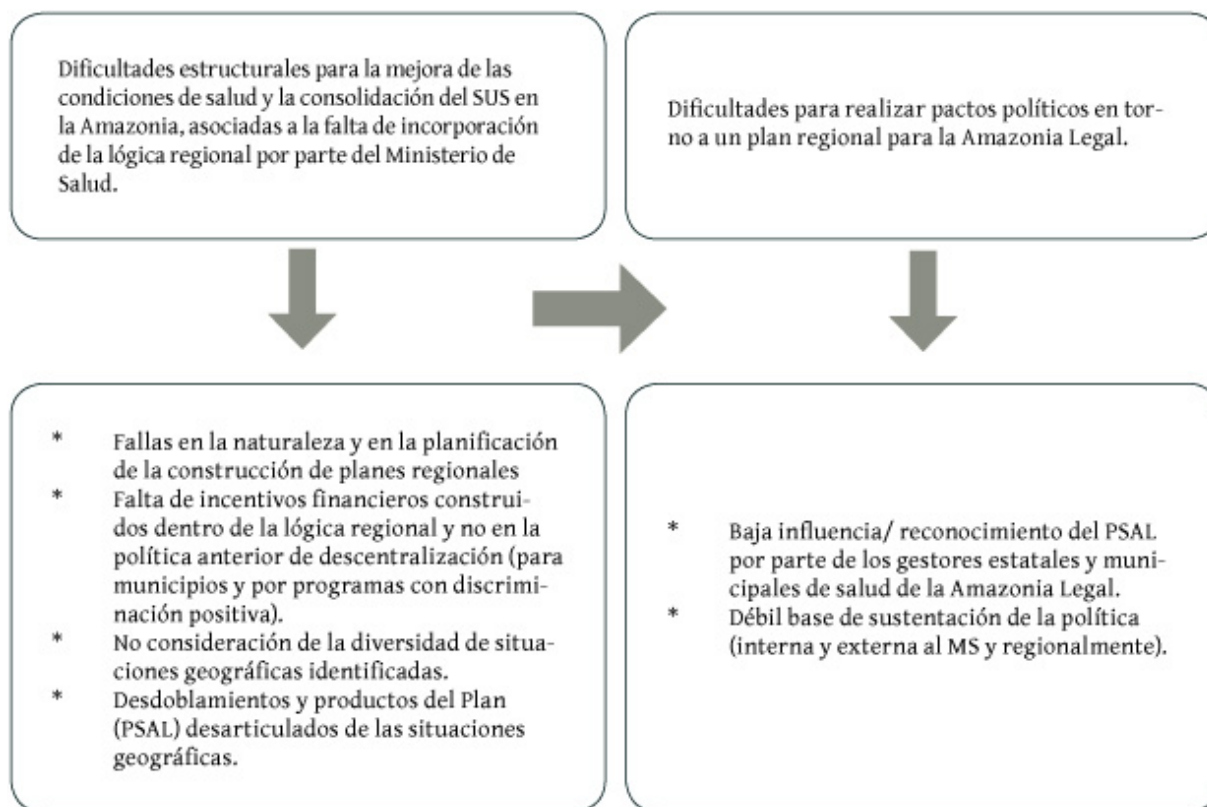
El Cuadro 4 relaciona las situaciones geográficas y el análisis institucional en torno de las trabas-dificultades en la elaboración de nuevas lógicas de intervención regional en la salud, analizados en el ámbito de la formulación e implantación del Plan de Salud para la Amazonia Legal 2003-2005.

La elaboración de nuevas lógicas de intervención regional en salud depende, entre otros factores, de la comprensión e incorporación de las diferentes dinámicas de las situaciones geográficas en la formulación de las políticas de salud. Por un lado, es importante reconocer que los desafíos estructurales de la proyección social en salud en Brasil presentan dimensiones y posibilidades de enfrentamiento diferentes en cada lugar. Por otro lado, la política federal de carácter regional debe traducirse en acuerdos más amplios entre los entes federados, en torno a la construcción de estrategias regionales de universalización de la salud.

NOTAS FUTURAS: POR UNA NUEVA POLÍTICA REGIONAL DE SALUD

Considerando el contexto de desigualdades socio-espaciales del territorio brasileño y las dificultades que eso representa para consolidar un sistema de protección social en salud, el territorio usado precisa transformarse de forma urgente en el foco de las políticas federales de salud, es decir, ser reconocido como instancia social, como condición para elaborar, acordar y ejecutar las políticas públicas. La principal contribución de ese concepto para la salud es introducir en el proceso de planificación de la política, una perspectiva más amplia que la sectorial –incluso intersectorial– y más dinámica sobre los desafíos para la salud en cada región. Para el gestor federal, esta nueva óptica significa trascender las reglas verticales de organización del sistema nacional, y profundizar estrategias que incluyan en la planificación una mayor integración con otras políticas públicas y con las restantes esferas de gobierno.

CUADRO 4. DIFICULTADES PARA ELABORACIÓN DE NUEVAS LÓGICAS DE INTERVENCIÓN REGIONAL EN LA SALUD: EL PLAN DE SALUD PARA LA AMAZONIA LEGAL – PSAL (2003-2005)



Fuente: elaboración propia.

El desarrollo de políticas regionales en una estrategia nacional de enfrentamiento de la inequidad en salud requiere, por lo tanto, la incorporación de una nueva visión de territorio por parte del Ministerio de Salud. Esta es una condición *sine qua non* para cualificar la naturaleza y la planificación de la política regional de salud y fortalecer su coherencia. De lo contrario, se hace más difícil obtener una base fuerte de sustentación política, interna y externamente al Ministerio de Salud. La base de sustentación depende, entre otros factores, de cómo la política propuesta se muestra coherente para enfrentar los desafíos existentes en cada región, incluyendo las dificultades para realizar pactos políticos entre los gestores de las tres esferas federativas.

Además de la construcción de una política regional para la Amazonia, se evidencia la necesidad de políticas diferenciadas dentro de la región. En ese sentido, para enfrentar las inequidades de la protección social en salud en Brasil, la investigación dio indicios de que: 1) es preciso reconocer que los desafíos comunes a todo el país tienen significados diferentes en cada situación geográfica, que representan importantes diferencias en cuanto a las posibilidades de enfrentamiento de los mismos; 2) el fortalecimiento de los pactos regionales entre los gestores puede ocurrir en la medida que los lugares se identifican en una misma situación, y así, pueden crear estrategias particulares para enfrentar los desafíos que les son comunes.

Una política regional de salud necesita tener sus bases fundamentadas en el territorio usado, y se presenta, actualmente, como una de las estrategias más importantes para enfrentar las inequidades en salud y para fortalecer la universalización de la salud como un proyecto nacional brasileño.

BIBLIOGRAFÍA

Albuquerque, C., Piovesan, M. F., Santos, I.S., Martins, A. C. M., Fonseca, A.L., Sasson, D., Simões, K.A., (2008). A situação atual do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 1421–1430.

Almeida, C.M. (1995). *As Reformas Sanitárias dos Anos 80: Crise ou Transição* (Tesis doctoral). ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Araujo, M.C. (2003). Estado, classe trabalhadora e políticas sociais. En J. Ferreira y L. Delgado (Orgs.). *O Brasil Republicano –O tempo do nacional–estatismo* (pp. 213–239). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Aureliano, L. y Draibe, S.M. (1989). A especificidade do ‘Welfare State’ brasileiro. *Economia e Desenvolvimento* (pp.85-178). Brasília: CEPAL.

Bahia, L. (1999). *Planos e seguros–saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil*. 333 f. (Tesis doctoral). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Becker, B.K. (2003). Amazônia: mudanças estruturais e urbanização. En M.F Gonçalves, C. Brandão y A.C. Galvão (Eds.). *Regiões e cidades, cidades nas regiões: o desafio urbano-regional*. São Paulo: editora da UNESP, ANPUR.

_____. (2005). Dinâmica urbana na Amazônia. En C.C. Diniz y M.B. Lemos (Orgs.). *Economia e Território* (pp. 401-428). Belo Horizonte: UFMG.

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. Brasília: Senado Federal.

_____. (1990). Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília: Senado Federal.

_____. (1999). Ministério da Saúde. *Planorte Saúde 1999-2002: Plano de Saúde da região Norte*. Brasília: MA-FUNASA.

_____. (2003). Ministério da Integração Nacional e Ministério do Meio Ambiente. *Plano da Amazônia Sustentável*, 1-2. Brasília: MIN e MMA.

_____. (2003a). Ministério da Saúde. *Relatório de Atividades da Oficina de Trabalho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde na Região Amazônica*. Brasília. Recuperado de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Rel_Decit.pdf

_____. (2004a). Ministério da Saúde. *Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal – Saúde Amazônia*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2004b). Ministério da Saúde. *Plano Plurianual de Governo para a Saúde – PPA-Saúde 2004-2007*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2004c). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004 –Aprova o Plano Nacional de Saúde– Um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2004d). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Plano Plurianual 2004-2007-Plano Brasil de Todos. Participação e Inclusão*. Brasília: MPOG.

_____. (2005a). Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional.

- _____. (2005b). Ministério da Saúde. *Observatório da Saúde da Amazônia Legal do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (2005c). Ministério da Saúde. *Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal – Saúde Amazônia*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa. *Série Pactos pela Saúde*, 3. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cataia, M.A. (2001). *Território nacional e fronteiras internas: a fragmentação do território brasileiro* (Tesis doctoral). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) (2009). *Um projeto para a Amazônia no século 21: desafios e contribuições*. Brasília, DF. : Centro de Gestão e Estudos Estratégicos.
- Confalonieri, U. (2005). Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Estud. av.* [en línea], 19(53), 221-236.
- Cordeiro, H. (1984). *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal.
- Draibe, S. y Riesco, M. (2006). *Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea*. México: Unidad de Desarrollo Social-CEPAL.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New York: Polity Press.
- Freeman, R. y Moran, M. (2000). Reforming Health Care in Europe. En M. Ferrera y M. Rhodes. *Recasting European Welfare States*. London: Frankcass.
- Gershman, S. y Viana, A.L.D.Á. (2005). Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. En N. Lima, et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 307-351). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2005). *Pesquisa de Assistência Médico–Sanitária AMS*.
- Lima, L. (2007). *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*, 1, 352, Rio de Janeiro: Museu da República.
- Matta, G.C. (2005). *A medida política da vida. A invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*. 2005. 226f. (Tesis doctoral en Salud Colectiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Oliveira, J. y Teixeira, S. (1989). *(Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Segunda edición. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Oliveira, P. (2005). *O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal* (Tesis doctoral). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Peiter, P. (2005). *A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio* (Tesis doctoral). Instituto de Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, 94(2), 251-260.
- Polanyi, K. (1980). *A grande transformação*. Rio de Janeiro: Campus.
- Prado, S., Quadros, W. y Cavalcanti, C. (2003). *Partilha de Recursos na Federação Brasileira*. São Paulo: Fapesp, Ipea, Fundap.
- Rezende, F. y Oliveira, F. (2003). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil*. São Paulo: FGV-Konrad Adenauer Stiftung.
- Rio de Janeiro: Partner for Health Reformplus (PHRplus) (2004). *Monitoring and evaluation of decentralization reforms in developing country health sector (Prepared by Paul L. Hutchinson & Anne K. LaFond)*, Maryland.

Santos, I., Ugá, M. y Porto, S. (2008). O mix público–privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 1431-1440.

Santos, M. (1994). O Retorno do Território. En M. Santos, M. Souza y M. E. Silveir (Orgs.). *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec–Anpur.

_____. (1996). *A Natureza do Espaço: razão e emoção, técnica e tempo*. São Paulo: Hucitec.

_____. (1999). O Território e o Saber Local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, 2, 15-25.

Santos, M. y Silveira, M. (2001). *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro e São Paulo: Record.

Santos, W. (1979). *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus.

Silveira, M. (enero-junio, 1999). Uma situação geográfica: do método à metodologia. *Revista Território, Revista do Laboratório de Gestão do Território – UFRJ*, IV(6). Rio de Janeiro.

Site do Observatório Saúde Amazônia. Recuperado de http://portal.saude.gov.br/portal/amazonia/area.cfm?id_area=590

Titmuss, R. (1974). Social Policy. London: George Allen and Unwin. En F. Abrucio, (Ed.) (2004). *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: Lições dos anos FHC*. Brasília: mimeo.

Viana, A. (1994). *Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80* (tesis doctoral). Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Viana, A. y Machado, C.V. (2008). Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*, 18(4), 645-684, Rio de Janeiro.

Viana, A., Machado, C.V., Baptista, T.W.F., Lima, L.D., Mendonça, M.H.M., Heimann, L.S., Albuquerque, M.V., Iozzi, F.L., David, V.C., Ibañez, P., Frederico, S. (2007). Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), S117-S131.

_____. (2009). Proteção social em saúde no Brasil: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. En A. Viana, N. Ibañez, P. Elias (Orgs.). *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo: Hucitec.

RETOS PARA UNA PROTECCIÓN SOCIAL INTEGRAL: VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN COLOMBIA¹

Amparo Hernández Bello Román Vega Romero Marta Lucía Gutiérrez Bonilla

INTRODUCCIÓN

En Colombia cerca de cinco millones de personas han sido desplazadas por el conflicto armado interno desde 1985. El país ocupa el segundo lugar en refugiados internos en el mundo, y Bogotá es el primer municipio receptor. Los desplazados están más expuestos a factores de riesgo para la salud que otras poblaciones pobres y marginadas y la respuesta estatal a sus necesidades es aún insuficiente, porque la racionalidad de mercado que orienta la política social y el sistema de protección social en salud son limitadas para responder a los problemas y determinantes sociales de la salud de las víctimas.

Las evidencias muestran que el desplazamiento acentúa la exclusión y profundiza las desigualdades en condiciones materiales de vida, resultados en salud y acceso a servicios sociales, y hace de los desplazados una de las poblaciones más vulnerables. Dada la naturaleza compleja de los retos para atender sus demandas y necesidades, optimizar la efectividad de la protección social para esta población requiere definir una perspectiva de política en la cual los avances en salud sean el resultado de mejoras en su bienestar y calidad de vida, y no la simple atención de la enfermedad.

Para aportar en la respuesta a esta situación se formuló la investigación *Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia 2004-2008*, realizada mediante convenio entre la Universidad Javeriana y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá IDRC². La investigación tuvo dos fases: la primera, orientada a identificar los factores que

condicionan el acceso a los servicios de salud y los que determinan la capacidad de la autoridad sanitaria y de los servicios para dar respuesta a los problemas y determinantes que afectan la salud de la población asentada en seis localidades del Distrito Capital. La segunda, buscó avanzar en la definición de propuestas de acción para mejorar la efectividad de la protección social, que se materializó en la formulación de la política de salud para la población desplazada que habita la ciudad.

1 Los autores agradecen los valiosos comentarios de la profesora Françoise Barten a las distintas versiones del texto y las sugerencias hechas por los miembros del Comité Editorial de la publicación.

En este texto a partir de la descripción del fenómeno del desplazamiento tanto en el país como en Bogotá y de las características de la respuesta oficial expresadas en las normas y políticas nacionales y distritales, se sitúa el problema de salud objeto de política pública con base en las evidencias aportadas por los investigadores y los hallazgos de otros estudios nacionales y locales validados y apropiados por distintos actores, se describen el enfoque y proceso participativos de la formulación; los contenidos de la política acordados mediante concertación entre los involucrados; y las limitaciones y posibilidades del proceso; las principales lecciones con base en la experiencia de los investigadores y la percepción de los tomadores de decisiones y de la población.

Se discuten las limitaciones del sistema de protección social y de las políticas públicas colombianas para la atención de los desplazados, así como se afirma la necesidad de enfoques integrales, equitativos y universalistas para dar respuesta a las complejas y variadas expectativas y necesidades de salud de la población.

2 En el marco de la iniciativa conjunta OPS-IDRC “Extender la protección social en salud en América Latina y el Caribe”.

DESTIERRO Y DESTERRADOS: EL FENÓMENO DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR LA VIOLENCIA EN COLOMBIA

Colombia es el segundo país con mayor proporción de población desplazada en el mundo después de Sudán³, y junto con Irak, acumulan el 45% del total de desplazados internos por conflicto armado, violencia generalizada o violación de los derechos humanos⁴ (IDMC, 2009). Según cifras oficiales (Acción Social, 2009), a diciembre 31 de 2009 el total de personas desplazadas era de 3.303.979 equivalentes a 750.881 hogares, una cifra inferior a los 4.915.579 afectados entre 1985 y 2009 reportados por la ONG de derechos humanos Codhes (2010).

En los últimos años el fenómeno del desplazamiento no sólo no ha cesado sino que por el contrario ha ganado en expansión territorial e intensidad, y en nuevas dinámicas como los desplazamientos intra-urbanos e intra-veredales y las poblaciones confinadas, que hacen parte de la estrategia de guerra de los actores en conflicto. En más del 75% de los casos el desplazamiento es individual lo que tiende a invisibilizar la situación de las familias, aunque durante la última década los desplazamientos masivos de pueblos indígenas y comunidades afro colombianas aumentaron significativamente (Gordillo, 2006; PNUD, 2007).

Entre 2005 y 2009 1.505.243 personas fueron desplazadas, y se estima que hoy la tasa nacional es de 660 por cada cien mil habitantes, inferior a los 888 por cada cien mil de 2008; se desplazan en promedio 1.500 personas por día, y los migrantes forzosos se concentran en 773 municipios de 25 departamentos⁵. Bogotá, el Distrito Capital, continúa siendo el principal municipio receptor con 441.468 personas desde 1999 (Codhes, 2009; 2010).

El desplazamiento forzado de la población en Colombia responde a procesos estructurales de carácter histórico, político, económico, social y cultural de vieja data, y ha tenido una estrecha relación con el conflicto armado interno que se libra desde hace cincuenta años. El acaparamiento y control de territorios estratégicos por su significado militar o político, o por los beneficios derivados del desarrollo de mega-proyectos de infraestructura física, y de la explotación de las riquezas del subsuelo que supone la biodiversidad, son algunos de los principales factores condicionantes del conflicto (Fajardo, 2002).

3 El primero en número de refugiados internos de los países bajo el mandato del Acnur (UNHCR, 2009, 7).

4 Se define como desplazado por la violencia a toda persona forzada a abandonar su residencia y actividades económicas, porque su vida, seguridad o libertad personal han sido vulneradas o están amenazadas por razones del conflicto armado interno, disturbios, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias de alteración del orden público. (Ley 387/97, Art. 1°).

5 De los 1.119 municipios y 32 departamentos (similar a estados o comarcas) del país.

En los últimos años el desplazamiento se ha recrudecido con la profundización del conflicto entre guerrillas, fuerzas del Estado y grupos paramilitares que se disputan el control, la expropiación o el dominio de los territorios (González, Bolívar y Vásquez, 2003), y con fenómenos entrelazados como la expansión del narcotráfico, el ahondamiento de la crisis económica, la expropiación de bienes colectivos e individuales y la extensión de la pobreza, los cuales han propiciado un fenómeno adicional de desplazamiento social no explicable sólo por la guerra (Misas, 2002; Lozano y Osorio, 1999; Ibáñez, 2006; Fajardo, 2002).

La historia del país da cuenta de múltiples épocas caracterizadas por la violencia indiscriminada y el destierro de amplios grupos poblacionales, y los estudiosos del tema coinciden en vincular la guerra y el desplazamiento con el conflicto agrario (González, et al. 2003; Fajardo 2002; Osorio y Lozano 2006). Como afirma Molano (2001, p. 14) “Siempre las guerras en Colombia se han pagado con tierras”.

Repercusiones del desplazamiento forzado sobre la vida y la salud de las víctimas

El desplazamiento genera la pérdida de la tierra, la vivienda y los activos de los hogares. También ocasiona desempleo, marginación, el deterioro en las condiciones de salud, inseguridad alimentaria, desarticulación social y empobrecimiento. (...) La condición de vulnerabilidad de los hogares desplazados se acentúa por su proveniencia rural y su composición poblacional; en su mayoría mujeres cabeza de familia, niños y ancianos (Ibáñez, Moya y Velásquez, 2006, p. 29).

Los desplazados forzados constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad, son víctimas de violación sistemática de los principios del Derecho Internacional Humanitario, excluidos de los derechos sociales básicos y discriminados social, política y culturalmente.

Diversos estudios (Codhes–Pastoral Social, 2006; Ibáñez, Moya y Velásquez, 2006; Ibáñez y Moya, 2006; Econometría–SEI, 2005; PMA, 2003) han mostrado las repercusiones del desplazamiento sobre las condiciones de vida y bienestar de los afectados, y la mayor pobreza y vulnerabilidad en comparación con la población pobre de los lugares donde asientan y los promedios nacionales. Las poblaciones desplazadas son jóvenes (58% tiene menos de 20 años lo que hace que la dependencia económica sea mayor), tienen hogares más grandes, la jefatura femenina alcanza el 43.8% de los hogares, y 23.6% de los afectados pertenecen a grupos étnicos (Comisión de Seguimiento, 2008). El 52.4% de las víctimas son mujeres y niñas y la tasa de embarazo es alta, 4.7% (Comisión de Seguimiento, 2008) como consecuencia de una fecundidad más elevada en las desplazadas (4.2 hijos por mujer frente a 3.9 de las mujeres de zonas marginales y 2.4 del nivel nacional), y es preocupante la proporción de embarazos en adolescentes 23.9% vs. 20.5% del promedio nacional (Ojeda y Murad, 2006; Profamilia, 2005).

Como consecuencia del éxodo, el empleo disminuye en promedio 37% para la población desplazada. En los lugares de asentamiento las tasas de desempleo son superiores a las de la población pobre urbana (17% vs. 10%), y los que laboran se dedican a trabajos informales, de baja remuneración y en condiciones precarias. En relación con las condiciones de educación, la asistencia de nivel primario mejora luego del desplazamiento pero es menor en la tasa de asistencia secundaria (y la deserción más alta) lo cual se asocia con la rápida vinculación al mercado laboral de los menores entre 12 y 17 años (Ibáñez y Moya, 2006; Codhes–Pastoral Social, 2006).

Los hogares desplazados presentan una caída de 54% en el consumo agregado después del desplazamiento (Ibáñez, Moya y Velásquez, 2006), cifra coherente con algunas mediciones que muestran que los ingresos de estas familias son inferiores al salario mínimo legal, 27% menos que las familias receptoras más pobres, y significan un deterioro del 50% con respecto al ingreso devengado en los lugares de origen. Más del 90% de los hogares desplazados se encuentra bajo la línea de pobreza comparado con el 60% de los receptores. Esto explica la baja capacidad que tienen las familias para la adquisición de alimentos y, como consecuencia, la alta vulnerabilidad alimentaria que se expresa en mayor prevalencia de desnutrición global y anemia (Codhes–Pastoral Social, 2006; Econometría–SEI, 2005).

Este panorama se agrava al registrar la pérdida de activos (Ibáñez, Moya y Velásquez, 2006; Codhes–Pastoral Social, 2006) cuyos costos económicos son significativos. La mitad de los hogares abandonaron o perdieron una vivienda y activos cuyo valor agregado asciende a \$5.3 billones equivalentes al 1.4% del PIB, y el 55% abandonó o fue despojado de la tierra (4 hectáreas en promedio) equivalente a 1.2 millones de hectáreas, dos veces el monto de tierras entregadas por los programas de reforma agraria durante la década de los noventa. En promedio, por pérdida de la tierra y cese de la producción, los hogares desplazados han dejado de ganar \$14.8 millones⁶ y las pérdidas agregadas representan el 1.7% del PIB del país.

Estas condiciones no se presentan de manera homogénea entre los desplazados. Existen grupos de extrema vulnerabilidad en quienes el desplazamiento genera niveles de bienestar más bajos y los mecanismos para enfrentar sus consecuencias son más precarios o inexistentes: las mujeres que asumen la jefatura del hogar posterior al desplazamiento, las familias rurales dedicadas a actividades agrícolas, las minorías étnicas y, en general, aquellas con pocas redes sociales en los lugares de llegada (Ibáñez, 2006).

Además de la crisis humanitaria que representa en razón de la magnitud y el impacto en la vida individual, familiar y social de las víctimas, el desplazamiento constituye un proceso de desarraigo, de ruptura de las redes sociales y lazos culturales, de pérdidas de empleos, territorios, bienes patrimoniales, medios de subsistencia y bienestar, que hacen de los desplazados poblaciones socialmente más vulnerables y expuestas a mayores riesgos que otros grupos de la población colombiana.

Y es el desplazamiento uno de los factores que mayor repercusión tiene en el quebranto de la salud física y mental de las poblaciones, al punto de ser considerado un factor de la recurrente situación de emergencia sanitaria (OMS, 2002) en que se declaran. A pesar de ello, y comparado con otras causas de enfermedad y muerte, la magnitud de los efectos del desplazamiento sobre la salud, los riesgos asociados y el reto para los servicios sociales, no ha recibido la debida respuesta por parte de las autoridades públicas y de los investigadores en salud pública (Murray, King, et al. 2002).

⁶ Aproximadamente US\$7.400 a la TRM 2009.

Como se describe en distintos estudios (Ministerio de Salud–INS, 2001; Díez, 1997; OPS–Universidad de Antioquia, 2005; CICR–PMA, 2007; Comisión de Seguimiento, 2008; González, 2002), en los desplazados se constata una mayor exposición a riesgos y carga de enfermedad expresada en el recrudecimiento de enfermedades inmuno-prevenibles y de la piel (alérgicas, respiratorias y digestivas); el incremento de la violencia doméstica; los embarazos en adolescentes; el riesgo de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y afecciones psicológicas traducidas en respuestas somáticas que afectan el comportamiento social, ocupacional y familiar de las personas.

Tales problemas de salud son explicables por el agravamiento de las precarias condiciones materiales y psicosociales de vida de la población en materia de seguridad alimentaria, vivienda, empleo, educación, protección frente al estrés postraumático y el uso de sustancias

psicoactivas, reconocimiento y solidaridad social, y bajo acceso a servicios públicos y sociales. Y aunque en promedio la afiliación a la seguridad social en salud es más alta en el asentamiento que en los lugares de origen (67% frente a 47%) y se incrementa con el tiempo de desplazamiento como efecto de la afiliación al régimen subsidiado como población especial de la que son beneficiarios los desplazados (Ibáñez, Moya y Velásquez, 2006; Comisión de Seguimiento, 2008a); el porcentaje de personas desprotegidas del aseguramiento para el acceso a servicios de salud oscila entre 35% y 50% (Codhes–Pastoral Social, 2006).

Estos, determinantes y riesgos que generan en la población un nuevo perfil de enfermedad, discapacidad y muerte, son consecuencia del desplazamiento y de la ausencia de una respuesta adecuada y oportuna del gobierno a la violación de sus derechos, que en salud se expresan en la carencia de un enfoque con clara orientación hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; en barreras de acceso a los servicios, aseguramiento, falta de integralidad y baja resolutivez de la atención; y en la discriminación cultural y social por razones de pertenencia étnica y por la condición de desplazados.

La política pública sobre el desplazamiento forzado en Colombia

En el marco general de la política pública colombiana, las políticas sociales hasta ahora desarrolladas para responder a las distintas necesidades de la población desplazada por la violencia, se fundamentan en la normativa internacional sobre los derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario DIH, en el bloque constitucional sobre los derechos humanos, económicos, sociales y culturales y, particularmente, en la racionalidad económica y política de las acciones del Estado orientadas a lograr el desarrollo económico y social, la seguridad nacional y la paz. Tal articulación pretende hacer compatibles las orientaciones del Estado social de derecho incluidas en la Constitución de 1991 con el contenido neoliberal del modelo de desarrollo económico y social.

La atención a la población desplazada se rige por lo dispuesto en la Ley 387 de 1997⁷ (y sus decretos reglamentarios), por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección y estabilización socioeconómica de los desplazados internos, y se definen el sistema y el plan nacional de atención. La política para la población desplazada concibe tres etapas: una de prevención, que busca anticipar los riesgos de desplazamiento; otra de atención humanitaria, tendiente a asistir y mitigar las necesidades básicas de la emergencia en materia de alimentación, alojamiento, salud y provisión de elementos básicos para la sobrevivencia; y la tercera de estabilización, que pretende la recuperación de la capacidad productiva y la sostenibilidad económica y social de los hogares mediante el apoyo en educación, salud, vivienda y generación de ingresos.

Se define que la asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica y de rehabilitación (Ley 387/97, Art. 19, numeral 4) se realice condicionada al reconocimiento e inclusión de la población en el registro oficial, y conforme las reglas, coberturas, limitaciones, exclusiones y mecanismos de financiación definidos en el sistema de aseguramiento en salud.

A pesar del aparente avance normativo y jurisprudencial iniciado con la ley 387 que ha contribuido a evitar el deterioro de la grave situación de los desplazados, distintos actores e investigadores (Acnur, 2007; 2004) han señalado grandes restricciones de la política y el deterioro de la situación humanitaria y de realización de derechos de las víctimas, como consecuencia de una política de marcado desarrollo normativo con un precario nivel de aplicación (Comisión de Seguimiento, 2008; 2008a; Acnur, 2007; CICR–PMA, 2007; Codhes–Pastoral Social, 2006), no obstante la promulgación de la sentencia T-025 de 2004⁸.

⁷ Congreso de la República. Ley 387 de 1997. “Por la cual se define el marco jurídico para la prevención del desplazamiento; atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia”. Julio 18.

Con base en la acumulación de más de cien acciones de tutela⁹, la Corte Constitucional declaró en esta sentencia que la situación de vulnerabilidad extrema que vive la población desplazada constituye un “Estado de Cosas Inconstitucional” (ECI), como consecuencia de la violación sistemática de sus derechos y de la reiterada omisión de las autoridades encargadas de brindarles protección oportuna y efectiva; y ordenó al Gobierno Nacional garantizar la atención, establecer niveles mínimos de protección, apropiar los recursos necesarios y adoptar mecanismos de seguimiento de la política. La respuesta de las autoridades provino con la expedición del Decreto 250¹⁰ y el Conpes 3400¹¹ con los cuales se adoptó un nuevo plan de atención orientado por principios de restitución de derechos y reconocimiento de la diversidad. Luego de cuatro años y más de 50 autos de seguimiento, la Corte ha considerado que a pesar de las normas y la mayor cantidad de recursos, aún no se ha superado el ECI ni se han restablecido los derechos de los desplazados, incluido el derecho a la salud (Comisión de Seguimiento, 2008; 2008a; 2008b). La falta de una perspectiva integral y diferencial de la atención sanitaria y el énfasis curativo individual predominante del sistema de protección social en salud basado en un modelo de aseguramiento de mercado, en detrimento de estrategias inter-sectoriales de acción en el campo de la salud pública; y de enfoques de atención con proyección familiar y de participación comunitaria capaces de abordar los determinantes sociales y promover la equidad sanitaria, constituyen algunas de las principales limitaciones de la protección en salud que no han podido ser subsanadas con las recientes normas de ajuste del sector.¹²

⁸ Honorable Corte Constitucional. Sentencia T-025 de enero de 2004. Ordenes proferidas por la Corte Constitucional para la protección de los derechos de los desplazados. Enero 22.

⁹ Se trata de un mecanismo creado por la Constitución de 1991 que permite a las personas reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos fundamentales cuando por acción u omisión de los particulares o la autoridad pública, estos resultan vulnerados o

amenazados.

10 Ministerio del Interior y de Justicia. Decreto 250 de 2005. Por el cual se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones.

11 Documento Conpes 3400 de noviembre 28 de 2005. Metas y priorización de recursos presupuestales para atender a la población desplazada por la violencia.

Protección social y desplazamiento forzado

En Colombia el Sistema de Protección Social creado con la Ley 789 de 2002¹³ tiene su punto de apoyo en el actual sistema general de seguridad social y en la propuesta del Banco Mundial sobre Manejo Social del riesgo MSR y Nueva Protección Social en el marco de la renovación de sus recomendaciones de política social (Holzmann y Jorgensen, 2000). Esta iniciativa del Banco Mundial, que se promueve como una opción distinta de las formas tradicionales de protección del Estado benefactor, está fuertemente arraigada en el mercado y en un ideario neoliberal que busca intervenir los riesgos y contingencias naturales y sociales que generan y profundizan la pobreza y la vulnerabilidad. Se orienta a asistir a los pobres en condición crítica (mediante estrategias de prevención, superación y/o mitigación) para superar los riesgos que les impiden insertarse en la vida productiva, procurarse bienestar y salir de la pobreza, haciendo de la protección social apenas un complemento del mercado en materia de bienestar.

Siguiendo este ideario, el sistema colombiano de protección social tiene dos componentes complementarios, aseguramiento y asistencia social, y busca disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos a los derechos de salud, trabajo y pensión (MPS, 2006).

Aunque el componente de asistencia social busca atacar las causas estructurales de la pobreza y remediar sus consecuencias, en la práctica tiene un marcado énfasis asistencialista porque asume que los pobres y vulnerables carecen de capital físico y humano para procurarse la supervivencia. La estrategia principal de lucha contra la pobreza es la de programas focalizados como los de subsidios en efectivo condicionados denominado “Familias en Acción”, los de entrega de alimentos y algunos auxilios de subsistencia que son los que mayormente recibe la población desplazada. Al desconocer el papel del modelo de crecimiento económico, de la política laboral y de la redistribución del ingreso en la disminución de la vulnerabilidad y la erradicación de la pobreza, este componente de asistencia social es restringido para soluciones estructurales (Rodríguez, 2005).

12 Ver: Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”, enero 9, y Decreto 3039 de 2007. “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”, agosto 10.

13 Congreso de la República. Ley 789 de 2002. “Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo”. Diciembre 27.

El componente de aseguramiento, por su parte, se reduce a tres seguros: salud (incluye enfermedad, maternidad e invalidez), pensiones y desempleo, los cuales sólo protegen a los trabajadores activos con capacidad contributiva frente a los riesgos asociados con las pérdidas de ingresos. De estos tres, los pobres sólo tienen derecho a un plan limitado de beneficios de atención en salud mediante un mecanismo de selección basado en prueba de medios (es decir, capacidad para cotizar al sistema) y la entrega de subsidios a la demanda, conforme lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 que creó el sistema general de seguridad social en salud.

Si bien seguro y asistencia han sido asumidos como complementarios, en la práctica el asistencialismo ha sustituido a la seguridad social enmascarándose el propósito universalista (más una vocación que una realidad) y la integralidad de los derechos sociales constitutivos de la protección social. Ambos componentes dependen del comportamiento del mercado laboral y de los ciclos económicos y no de un enfoque de derechos ciudadanos (Guerrero, 2006).

Aunque la protección para la población desplazada formalmente pasa por el reconocimiento de los derechos otorgados por el Derecho Internacional Humanitario y los reconocidos por el Estado colombiano en la Ley 387 de 1997, sus normas reglamentarias y el bloque de constitucionalidad, ésta ha quedado supeditada en la práctica a la lógica de los sistemas de protección social y de seguridad social en salud que limitan los beneficios teóricos en materia de derechos. En el caso de la protección social porque profundiza las tendencias de focalización y asistencialismo que discriminan a los pobres, y al centrarse en los riesgos que pueden hacer perder el trabajo o imposibilitar el acceso a medios de vida y de salud, soslaya enfoques más integrales e incluyentes basados en los derechos sociales.

En el caso del sector salud, porque con la Ley 100 se estableció un sistema de mercado, de aseguramiento individual y centrado en la enfermedad que: segmenta a la población en dos regímenes según capacidad de pago (contributivo para los trabajadores y personas con capacidad para cotizar y subsidiado para los más pobres); fragmenta la atención entre aseguradores (empresas promotoras de salud EPS) y proveedores de atención (instituciones prestadoras de servicios de salud IPS) públicos y privados en competencia; y presenta múltiples barreras económicas, geográficas, culturales y administrativas de acceso a los servicios y poca integralidad de sus acciones.

En este marco, el reto fundamental para superar la exclusión y hacer efectiva la protección social –y la protección social en salud– para los desplazados, tiene como punto de partida la materialización y restablecimiento de los derechos arrebatados como consecuencia del desplazamiento, y el desarrollo de políticas públicas universalistas e integrales que se fundamenten en acciones afirmativas y con enfoque diferencial. La acción afirmativa debe ayudar a corregir los resultados inequitativos previos de los arreglos sociales sobre los desplazados, esto es, la mayor vulnerabilidad y pobreza (Fraser, 2003; Kabeer, 1999), y el enfoque diferencial debe reconocer las diferencias y las

desventajas de estatus social de los individuos y grupos de la población por razones de sus valores y características étnicas, de género o de otra índole, como el desplazamiento (Young, 2003).

SALUD Y BIENESTAR DE LOS DESPLAZADOS EN BOGOTÁ

Bogotá es el principal municipio receptor de población desplazada en el país con cerca de 450.000 personas (9,2% del total de desplazados del país) calculadas por Codhes (2009; 2010; Codhes–Famig, 2007), y se estima que hoy arriban a la ciudad en promedio 60 familias por día. La mayoría procede de zonas rurales de departamentos vecinos y su afluencia sigue los patrones generales del desplazamiento en el país. Así, la mayor parte de los migrantes llegó a la ciudad en el 2002, año reportado como el pico más alto del fenómeno; entre 2005 y 2009 arribaron 214.723 nuevas víctimas del total de 1.505.243, y entre 2007 y 2008 se reportó un incremento del 25% (Codhes, 2008; 2009).

Las evidencias recabadas en el diagnóstico realizado como primera fase de esta investigación en el año 2005 (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005; Hernández y Gutiérrez, 2008), que compara la situación de la población desplazada con la situación de la población habitante regular de los lugares donde llegan (receptores), y con la situación previa a la migración forzada ([Anexo 1](#)), mostraron que el desplazamiento acentúa los riesgos para la salud y la exclusión social, y profundiza las desigualdades en condiciones de vida, resultados en salud y acceso a servicios.

Los desplazados son en su mayoría mujeres, niñas, niños y jóvenes, y el promedio de indígenas y afro-colombianos es 10 veces mayor (OR=9.9 IC95% 4.0-20.4) que en la población general. El desplazamiento afecta la estructura y dinámica familiares y de manera particular a los diferentes miembros. Antes las familias eran numerosas (6.2 personas), y como consecuencia del desplazamiento, el promedio ha disminuido (5.2 personas); cerca del 50% ha perdido alguno de sus miembros. La jefatura femenina de hogar es más alta entre desplazados que en la población pobre receptora no desplazada (37% vs. 30%) y que el promedio nacional de 26% (Dane, 2005).

Habitan en condiciones precarias, en zonas de alto riesgo, en viviendas de mala calidad, con hacinamiento crítico (59% de los hogares desplazados y 43% de los receptores), y tienen menor acceso a servicios públicos que los pobres de los lugares de asentamiento (70% vs. 75% respectivamente). Y aunque la cobertura de acueducto, saneamiento y energía es mayor que en los lugares de origen, por las características de la vivienda y el hacinamiento, el 64% de los hogares considera que su situación actual es peor que antes del desplazamiento.

Comparativamente con la población no desplazada receptora, muestran tasas de desempleo más altas (75,9% vs. 67,4%) y empleo de peor calidad (69.6% desplazados frente a 52,7% receptores). 23% de los desplazados no tiene ninguna educación y sólo 3.5% de los receptores, siendo el riesgo de no saber leer ni escribir 1.5 veces superior (OR=1.5 IC95% 1.1-1.8), y la deserción escolar, particularmente en la educación secundaria, mayor.

Una medida de la vulnerabilidad de los hogares es la medición del gasto. En los hogares desplazados de menos de un salario mínimo legal, el gasto equivale al 80% del de hogares receptores pobres, siendo inferior aún en los hogares con jefatura femenina. Esto puede explicar la baja capacidad para asegurar la alimentación, una de las necesidades más sentidas de los desplazados. Dos tercios de los hogares producían sus alimentos, y posterior al desplazamiento el 80% debe comprarlos, dadas las barreras económicas, en la práctica el 50% de las familias comen menos de tres comidas al día (CICR-PMA, 2007).

TABLA 1. HOGARES ENCUESTADOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (%)

Características de la vivienda	Población antes desplazamiento	Población después desplazamiento	Población receptora
Tipo de vivienda			
Casa o apartamento	95.0	7.0	6.0
Cuartos en estructura inquilinato	3.0	48.0	32.0
Otro cuarto o vivienda	1.9	46.0	62.0
Acceso a servicios públicos			
Acueducto	47.0	77.0	79.0
Alcantarillado	76.0	70.0	73.0
Energía	64.0	96.0	98.0
Todos los servicios	2.0	25.0	46.0
Personas por hogar	6.2	5.2	4.3
Número de cuartos en que duermen personas del hogar			
Uno	19.3	59.0	43.0
Dos o más	80.7	41.0	57.0

Fuente: encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades de estudio en Bogotá D.C. Septiembre 2005 (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005).

La población desplazada tiene 1.6 veces más probabilidad de percibir su salud como mala (OR=1.6 IC95% 1.3-1.8); una mayor incidencia de muertes infantiles, maternas y por violencia (2.5% en desplazados y 0.5% en receptores) y de discapacidad por enfermedad (69% vs. 60%) como se muestra en la [Tabla 2](#). Esto se expresa en un riesgo de reportar enfermedad 1.3 veces superior (OR=1.29 IC95% 1.03-1.61).

Los problemas prioritarios de salud son similares en las dos poblaciones (Tabla 3), pero la magnitud de los eventos es mayor en la población desplazada y el perfil está caracterizado por problemas de salud mental, violencia intrafamiliar, desnutrición, embarazo adolescente, enfermedades respiratorias agudas y crónicas, y patologías de la piel.

TABLA 2. POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN CONDICIONES DE SALUD-ENFERMEDAD

Condiciones de salud-enfermedad	Población desplazada		Población receptora	
	No.	%	No.	%
Eventos de interés en salud hogares				
Muertes infantiles, maternas, violentas	58	2.5	39	0.5
Discapacidad	349	12.8	41	10.3
Percepción sobre salud				
Buena o muy buena	1.509	72.5	1.382	81.0
Mala o muy mala	573	27.5	323	19.0
Enfermedad				
Enfermedad crónica	196	9.4	160	9.4
Enfermedad últimos treinta días	217	10.4	141	8.3
Incapacidad por enfermedad	67	69.2	57	59.6
No.	2.082		1.705	

Fuente: encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades de estudio en Bogotá D.C. Septiembre 2005 (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005).

TABLA 3. PERCEPCIÓN DE SALUD Y PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD

Población desplazada	Población receptora
Salud mental	Desnutrición
Violencia intrafamiliar	Salud mental
Desnutrición	Enfermedades respiratorias
Embarazo en adolescentes	Dermatitis y otras, piel
Enfermedades respiratorias	Embarazo en adolescentes
Dermatitis y otras, piel	Enfermedades transmisibles
Enfermedades crónicas	Enfermedades crónicas
Enfermedades transmisibles	Violencia intrafamiliar
Discapacidad	Discapacidad

Fuente: trabajo cualitativo de campo con población y funcionarios de los servicios de salud. Abril a Septiembre 2005 (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005).

No obstante los mejores niveles de aseguramiento en salud (Gráfico 1) en los sitios de asentamiento comparados con los lugares de origen (58%), la cobertura en los desplazados es menor que en la población pobre receptora (76,4% frente a 80,8%); reciben menos beneficios que los afiliados con capacidad de pago del régimen contributivo porque predomina la afiliación al régimen subsidiado como población especial (OR=5.4 IC95% 4.3-6.8), y tienen 1.4 veces más probabilidad de tener problemas tanto con la afiliación como con los trámites (OR=1.4 IC95% 1.1-1.8). La inclusión en el sistema oficial de información sobre desplazamiento es un factor promotor del aseguramiento, lo que se evidencia en un porcentaje de no afiliación dos veces superior en la población no registrada (41%) frente a la registrada (19%).

A pesar de una mayor carga de enfermedad (10.8% vs. 8.3% en receptores, OR=1.29 IC95% 1.03-1.61) y una percepción más alta de mala salud, los desplazados tienen más barreras geográficas, administrativas y económicas para la utilización de los servicios (por ejemplo, la distancia, la calidad, la tramitología, la falta de dinero, entre otros). Barreras que se expresan en el menor uso de servicios (62% vs. 72%), y cuando ello ocurre (particularmente en atención de problemas sicosociales), el modelo de atención de corte individualista y centrado en la enfermedad, es inefectivo frente a sus necesidades (Gráfico 2). Además, la población indígena y afrodescendiente padece los rigores del desconocimiento de su cosmovisión y prácticas de salud, los cuales no son reconocidos por el sistema de seguridad social en salud.

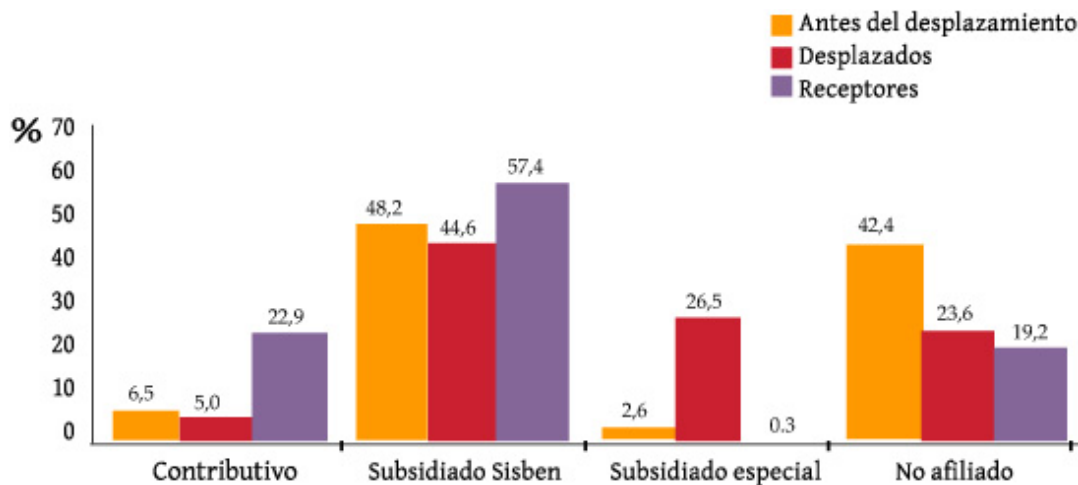
Entre las barreras al acceso, la población desplazada y los funcionarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Hernández, Vega, Gutiérrez, et al. 2008; Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005), han coincidido en señalar como las principales para la atención en los servicios de salud:

- Las trabas y demoras para el proceso de reconocimiento y registro en el sistema oficial de información que habilita a la población desplazada para el reconocimiento de sus derechos.
- El desconocimiento por parte de los desplazados de los beneficios a que tienen derecho en materia de salud y sobre procedimientos y trámites.
- Las limitaciones en los beneficios ofrecidos a los desplazados en el régimen de subsidios a la demanda, que es inferior a las

necesidades de la población; además del incumplimiento en asuntos tales como la realización de exámenes de diagnóstico o la entrega de los medicamentos en forma completa.

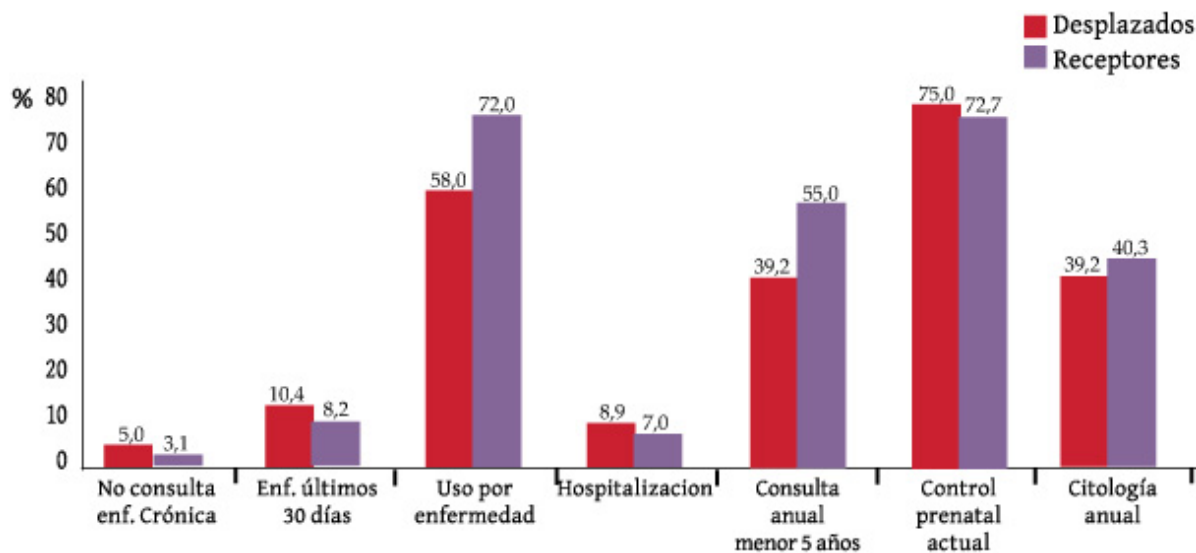
- El exceso de trámites para el aseguramiento y la prestación que se traducen en demora o negación del servicio.

GRÁFICO 1. POBLACIÓN DESPLAZADA Y RECEPTORA SEGÚN AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Fuente: encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades de estudio en Bogotá D.C. Septiembre 2005 (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005).

GRÁFICO 2. POBLACIÓN DESPLAZADA Y RECEPTORA POR USO DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN TIPO DE SERVICIO



Fuente: encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades de estudio en Bogotá D.C. Septiembre 2005 (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005).

- La dispersión de la red de servicios que exige a la población traslados e incremento de costos.
- La fragmentación de la atención en salud por niveles y la inoperancia del sistema de referencia y contra-referencia que hace que la población desplazada se pierda, sin que el sistema o los servicios puedan dar cuenta de su seguimiento.
- El desconocimiento por parte de los funcionarios acerca de los derechos de los desplazados, que conduce a negar la atención por los cambios frecuentes de personal y el poco conocimiento de las disposiciones existentes.
- La poca integralidad, oportunidad, continuidad y calidad del modelo de atención en relación con las complejas y múltiples necesidades de salud de la población desplazada según sus características particulares por edad, sexo y condición étnica.

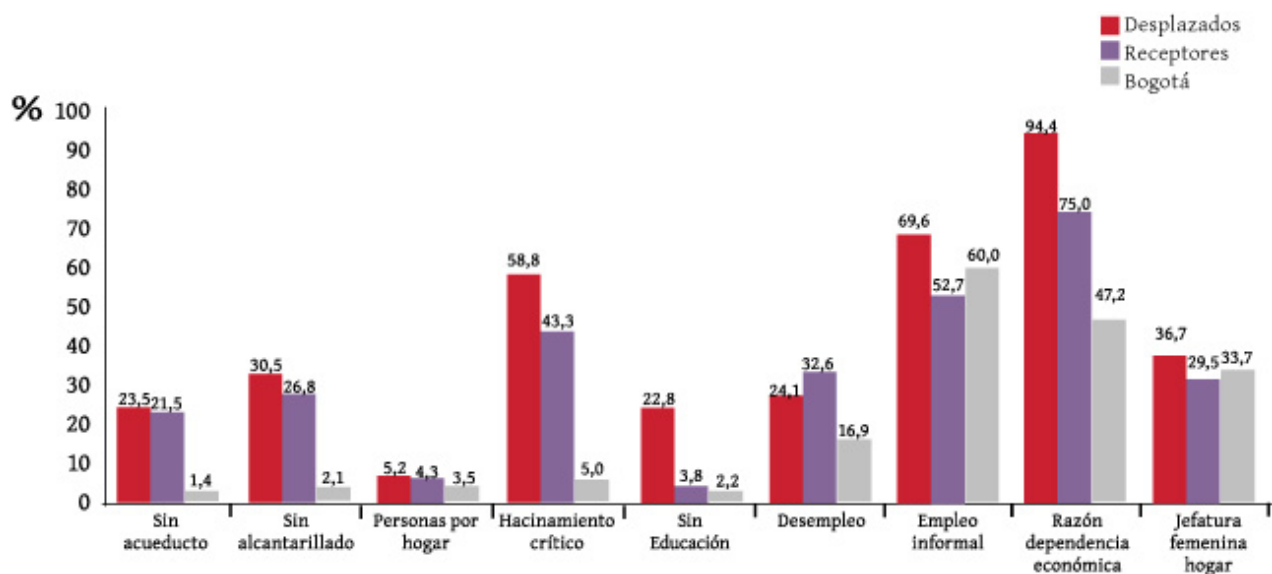
Este panorama de hacinamiento, deficiente cobertura de servicios, desempleo, baja educación, pocos ingresos, cambios en la estructura y dinámica familiares, y las condiciones de discriminación y estigmatización en los imaginarios sociales sobre el desplazamiento, muestran algunos de los indicadores y situaciones más representativas de la extrema vulnerabilidad de la población desplazada cuando se compara con la población receptora local y el resto de la ciudad (Gráfico 3).

Todos constituyen determinantes sociales de la salud física y mental que pueden explicar la mayor carga de enfermedad en los desplazados, la cual se agrava por la poca cobertura y precariedad de las prestaciones del sistema de protección social, por la orientación asistencial de la respuesta, y por las limitaciones de la política de mercado para el acceso a servicios de salud y otros servicios sociales.

Respuesta distrital a la situación de la población desplazada en Bogotá

La población desplazada que vive en Bogotá presenta igual problemática en materia de exclusión, y su atención está enmarcada por las políticas y leyes nacionales. Sin embargo, la ciudad ha formulado y ejecutado políticas locales que la hacen hoy la región del país con más desarrollos y avances en materia de protección de los derechos de las víctimas, un hecho en mucho propiciado y mantenido por los cambios en la orientación de la política social de las dos últimas administraciones.

GRÁFICO 3. CONDICIONES DE VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA Y BOGOTÁ (%)



Fuente: encuesta de hogares desplazados y receptores en seis localidades de Bogotá. Septiembre de 2005. Proyecto Protección Social, salud y desplazamiento forzado en Bogotá. Convenio UJ-SDS-FAMIG/IDRC (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al., 2005). Datos para Bogotá con base en: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo Nacional de Población. Descargado de: www.DANE.gov.co, 26/10/07; Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2003. Presentación de resultados (ppt). Bogotá 2003. Descargado de: www.DANE.gov.co, 12/03/05

En materia de salud, desde el año 2004 la respuesta distrital a la situación de la población desplazada se fundamentó en una política pública de salud que tuvo como objetivos centrales: universalización progresiva de la atención incorporando prioritaria y selectivamente a las poblaciones más pobres y vulnerables; acciones intersectoriales para mejorar las condiciones de vida, capacidades y opciones de las personas y familias; fortalecimiento de la salud pública; y garantía del derecho a la salud para superar las inequidades en salud y en el acceso a los servicios. (Alcaldía Mayor de Bogotá–DAPD, 2004).

Estos objetivos se articularon en un Plan de Desarrollo Distrital cuyas políticas sociales propendían formalmente por la protección y seguridad social integral mediante la garantía y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales con énfasis en los niños, niñas y la equidad de género, el derecho a la alimentación, la equidad en el acceso a los servicios sociales, culturales y recreativos, y la generación de oportunidades para el trabajo y el incremento de ingresos. Para el desarrollo de tales políticas, desde el sector salud se promovieron dos estrategias: la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS), que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales y la equidad social (Secretaría Distrital de Salud 2007), y la Atención Primaria Integral de Salud¹⁴, (APIS) que busca mejorar el acceso a los servicios sociales y de salud, la atención integral y continua, la acción intersectorial y la participación social (Secretaría Distrital de Salud, 2008).

Sin duda el principal mérito de la administración de la ciudad en el período 2004-2008 fue el reconocimiento de la situación de los desplazados y de la necesidad de enfoques más proactivos de la política distrital frente a las limitaciones de la respuesta nacional, que se tradujeron en la definición de metas y líneas estratégicas para la atención de un plan integral, el Plan Integral Único para población desplazada (PIU). Para su operación se destinó un monto de recursos muy superior al invertido en la administración anterior (200.000 millones de pesos para el período¹⁵), aportes adicionales de recursos en bonos y subsidios, movilización de recursos de cooperación internacional y fortalecimiento del sistema distrital de atención en salud, educación, capacitación para el trabajo y subsidios complementarios de vivienda para lograr la estabilización socio-económica (Hernández y Gutiérrez, 2008a).

No obstante la mayor vulnerabilidad y exposición a riesgos de los desplazados, la respuesta del sistema de protección social es aún deficiente. Carecen de transferencias sociales como pensiones de jubilación y no están protegidos frente al desempleo, la precariedad y la informalidad del empleo y la discapacidad. Las políticas orientadas a generar empleo y los recursos y créditos entregados para el desarrollo de proyectos productivos son limitados en su alcance, cobertura y asesoría técnica. La respuesta en servicios públicos como vivienda, saneamiento básico, educación, alimentación, apoyo a las familias y a la infancia, son deficientes. Las políticas públicas orientadas a la reducción de desigualdades sociales por clase, género y pertenencia étnica son ausentes o demasiado débiles. Además, la protección como ciudadanos y el desarrollo de normas y recursos para promover el empoderamiento y la participación, resultan ineficaces para que los desplazados incidan en forma efectiva en las decisiones públicas.

14 Inició con el programa “Salud a Su Hogar” hoy “Salud a Su Casa”.

15 Cerca de 100 millones de dólares.

Y aunque las acciones iniciadas por el gobierno distrital parecen significar una mejora importante y ejemplo nacional, no han sido suficientes para mejorar la situación de los desplazados, requiriéndose avanzar en un horizonte más amplio y universal de las políticas sociales y de salud. Estas insuficiencias nacionales y distritales justificaron la necesidad de formular una política pública de salud para la población desplazada que ayudara a enfrentar varios de los desafíos que se derivan de esta problemática.

LA CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA DE SALUD PARA LOS DESPLAZADOS EN BOGOTÁ: UN EJERCICIO DE CIUDADANÍA

Dado que la decisión sobre una política pública es un proceso largo y complejo en el que participan multiplicidad de actores con valores, ideologías, intereses, saberes y poderes conflictivos y asimétricos, la metodología tuvo un carácter participativo y pretendió encontrar una salida consensuada a las diferentes visiones, posiciones y propuestas de grupos de poder dentro del Estado y la sociedad, con capacidad de influencia disímil en la formulación de políticas públicas (Roth, 2006; Vargas, 2001).

Se privilegió la participación directa, informada y cualificada de los actores. Para ello, y como paso previo, se implementaron estrategias¹⁶ que permitieran una amplia difusión, uso y apropiación de las evidencias aportadas por ésta y otras investigaciones (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005; Hernández y Gutiérrez, 2008; 2008a; CICR–PMA, 2007; Codhes–Famig, 2007, Ojeda y Murad, 2006).

En estos espacios de validación se articularon los hallazgos científicos con la experiencia, reflexión y crítica de los actores vinculados al proceso¹⁷ con quienes se logró una priorización y reinterpretación de los problemas, constituyéndose en un ejercicio ciudadano de participación e interacción de intereses, voluntades y recursos técnicos y políticos, tanto de la población desplazada como de los sectores participantes.

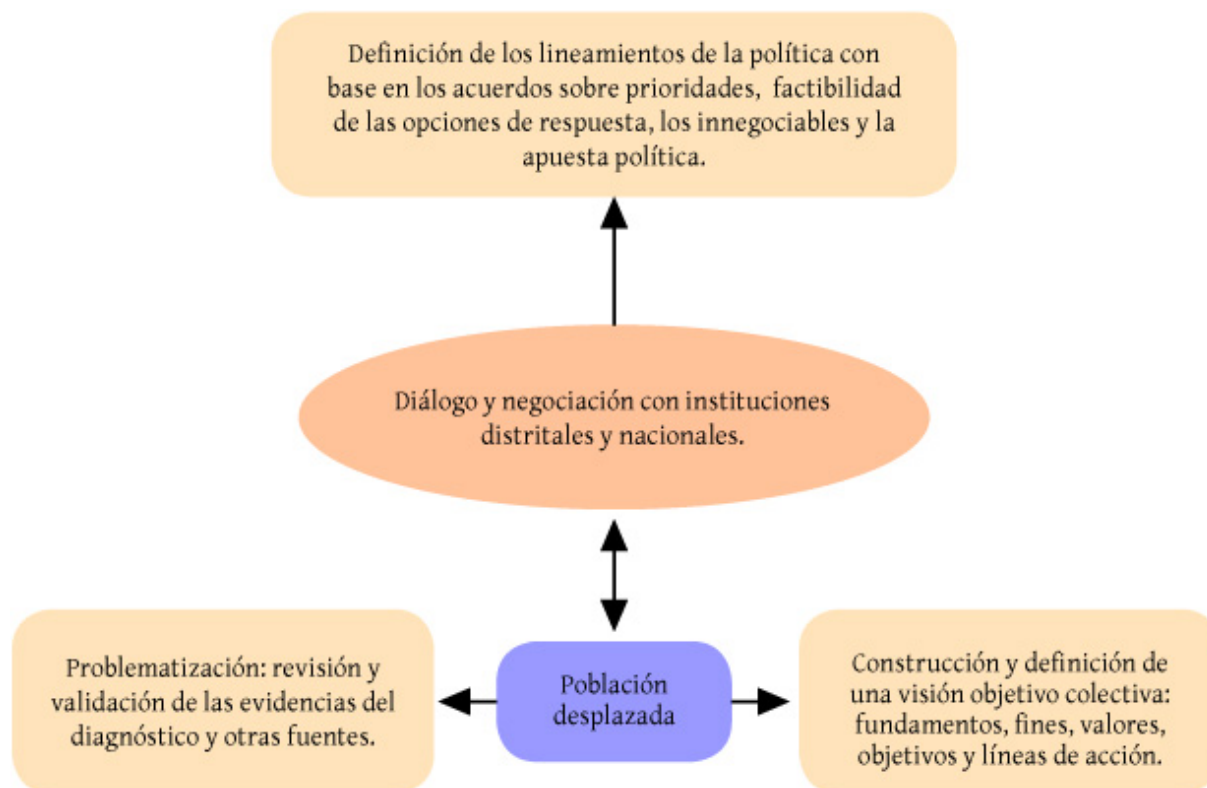
16 Talleres de devolución de hallazgos con población desplazada y con funcionarios del sector salud, folletos publicados con la síntesis de la información, foros locales citados por la población.

17 Los actores relevantes involucrados en el proceso fueron de tres tipos: 1. Población desplazada organizada y no organizada de las localidades y representantes al Consejo Distrital de Atención a la Población Desplazada. 2. Representantes de instituciones públicas del sistema distrital de atención a población desplazada: las secretarías de salud, gobierno (responsable de la atención de los desplazados en la ciudad), educación y hábitat (atiende los temas relacionados con vivienda y espacio urbano), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF (responsable de la atención y protección de la familia y el menor), la Secretaría de Integración Social (atiende población vulnerable en la ciudad); funcionarios del orden nacional responsables de la atención a desplazados de los ministerios de Protección Social, Agricultura y Acción Social, ente rector y coordinador de la política de atención a los desplazados; organismos de derechos humanos como la Defensoría del Pueblo y entes de vigilancia y control como la Personería Distrital, la Veeduría Distrital y la Procuraduría General de la Nación, y agencias internacionales del sistema de Naciones Unidas como el ACNUR, y Unicef y ONG de derechos humanos como Codhes. 3. Investigadores de la Universidad Javeriana y la Secretaría Distrital de Salud y grupo de apoyo académico cumpliendo el rol de facilitadores del diálogo y orientadores del proceso.

Se pactó un proceso amplio de consulta y construcción con la población desplazada en sus sitios de asentamiento a través de talleres para el diseño de la política, cuyos consensos fueron luego discutidos en un escenario más amplio, el distrital, que los agregó y articuló en un documento base para el debate general, que luego se tradujo en los lineamientos de la política. Un proceso de *abajo hacia arriba* (Gráfico 4), donde fueron momentos cruciales de la apuesta metodológica, la problematización, la reinterpretación de realidades, la identificación de recursos y necesidades, y la síntesis de consensos entre los distintos grupos de la población desplazada y posteriormente los sectores del sistema integral de atención. Para ello fue necesario fortalecer la capacidad de diálogo y debate de los desplazados y luego propiciar la interacción con los tomadores de decisiones, en un dialogo efectivo, cualificado y de nivel argumentativo basado en evidencias.

En este marco la opción por lo participativo no fue sólo una estrategia metodológica. Fue entendida como un compromiso ético y moral de los actores, que comprenden que la formación de sujetos sociales y políticos en procesos de debate abierto aporta al ejercicio de los derechos, permite su empoderamiento y promueve la construcción de realidades más justas e igualitarias.

GRÁFICO 4. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA



El agendamiento del problema: participativo y documentado

Las distintas evidencias referidas mostraron que los desplazados tienen una mayor vulnerabilidad, porque a los riesgos anteriores al desplazamiento (pobreza y exclusión) se superponen los propios de éste: pérdida en calidad de vida, activos físicos, derechos y capital social. La desatención del Estado y de la sociedad, la discriminación y falta de reconocimiento por pertenencia étnica y de género, configuran entre otros factores, una sobrecarga de vulnerabilidad y exposición, que explican los problemas de salud y la profundización de la inequidad.

Tomando como referencia lo propuesto por Kingdom (1995) sobre agendamiento político, habría que decir que el proceso de formular la política pública de salud para los desplazados asentó en el momento en que confluyeron las políticas del gobierno distrital y el debate público, que hicieron visibles los problemas de salud y sus determinantes. Las estrategias utilizadas para la difusión de resultados en los procesos de validación dieron lugar a la emergencia del problema como problema público de interés político y social, y el ambiente político era propicio. La administración de corte izquierdista del Alcalde Luis Eduardo Garzón explicitó su apuesta por la población desplazada de la ciudad en el plan de desarrollo 2004-2008 y en las políticas sectoriales, en especial la de salud, en un marco de lucha contra la pobreza y la exclusión, y de apertura a procesos participativos y de integración territorial que hicieron visible el compromiso de los actores públicos con el drama del desplazamiento y sus consecuencias sobre las víctimas.

Como producto de las discusiones y acuerdos de priorización y validación, se construyó un esquema comprensivo (Gráfico 5) sobre el problema objeto de política pública que muestra las influencias para la salud en distintos niveles a manera de factores explicativos de las condiciones de salud, siendo éste un insumo básico para el inicio y desarrollo de la formulación de la política.

A partir de este marco explicativo y de los idearios de cambio expresados por los desplazados se acordaron los enfoques que debían guiar el proceso de construcción de la política. Estos fueron:

- Un enfoque de determinantes que permitiera el análisis y la intervención de las influencias sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales para la salud (Solar e Irwin, 2005; Diderichsen, Evans y Whitehead, 2002).
- El reconocimiento de la salud como derecho fundamental en el marco de derechos económicos, sociales y culturales interdependientes que supere la visión del derecho sólo como atención médica (Defensoría del Pueblo, 2003; Comité DESC, 2000).
- Un enfoque del sistema de salud universal e integral orientado por el logro de resultados en salud de individuos, familias y población.
- Un enfoque de equidad en salud tendiente a disminuir o eliminar las desigualdades sociales relacionadas con el acceso a los servicios de salud y otros bienes sociales que influyen la salud (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2002; Whitehead, 1992).
- El reconocimiento de la diversidad (etnia, género, generación) y de las circunstancias del desplazamiento que afectan diferencialmente a la población desplazada –y a los distintos grupos que la componen– que requieren de acciones afirmativas.

GRÁFICO 5. INFLUENCIAS PARA LA SALUD Y RETOS PARA LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA

INFLUENCIAS PARA LA SALUD					
Situación de salud	Condiciones de vivienda y saneamiento	Condiciones sociales de vulnerabilidad	Problemas de exclusión social	Problemas de sistema de atención en salud	Estado y políticas públicas
Desnutrición y anemia Problemas de salud mental: cambios de conducta, estrés postraumático, violencia doméstica, consumo de psicoactivos, depresión, intento de suicidio, síntomas inespecíficos frecuentes Enfermedades infecciosas (ERA, EDA) Enfermedades crónicas (HTA, diabetes) Enfermedades de la piel Discapacidades físicas y mentales	Asentamiento en zonas de alto riesgo	Delincuencia e inserción a grupos armados al margen de la ley	Bajos niveles de escolaridad	No portabilidad nacional del seguro	Concepción de Estado y modelo económico
	Material de pisos y paredes inadecuado	Embarazo adolescente	Alto desempleo y subempleo	No universalidad del aseguramiento	Políticas de empleo
	Contaminación ambiental	Jefatura femenina sin cónyuge	Ingresos bajos	Aseguramiento con énfasis en régimen subsidiado	Conflicto armado
	Bajo acceso a servicios públicos	Alto porcentaje de población menor de edad	Escasa capacitación para el trabajo	Limitaciones de beneficios del POSS	Debilidad mecanismos de coordinación y gestión intersectorial e interinstitucional
	Barreras para adquisición de vivienda digna y para acceso a subsidio complementario	Deserción escolar	Alta dependencia económica	Énfasis curativo e individual	Enfoque asistencialista de política con énfasis en emergencia
		Difícil acceso a alimentos. Inseguridad	No reconocimiento de todos los desplazados	Trámites excesivos para acceso a servicios: cartas, verificador derechos, fotocopias	Visión restringida de derechos
		Vulnerabilidad nutricional	Demoras en recepción de la ayuda humanitaria, inclusión en el registro oficial y alto porcentaje de rechazo	Falta de integralidad de la atención (escaso reconocimiento de condiciones particulares para su inclusión en beneficios)	Limitaciones del enfoque diferencial y de acción afirmativa
		Ruptura familiar	Discriminación y estigmatización		Participación limitada e institucionalizada
		Desarraigo			Inexistencia de políticas distritales de atención

Fuente: Hernández, Vega, Gutiérrez, et al. 2008.

El debate y la reflexión hicieron evidente que para materializar estos enfoques se requería una política de Estado que comenzara por remover las causas del desplazamiento forzado por violencia, reparar a las víctimas por las pérdidas y daños causados a sus bienes y derechos sociales, compensarlas por las pérdidas en las oportunidades futuras, e incluirlas en un sistema de derechos sociales con enfoque integral, como lo establecen los principios y las normas del DIH, los tratados generales sobre derechos humanos, y las sentencias de la Corte Constitucional de Colombia.

Trabajar en esta dirección implicaba un replanteamiento radical del contenido y orientación de las políticas sociales. El proceso enseñó que los cambios no podían ser resultado de un simple ejercicio de formulación local puesto que se requerían transformaciones amplias y profundas del contexto social, económico y político del país, sólo alcanzables con un cambio en la correlación de fuerzas de los actores sociopolíticos. Dada la ausencia de un escenario de esta naturaleza para reorientar el sistema de protección social, se decidió avanzar en los cambios posibles en el marco de las políticas económicas y sociales existentes.

Diálogo y acuerdos: el proceso de construcción de los lineamientos de la política pública de salud

La formulación de la política partió del saber y el sentir de la población desplazada y de los acuerdos previos sobre las causas inmediatas y profundas de los problemas, las limitaciones en la respuesta y los enfoques orientadores de la política. Con su participación, los desplazados ayudaron a los demás actores a comprender cómo el desplazamiento y sus condiciones repercuten en la salud y el bienestar, y a definir los valores, principios, objetivos, estrategias y líneas de acción de la política, su viabilidad técnica, administrativa y legal, su horizonte de efectividad en función de los resultados buscados y los métodos e indicadores para su seguimiento y evaluación (Hernández, Vega, Gutiérrez, et al. 2008).

La entrega de saberes técnicos y científicos de los expertos y actores institucionales, y la de saberes vivenciales de los desplazados y sus organizaciones, creó un entramado discursivo que favoreció el debate y posibilitó la construcción de un consenso dialogado sobre los aspectos esenciales que finalmente darían contenido a la política.

El proceso se desarrolló a través de etapas y escenarios de discusión ([Gráfico 6](#)) que fueron agregando información, rehaciendo propuestas, mejorando la comprensión del fenómeno y ajustando, complementando y viabilizando las propuestas de cambio.

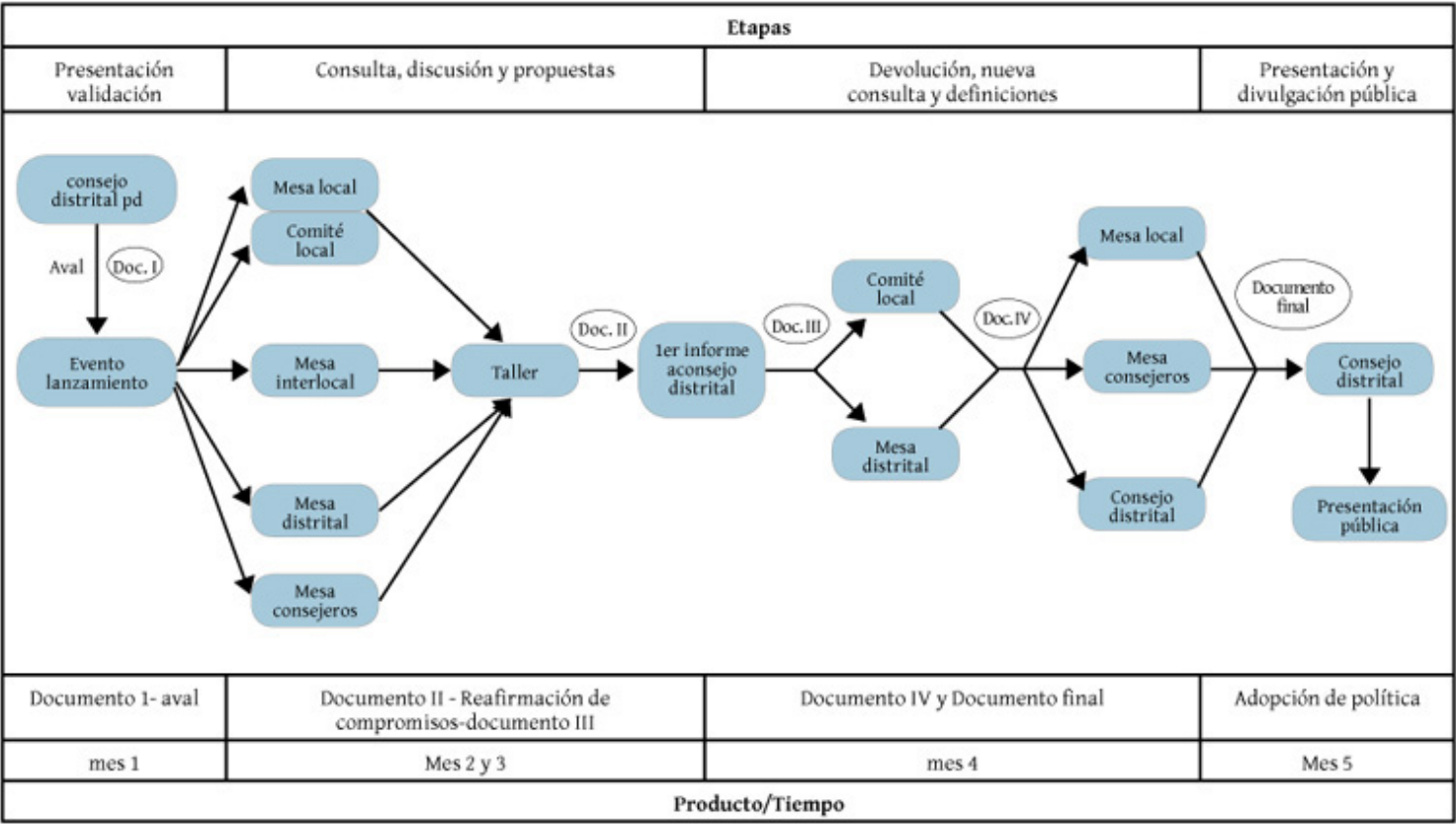
La primera etapa fue la presentación de la propuesta ante la autoridad sanitaria, otras autoridades distritales y el Consejo Distrital de Población Desplazada (órgano decisor y coordinador de la política), que luego se concretó en un acto público de lanzamiento avalado por los secretarios de salud y gobierno y el personero distrital. La segunda fue la consulta por escenarios de discusión: mesas locales para el trabajo con la población y funcionarios, mesa distrital con las instituciones obligadas a la atención, mesas de enfoque diferencial de mujeres y etnias, y mesa de consejeros con los demás actores interesados. Una tercera etapa de devolución de los acuerdos, nueva consulta y acuerdos finales, y una última de presentación y divulgación de resultados.

Las consultas locales y distritales por escenarios aportaron insumos amplios que mostraron un gran nivel de coincidencia en cuanto a la situación problema recreada y a la propuesta de fundamentos, valores, objetivos y líneas de acción de la política. Delegados locales de los

desplazados trabajaron en la construcción de una propuesta que fue presentada a todos los actores, y constituyó el punto de partida del proceso de diálogo, negociación y concertación con las instituciones del Estado distrital y nacional. Este documento base de la discusión recogió una propuesta de política integral, con enfoque diferencial y de equidad, desde una perspectiva de la salud como derecho humano fundamental, orientada a garantizar el acceso universal a los servicios de salud y la acción sobre determinantes sociales, que como punto de partida, demandó el reconocimiento del conflicto armado interno y de sus impactos sobre las víctimas, y el cese del fenómeno del desplazamiento.

No obstante esta pretensión, dada la estructura sectorializada de la política social en el país y las limitaciones normativas y financieras del sistema de salud, la integralidad sólo podía realizarse mediante acción intersectorial. Por ello la propuesta identificó dos componentes principales: uno de acciones y respuestas propias del quehacer del sector salud, y otro de respuestas y acciones de responsabilidad directa de los demás sectores económicos y sociales.

GRÁFICO 6. PROCESO GENERAL DE CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN BOGOTÁ



Fuente: Hernández, Gutiérrez, Vega, et al. 2008.

La respuesta institucional fue construyéndose desde las primeras discusiones con las entidades del gobierno nacional y distrital que respondieron a la convocatoria,¹⁸ quienes acogieron el documento elaborado por la población desplazada. La más activa y decidida fue la participación de la Secretaría de Salud, que a partir del documento presentado por los desplazados, elaboró una matriz de trabajo para que las instituciones dieran respuesta uno a uno a los objetivos y líneas de acción, y discutieran sobre su viabilidad técnica, financiera y política.¹⁹

Mientras el sector salud acogió gran parte de las demandas sectoriales de la población, las entidades de otros sectores que son parte del sistema nacional o distrital de atención a los desplazados no se comprometieron más allá de lo ya previsto en el plan de desarrollo de la ciudad o de los planes sectoriales programáticos ya aprobados. Este resultado mantuvo la brecha de desacuerdos entre las propuestas de la población y las de las instituciones, dejando en evidencia un vacío de respuesta y de voluntad política para dar solución efectiva a los problemas que aquejan a los desplazados.

La respuesta al componente sectorial fue elaborada con el concurso de las distintas direcciones de la Secretaría de Salud y la participación de la dirección de Promoción Social del Ministerio de la Protección Social. Las pocas iniciativas concretas en el componente extra-sectorial provinieron de la Secretaría de Gobierno (responsable de los temas de seguridad y convivencia ciudadana y derechos humanos), en relación con la creación de albergues temporales; de Acción Social (entidad responsable de coordinar el sistema de atención a los desplazados) en lo que atañe al sistema de información y al proceso de reconocimiento oficial, y de la Secretaría de Hábitat (encargada de los temas de vivienda y ambiente urbano) en la autorización para la compra de vivienda usada, compra colectiva de lotes para autoconstrucción y uso del subsidio distrital para compra de vivienda en cualquier territorio del país²⁰. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (responsable de la

atención y protección de la familia y el menor) junto con la Secretaría de Salud, asumió compromisos fundamentalmente relacionados con la vigilancia nutricional.

18 Las entidades que más activamente participaron del proceso, de las discusiones y negociaciones fueron las secretarías de Salud, Gobierno, Hábitat e Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Acción Social.

19 Se realizaron en total dos reuniones para presentar las demandas específicas contenidas en la propuesta de la población y orientar el enfoque de las decisiones; cinco talleres con las entidades que presentaron respuestas y compromisos concretos; y cuatro reuniones entre la población y la Secretaría de Salud para la negociación de puntos críticos.

Las respuestas intersectoriales no se correspondieron con la magnitud y complejidad de los problemas identificados, ni con las propuestas realizadas en aspectos críticos de las demandas de los desplazados como educación y capacitación para el trabajo; recuperación, protección y adjudicación de tierras; protección y seguridad de líderes y lideresas; empleo y generación de ingresos, temas vinculados a los sectores de educación, agricultura y gobierno. Tampoco fueron asumidas por los organismos de derechos humanos y de vigilancia y control como la Defensoría del Pueblo, la Veeduría Distrital, la Personería Distrital y la Procuraduría General, los cuales participaron tangencialmente del proceso.

La ausencia de respuesta positiva se debió a varios factores: la falta de voluntad política de las instituciones gubernamentales del nivel nacional y distrital; las limitaciones propias del enfoque que éstas dan al problema de la población desplazada víctima del conflicto armado interno; el carácter complementario que los gobiernos locales tienen sobre la atención con poca injerencia política y presupuestal; y la fragmentación de la política de protección social del país que limita las posibilidades de respuesta intersectorial, coordinada e integral.

A pesar de las barreras, con los acuerdos alcanzados se construyó la versión final de la política, la cual fue divulgada por los líderes de las organizaciones de la población en sus bases, con los representantes institucionales en espacios decisorios de la ciudad –el Consejo de atención a la población desplazada– y con las instituciones del sistema distrital de atención.

La política *Por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud* (Hernández, Gutiérrez, Vega, et al. 2009), fue entregada a la ciudad mediante un evento público de amplia convocatoria académica y social en el que se sentaron las bases para avanzar en su legitimación política e implementación, y se demandó por parte de los desplazados, su efectiva materialización.

20 Se refiere al subsidio complementario para compra de vivienda (igual en monto al subsidio nacional) que el Distrito otorga a los desplazados que viven en la ciudad.

Es nuestra expectativa que otras propuestas sociales, económicas y culturales que se ventilaron en este proceso, y sobre las que infortunadamente no se lograron acuerdos con las entidades públicas responsables de la atención, se conviertan también en políticas públicas, y que, a lo contemplado en la política de salud se le dé cumplimiento real. (...) Sabemos de las limitaciones que la política nacional de salud impone al contenido e integralidad de esta política que el gobierno territorial no puede trascender, así como de las restricciones de la falta de acuerdo con otras entidades distritales para una efectiva acción intersectorial que permita afectar los determinantes sociales, económicos y culturales de las desigualdades en salud que padecemos. Dejamos en claro que los y las desplazados y desplazadas estamos preparados y somos capaces, desde nuestro mundo cosmogónico, de aportar propuestas concretas para la construcción de un tejido social hacia una verdadera paz.²¹

Los contenidos de la política

Como se mencionó, fueron orientadores de la política los enfoques poblacional, territorial, de determinantes sociales de la salud, de diversidad cultural, étnica, de género y edad, así como de derechos sociales universales y ciudadanos, los cuales guiaron los consensos sobre las prioridades de acción en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida, la dignidad, la participación y la justicia social.

Los valores y principios se acordaron previo a definirlos en objetivos y medidas de acción que se organizaron en dos grandes ejes estratégicos, uno orientado hacia la acción sectorial de salud que busca modificar los determinantes de la salud en relación con el aseguramiento, los beneficios garantizados, el modelo de atención y la participación social. Otro que busca la acción intersectorial relacionada con las garantías y dotaciones para la vida digna y el goce pleno de los demás derechos sociales.

21 Discurso pronunciado por Evelio Rodríguez, líder indígena, en el Acto de lanzamiento de la Política Pública de Salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá. Febrero 4 de 2009. Recuperado de www.javeriana.edu.co/fcea/posgrados_admon_salud/politica_distrital.htm

El primer eje estratégico, el sectorial, integra cuatro grandes temas que en las distintas rondas de discusión alcanzaron una amplia y minuciosa definición: 1) La garantía del acceso universal y equitativo a servicios integrales de salud con enfoque diferencial a través del modelo de aseguramiento vigente. 2) La disponibilidad y calidad de servicios integrales de salud, individuales y colectivos, considerando la diversidad cultural, étnica, de género y generación, además de la condición diferencial que impone el desplazamiento forzado. 3) El rediseño del modelo de atención en salud hacia uno intercultural, diferencial, integral e integrado basado en la acción intersectorial. 4) La participación social y comunitaria orientada a la exigibilidad del derecho a la salud y a la intervención de la población en la toma de decisiones y en el seguimiento y evaluación de las políticas. De estos se derivaron los objetivos específicos (Anexo 2) y líneas de acción (Hernández, Gutiérrez, Vega, et al. 2009, p. 22-36).

El eje estratégico intersectorial, por su parte, se centró en señalar la necesaria intervención sobre los determinantes sociales, y se comprometió con la restitución de los derechos vulnerados a la población para asegurar el desarrollo de la salud. Incorporó propuestas frente a campos problemáticos relacionados con los siguientes objetivos:

- Garantizar el oportuno y eficiente reconocimiento de la situación de desplazamiento forzado y de la población víctima, y acceso inmediato a la ayuda humanitaria de emergencia.
- Satisfacer las necesidades de vivienda digna, con acceso a servicios públicos, en lugares adecuados y seguros.
- Garantizar el derecho a la tierra y a la indemnización por los bienes abandonados forzosamente y su improductividad, y territorios colectivos en la ciudad para las comunidades étnicas desplazadas.
- Garantizar a las/los más pequeños acceso a sala cunas y jardines infantiles; acceso gratuito y obligatorio a la educación primaria, secundaria, técnica y universitaria para los niños, niñas y jóvenes desplazados, y acceso gratuito a la educación de la población adulta.
- Garantizar la soberanía y la seguridad alimentaria y nutricional integral.
- Generar oportunidades de empleo, fomentar el desarrollo de habilidades y capacitación para el trabajo, desarrollar proyectos productivos sostenibles para la generación de ingresos, además de garantizar a los trabajadores protección de los riesgos del trabajo y pensión para los mayores de edad.

Este eje fundamental para la superación de la pobreza y la desigualdad social fue desarrollado en profundidad por la población desplazada, pero precariamente asumido por los entes decisores. Llegar a él implicaba acuerdos, recursos y negociaciones del gobierno de la ciudad con el gobierno central, aspecto que no logró un correlato efectivo. Por ello el documento de política acordado y entregado a los ciudadanos (Hernández, Gutiérrez, Vega, et al. 2009), a diferencia del eje sectorial ampliamente discutido y aceptado por todos los actores participantes, integra los componentes intersectoriales a manera de propuestas de necesaria negociación entre los sectores y la nación para su implementación.

Frente a esta limitación, la Secretaría de Salud y la población acordaron, dentro de las cuatro grandes estrategias para la puesta en marcha del componente sectorial que incluyen el fortalecimiento institucional de la Secretaría y de las capacidades de los desplazados y los funcionarios para garantizar la participación y el empoderamiento de la población, dos orientaciones para promover la acción sobre determinantes sociales: el mejoramiento de los mecanismos de comunicación y las condiciones para un debate público bien informado sobre las decisiones alusivas al desplazamiento, y el mejoramiento de las condiciones que posibiliten la acción y cooperación intersectorial. En esta última, el despliegue de la política en territorios, la articulación de sus contenidos con las iniciativas y políticas públicas de los demás sectores, el fortalecimiento de un mecanismo de coordinación y acción territorial y micro-territorial, y la creación de agendas transversales entre sectores, fueron los principales mecanismos definidos (Hernández, Gutiérrez, Vega, et al. 2009, pp. 51-53). Se definió además un conjunto mínimo de indicadores para el proceso de seguimiento y evaluación de resultados en el corto y mediano plazo (Hernández, Gutiérrez, Vega, et al. 2009, pp. 54-66), que se pactó también desde un enfoque participativo.

LECCIONES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN–ACCIÓN

De las fases de este proyecto desde el diagnóstico hasta la definición de la política, se derivan importantes lecciones tanto sobre el proceso de investigación y formulación de la política, como sobre la eficacia del contenido de las políticas nacionales de protección social para abolir de manera integral y eficaz la pobreza, la vulnerabilidad, la exclusión y la inequidad.

Puede decirse que la experiencia fue positiva en su conjunto porque cumplió e incluso superó los objetivos y alcances inicialmente planteados; fue coherente durante su desarrollo con el enfoque de investigación-acción, sistémico, participativo y multimétodo propuesto, que en la práctica demostró su utilidad para la mejor comprensión de los problemas y de sus posibilidades de superación, y tuvo repercusiones en la toma de decisiones y en la generación de capacidades para todos los participantes.

En el terreno científico, permitió conocer la magnitud del problema del desplazamiento y sus consecuencias sobre la salud, sus relaciones con el conflicto armado interno en el marco de las lógicas de dominación económica y territorial, y los principales retos para la acción que se materializaron en el primer ejercicio de política pública para la población desplazada en la ciudad y el primero de política sanitaria en el país.

Ayudó a incrementar exponencialmente las capacidades de los investigadores en el diseño, apropiación y desarrollo de enfoques multi-métodos, técnicas de investigación participativa y enfoques de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Investigadoras e investigadores aprendieron a desarrollar su creatividad sobre el terreno, a actuar como facilitadores de procesos de diálogo y concertación, y a estimular enfoques inter y trans-disciplinarios para enfrentarse a problemas sociales complejos. Además, la existencia de un equipo de investigación estable de profesores y otro cambiante de investigadores, asesores y funcionarios externos, permitió diseminar la formación investigativa y la consolidación de un equipo multidisciplinar en el campo de estudio.

Desde el punto de vista socio-político, la investigación contribuyó a fortalecer las habilidades de deliberación, debate y consenso de los actores sociales participantes, dando voz a los desplazados en general—y a grupos particularmente marginados dentro de ellos como mujeres, indígenas y afro—, tanto como a los actores institucionales en distintos niveles. La población apropió la información que

permanentemente consulta, discute, valida y utiliza; se familiarizó con enfoques metodológicos, diseño de instrumentos y planificación de actividades; aprendió técnicas participativas de discusión y acuerdo; y valoró la cualificación progresiva de su discurso para el diálogo con las instituciones. Éstas a su vez encontraron en los talleres, entrevistas, foros y materiales producidos, información y evidencias para sus decisiones y práctica cotidiana, además aprendieron a valorar el discurso de los desplazados, y a respetar y solidarizarse con sus demandas cotidianas.

El ejercicio tendiente a la formulación de la política tuvo significados importantes y de él se derivan múltiples aprendizajes tanto para los participantes y su capacidad de negociación e incidencia política, como para el proceso decisorio que se experimentó.

En general el proceso permitió lograr un reconocimiento, aprecio e inclusión de la perspectiva de todos los actores; experimentar y valorar la participación amplia y real desde la base; ayudar a fortalecer las estructuras de participación de la población; construir una experiencia intercultural enriquecida que posibilitó el reconocimiento y respeto por parte de las instituciones de los saberes tradicionales, lo que en últimas facilitó la interlocución entre actores a partir de realidades concretas, conflictivas y diversas.

En relación con la capacidad de agencia, el debate permanente para lograr los consensos y su necesario soporte en evidencias y en consultas ciudadanas a las bases de las organizaciones de población desplazada, fueron incrementando en calidad y profundidad la participación y la argumentación de las partes involucradas. Fue relevante la comprensión que se alcanzó de los problemas, al igual que las formas de entendimiento que fueron afinándose entre los diferentes discursos: los populares, los técnicos y los científicos, lo cual se tradujo en una negociación efectiva.

El diseño de la política abrió un espacio de discusión y posicionamiento de propuestas. Permitted un acercamiento de los desplazados con el sector salud y sus órganos de decisión, a la vez que facilitó el fortalecimiento de la acción colectiva de las organizaciones participantes y de su presencia como actores sociales en la ciudad. Además, favoreció el liderazgo del sector con la comunidad. Acercó a grupos sociales e instituciones, y a la institucionalidad pública de la ciudad entre sí, en el propósito de desarrollar mecanismos de coordinación intersectorial.

Estos aprendizajes dejan a su vez grandes lecciones. La primera, que es posible acercar a investigadores y decisores en el proceso de la investigación acción, lo que requiere compromiso de las partes, apertura en el intercambio y permanencia en el proceso. Haber mantenido las relaciones con los distintos actores pese a las dificultades del entorno político, fue clara muestra que un equipo cohesionado alrededor de los valores que animan el trabajo comunitario y de su posición no neutral en defensa de la causa de los desplazados, coherente en su enfoque y con férreas convicciones, puede hacer avances importantes.

Que la participación y el empoderamiento comunitario son palabras con contenido y acciones posibles. El reconocimiento de la diversidad, el respeto de los distintos saberes y prácticas, la comprensión de los problemas y sus causas profundas e interrelacionadas fueron, entre otros factores, la base para un proceso que dio voz a los afectados, aumentó su capacidad de entendimiento de los asuntos, de interlocución con los distintos actores y de construcción más allá de las diferencias y desigualdades. Y lo que en la población fue empoderamiento, en los funcionarios de distintos niveles de las instituciones involucradas, particularmente en la Secretaría Distrital de Salud, se llamó legitimidad y desarrollo de la capacidad de respuesta institucional.

Este proceso demostró que es posible que los actores lleguen a acuerdos siempre y cuando no se rebase el marco normativo nacional de las políticas de salud y protección social. La participación en procesos locales de formulación de políticas, como este de construcción de política distrital, puede ayudar a mejorar la situación de un sujeto social particular; sin embargo, no basta la buena voluntad de los actores involucrados en el nivel local si no es posible generar cambios que trasciendan el contenido de las normas establecidas. Sin una correlación favorable de fuerzas políticas no pueden resolverse los conflictos que se derivan de la relación entre los contextos locales y nacionales, los tipos de intervención pública que se demandan desde los desplazados, las agenciadas desde el Estado nacional, y las contradicciones sobre las perspectivas divergentes sobre bienestar y protección social.

Pero lo que en últimas la experiencia vivida puso en discusión fue el tema de la relación de poder entre los desplazados que buscan un orden social equitativo y garantista de los derechos sociales fundamentales, y las fuerzas que sostienen un orden social inequitativo y excluyente.

Para la corrección de las problemáticas sociales no basta con producir evidencias, ni fomentar la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones para facilitar su uso en la toma de decisiones. En un proceso de esta naturaleza entran en conflicto la interpretación de tales evidencias, tanto como la eficacia misma del diálogo y la posibilidad de acuerdos entre las partes, dados los factores estructurales que limitan los cambios. Por ello concluimos que, a pesar de los logros de esta iniciativa, el objetivo de hacer más efectiva la protección social en salud para los desplazados no se alcanzará mientras prevalezca la política de protección social vigente en Colombia, cuyo contenido se ha demostrado contrario a las demandas y necesidades de la población.

SUPERAR LA INEQUIDAD, LA VULNERABILIDAD Y LA EXCLUSIÓN: RETOS PARA UNA PROTECCIÓN SOCIAL INTEGRAL PARA LOS DESPLAZADOS EN COLOMBIA

La continuación de la guerra trae más desplazamiento forzado lo que agrava la situación de la población y restringe las posibilidades de una respuesta eficaz, y dada la orientación principal de las políticas sociales en curso en el país²², no parece que una perspectiva de manejo integral pueda desarrollarse plenamente.

En el tratamiento del problema del desplazamiento ha predominado un enfoque asistencialista. Con ello se desconoce la necesidad de una acción compensatoria frente a los daños producidos por el desarraigo, la prevención de los efectos de sus riesgos asociados, y el combate a los factores estructurales ligados a la situación de pobreza y violencia en que la población se encuentra o ha caído como consecuencia.

22 Particularmente las emprendidas desde el primer gobierno de Uribe Vélez 2002-2006 y continuadas en el segundo período en 2006-2010 en el marco de la política de Seguridad Democrática.

Mejorar la protección social para las víctimas del conflicto armado interno, tiene que ver esencialmente con la reparación y compensación por los bienes y activos perdidos o arrebatados, y con el restablecimiento y reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales que les han sido desconocidos. Esto porque el desplazamiento ha propiciado la exposición a una amplia gama de riesgos ambientales y sociales que han aumentado la vulnerabilidad de los desplazados al malestar, a las enfermedades, a la discapacidad y la muerte, y los ha situado en la base de la estructura social, empeorando su posibilidad y capacidad de acceder a las oportunidades sociales.

En general el fortalecimiento del sistema de protección social en salud para el caso de los desplazados debe ser visto en términos de la universalidad del acceso, el otorgamiento de ingresos sustitutivos y de servicios de rehabilitación que permitan mantener el trabajo o la reinserción laboral, garantizar la atención integral de salud y la equidad en el uso de los servicios. Lo que implica definir un enfoque desde el cual el mejoramiento de la situación de salud sea el resultado de mejoras en su bienestar y calidad de vida. Ello es consecuente con una perspectiva de protección social en salud enraizada en el enfoque de los determinantes sociales de la salud, que justifica que los desplazados sean reparados y compensados por las pérdidas sufridas en bienes, derechos sociales y oportunidades futuras, y no solamente curados cuando se enferman.

Tal enfoque debe asumir que la efectividad de la protección social en salud debe comenzar por el mejoramiento de la protección y asistencia social general como un proceso integral y universalista, de acción afirmativa y con enfoque diferencial, que permita la reconstrucción del acceso real a los derechos de ciudadanía, la posibilidad de verlos reconocidos y promovidos, la restitución de su ejercicio progresivo y el fomento de capacidades para practicarlos (Rotteli, 1998).

Reconocer que los derechos de los desplazados –y en particular la protección social en salud– deben ser asumidos como derechos de ciudadanía, significa garantizar cobertura universal de la población sin discriminación negativa por condición de clase, género, etnia, edad o nivel de salud.

Reconocer la necesidad de un enfoque de acción afirmativa, representa aceptar la carga general de riesgos y la mayor vulnerabilidad comparativa a la que ha sido sometida esta población, lo que justifica, por ejemplo, su inclusión en el Sistema General de Seguridad Social y en el régimen contributivo bajo la consideración de que hay que dar más a quienes más necesitan. Implica explorar la posibilidad de incluir entre los beneficios del sistema de seguridad social los relacionados con educación, alimentación y vivienda, o bien establecer políticas complementarias de las prestaciones garantizadas por el seguro que sean suficientes y eficaces para satisfacer las necesidades de la población.

Por último, aceptar la necesidad de un enfoque diferencial implica no sólo que los desplazados tengan cobertura universal como ciudadanos, sino que sus diferencias de género, etnia, edad o de cualquier otra condición que los vuelva comparativamente más vulnerables (por ejemplo jefatura femenina de hogar, embarazo o discapacidad), sean reconocidas y tratadas positivamente en proporción a la carga y carácter especial de las necesidades de protección, asistencia y participación. Por supuesto en una perspectiva universalista de esta naturaleza la mejora en la situación de los más vulnerables no implica detrimento de las circunstancias y condiciones de otras poblaciones; por el contrario, significa que es posible avanzar en un horizonte que garantice por igual a todos los ciudadanos la protección social.

El ejercicio de formulación de la política pública de salud aquí descrito, y la política misma, siguieron esta orientación general de una protección social integral y universalista. No obstante las restricciones impuestas por la orientación de la política sanitaria y del sistema de salud del país, tuvo avances importantes en la definición y compromiso de recursos y decisiones en el sector salud. Pero en el campo de los determinantes sociales que implica a una amplia gama de sectores de la economía y el bienestar social, no logró la voluntad política y la legitimación requeridas para su puesta en marcha. La causa inmediata podría ubicarse en la falta de voluntad y de negociación entre los entes políticos e institucionales de la ciudad y la nación, pero como se ha insistido en este texto, la causa más profunda está relacionada con las nociones y prácticas vigentes sobre lo social y el poco interés del Estado nacional en dar respuesta definitiva al conflicto armado interno.

El fenómeno del desplazamiento forzado por la violencia en Colombia exige un replanteamiento de la forma de intervención del Estado en el área social que permita neutralizar y reducir el impacto de los riesgos sociales en salud y la inequidad, y garantizar la asistencia de las necesidades individuales y colectivas de la población. Se requiere de un nuevo estatuto ético y político en el marco del cual se agencien políticas sociales incluyentes, integrales y sinérgicas, que permita dar respuesta efectiva a las demandas. La base de ese nuevo estatuto ético político debe ser la solidaridad (Viana y Levcovitz, 2005) la cual, ya sea por la vía de derechos sociales ciudadanos y/o por la de derechos contributivos universales (Lautier, 2005), permita que la sociedad en su conjunto comparta el financiamiento de los riesgos generados por la situación de desplazamiento.

Sin embargo, un proceso pleno de mejoramiento de la protección social sólo puede darse en un marco de renovación de las relaciones entre el Estado, la economía y la sociedad civil, en el cual el Estado y la economía son medios para el logro de los fines de la sociedad en condiciones de equidad, democracia y autonomía, y la sociedad civil factor de sostenibilidad del carácter universal y ciudadano de la protección social.

Un nuevo contrato social en el que el Estado esté al servicio de los ciudadanos y se convierta en garante de los derechos sociales universales y la paz, y en el que la sociedad civil, actuante en función de la constitución de una nueva ciudadanía, sea capaz de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud y de participar activamente en la toma de decisiones públicas.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Presidencial para la Acción Social (2009). SIPOD a 31 de diciembre de 2008. Recuperado de www.accionsocial.gov.co/Estadisticas/publicacion%20diciembre%20de%202009.htm 05/05/10

Alcaldía Mayor de Bogotá-Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD (2004). Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá, 2004-2008. *Bogotá Sin Indiferencia. Un Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión*. Acuerdo 119 del 3 de junio de 2004.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR (2007). *Balance de la política pública para la atención integral al desplazamiento forzado en Colombia. Enero 2004–abril 2007* (pp.25-47). Bogotá.

_____. (agosto, 2002- agosto, 2004). *Balance de la política pública de prevención, protección y atención al desplazamiento interno forzado en Colombia*. Recuperado de www.acnur.org/paginas/index.php?id_pag=5595#D, 25/02/08

CICR–PMA (2007). Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. *Resumen ejecutivo ocho ciudades*. Bogotá.

Codhes (septiembre 25, 2008). Tapando el sol con las manos. *Codhes informa*, 74. Recuperado de: www.codhes.org

_____. (abril 22, 2009). Víctimas emergentes. *Codhes Informa. Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento*, 75, 2-3. Recuperado de www.codhes.org

_____. (2010). *Sistema de Información sobre Desplazamiento Forzado y Derechos Humanos Sisdhes*. Recuperado de www.codhes.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=55&Itemid=51

Codhes–Famig (2007). *Gota a gota. Desplazamiento forzado en Bogotá y Soacha*. Bogotá: Codhes–famig-OIM.

Codhes–Pastoral Social (2006). *Desafíos para construir nación. El país ante el desplazamiento, el conflicto armado y la crisis humanitaria 1995-2005*. Bogotá.

Comisión de Seguimiento a la política pública sobre desplazamiento forzado. (octubre 30, 2008). *VII Informe de Verificación sobre el Cumplimiento de Derechos de la Población en Situación de Desplazamiento*. Recuperado de www.codhes.org

_____. (2008a). *IV informe a la Corte Constitucional del Proceso Nacional de Verificación*. Recuperado de www.codhes.org

_____. (2008b). *V informe a la Corte Constitucional del Proceso Nacional de Verificación*. Recuperado de www.codhes.org

Comité de Derechos Económicos, sociales y culturales DESC (2000). *Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Defensoría del Pueblo (2003). *Evaluación de la política pública en procesos de restablecimiento de la población desplazada desde un enfoque de derechos humanos*. Bogotá.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística Dane (2003). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2003. Presentación de resultados* (ppt). Bogotá. Tomado de www.DANE.gov.co

_____. (2005). *Censo Nacional de Población 2005*. Bogotá. Recuperado de www.DANE.gov.co

Diderichsen, F., Evans, T., y Whitehead, M. (2002). Bases sociales de las disparidades en salud. En T. Evans, et al. (Eds.). *Desafíos a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Publicación científica, 585, 13-24. Washington: Fundación Rockefeller-OPS.

Díez, G.P. (1997). *Condiciones de salud de familias desplazadas por la violencia en Urabá*. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud, CES. Recuperado de www.disaster-info.net/desplazados/efectos/index.htm

Econometría–SEI SA, Unión Temporal. (2005). *Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones de Colombia*. Bogotá: PMA–OPS–ECHO, Buena Semilla.

Fajardo, D. (2002). *Para sembrar la paz hay que aflojar la tierra*. Bogotá: Instituto de Estudios Ambientales IDEA, Universidad Nacional

de Colombia.

Fraser, N. (2003). *Redistribución, reconocimiento y exclusión social. Inclusión social y Nuevas Ciudadanías*. Memorias Seminario Internacional. Bogotá: Alcaldía mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social, Universidad Javeriana-Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales.

González, M. (2002). *Desterrados. El desplazamiento forzado en Colombia*. España: Médicos Sin Fronteras. Recuperado de www.msf.es

González, F., Bolívar, I. y Vásquez, T. (2003). *Violencia política en Colombia. De la nación fragmentada a la construcción de Estado*. Bogotá: editorial CINEP.

Gordillo, D.M. (2006). *Mecanismo de estimación del número de beneficiarios del programa familias en Acción dirigido a la población en condición de desplazamiento*. Informe final de consultoría Contrato No. 018 Convenio SECAB-Programa Familias en Acción Desplazados No. 007 de 2006. Bogotá.

Guerrero, R. (2006). *Cuadernos de Protección Social*, 3, 9-11. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Hernández, A. y Gutiérrez, M.L. (2008). Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá-Colombia, 2005. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 7 (14), 145-176.

_____. (2008a). Familias desplazadas por la violencia asentadas en Bogotá: nuevos moradores e intensas problemáticas. En M.L. Gutiérrez (Ed.). *Las familias en Bogotá. Realidades y diversidades* (pp. 135-180). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Hernández, A., Gutiérrez, M.L., Restrepo, O., Conversa, L., Hernández, L.J., Ariza, J., et al. (2005). *Condiciones de vida, salud y acceso a servicios de salud de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá*. Convenio Universidad Javeriana, Secretaría Distrital de Salud/IDRC. Informe final. Recuperado de www.javeriana.edu.co/fcea/posgrados_admon_salud/politica_distrital.htm

Hernández, A., Vega, R., Gutiérrez, M.L., Roth, A.N., Arrieta, R., Perdomo, A. y Russy, J. (febrero, 2008). *Formulación participativa de la política distrital de salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia en Bogotá*. Recuperado de www.javeriana.edu.co/fcea/posgrados_admon_salud/politica_distrital.htm

Hernández, A., Gutiérrez, M.L., Vega, R., Arrieta, R., Martínez, P., Perdomo, A., Russy, J., Yepes, O.L. y Espinosa, F. (2009). *Por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud. Política pública de salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D.C. 2008-2016*. Recuperado de www.javeriana.edu.co/fcea/posgrados_admon_salud/politica_distrital.htm

Holzmann, R. y Jorgensen, S. (febrero, 2000). Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond. *Social Protection Discussion Paper Series*, 6. Social Protection Unit. Human Development Network. Washington: The World Bank.

Ibáñez, A.M. (2006). La estabilización económica de la población desplazada. *Serie Working Papers FIP*, 3. Fundación Ideas para la Paz.

Ibáñez, A.M. y Moya, A. (julio, 2006). ¿Cómo el desplazamiento forzado deteriora el bienestar de los hogares desplazados? Análisis y determinantes del bienestar en los municipios de recepción. *Documento Cede 2006-26* (Edición electrónica). Bogotá.

Ibáñez, A.M; Moya, A. y Velásquez, A. (2006). *Hacia una política proactiva para la población desplazada*. Investigación financiada por GDN y USAID. Bogotá: Universidad de Los Andes-Secretariado Nacional de Pastoral Social.

Internal Displacement Monitoring Centre IDMC. (2009). *Internal Displacement. Global Overview of Trends and Developments in 2008* (p. 9). Recuperado de www.internal-displacement.org

Kabeer, N. (octubre 28-29, 1999). *The Concept of Social Exclusion: What is its value-added for thinking about social policy?* Paper prepared for the International Conference, Revisioning Social Policy for the 21th Century: what are the key challenges. Institute of Development Studies, University Sussex.

Kingdon, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. New York: Longman. (Traducción de Juan Carlos Cortázar. INDES).

- Lautier, B. (2005). Una protección social mutualista y universal: condición para la eficacia de la lucha contra la pobreza. En O. Rodríguez (Comp.). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social* (tomo I, pp. 132-5). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Colección Estudios sobre Protección Social.
- Lozano, F. y Osorio, P. (1999). *De víctimas de la violencia a constructores de vida*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana–Facultad de Estudios Ambientales y Rurales.
- Ministerio de la Protección Social MPS. (2006). *ABC del sistema de protección social. Deberes y derechos*. Bogotá: Programa de Apoyo a la reforma PARS.
- Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud. (2001). *Perfil epidemiológico de la población desplazada en el barrio Mandela de Cartagena*. Recuperado de www.disaster-info.net/desplazados/especiales/mandela/index.htm
- Misas, G. (2002). *La ruptura de los años 90. Del gradualismo al colapso*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Ciencias Económicas, Ediciones Antropos.
- Molano, A. (2001). *Desterrados. Crónicas del desarraigo*. Bogotá: El Áncora editores.
- Murray, C.J., King, G., López, A.D., Tomijima, N. y Krug, E.G. (2002). “Armed conflict as a public health problem”, *BMJ*, 321(9), 346.
- Ojeda, G. y Murad, R. (2006). *Salud sexual y reproductiva en zonas marginales. Situación de las mujeres desplazadas 2005*. Bogotá: Profamilia-USAID.
- OPS–Universidad de Antioquia (2005). *Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades 2002-2003*. Bogotá. Recuperado de www.disaster-info.net
- Organización Mundial de la Salud OMS (2002). *World report on violence and health* (Cap. 1, p.18). Geneva.
- Osorio y Lozano (diciembre, 2006). La política pública ante el desplazamiento, las tierras y el territorio. En Codhes 2006. *Desplazamiento forzado y políticas públicas. Análisis sectorial* (pp. 143-178). Bogotá.
- PNUD (2007). El desplazamiento, todavía una crítica realidad. *Hechos del Callejón*, 23, 9-11. PNUD.
- Profamilia. (2005). Salud sexual y reproductiva en Colombia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá.
- Programa Mundial de Alimentos PMA. (2003). *Vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria de la población desplazada por la violencia en Colombia*. Bogotá: WFP-PMA.
- Rodríguez, O. (2005). Avatares de la reforma del sistema de seguridad social. Ley 100 de 1993. En O. Rodríguez (Comp.). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social* (tomo I, pp. 181-5). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Ciencias Económicas-Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Colección Estudios sobre Protección Social.
- Roth, A.N. (2006). *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación* (pp.17-72). Aurora, tercera reimpresión.
- Rotteli, F. (1998). Empresas sociales en Italia: balances y perspectivas. *Documentos*, 3. Buenos Aires: Centro de Documentación en Políticas Sociales.
- Secretaría Distrital de Salud (noviembre, 2007). *Marco de política de salud pública*. Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud (marzo, 2008). *Lineamientos del plan de acciones colectivas para población desplazada 2008*. Bogotá.
- Solar, O. e Irwin, A. (mayo, 2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. *Documento de Trabajo, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS.
- UN Refugee Agency UNHCR (junio 7, 2009). *2008 Global Trends. Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons* (p. 7). Recuperado de www.unhcr.org/4a375c426.html

Vargas, A. (2001). *Notas sobre el Estado y las políticas públicas* (pp. 53-138). Almudena, primera reimpresión,

Viana, A.L. y Levcovitz, E. (2005). Proteção social: introduzindo o debate. En A.L. Viana, P.E. Elias y N. Ibañez (Org.). *Proteção social: dilemas e perspectivas* (pp. 15-57). São Paulo: Editora Hucitec.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int. J. health Services*, 22(1), 429-445.

Young, I.M. (2003). Democracia y justicia social. *Inclusión social y Nuevas Ciudadanías. Memorias Seminario Internacional*. Bogotá: Alcaldía mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social, Universidad Javeriana-Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales.

ANEXO 1. DISEÑO METODOLÓGICO 1ª ETAPA. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA Y RECEPTORA DE SEIS LOCALIDADES DE BOGOTÁ

El estudio permitió conocer la magnitud de los problemas sobre condiciones de vida y salud y las características del acceso y uso de servicios de salud comparando la situación de la población desplazada con la de los pobladores receptores (nativos o residentes habituales). Se desarrolló entre enero de 2005 y junio de 2006 mediante encuesta a 400 hogares de población desplazada y 400 de población no desplazada de las seis localidades de la ciudad que agrupan la mayor proporción de población desplazada; trabajo de campo cualitativo con poblaciones y funcionarios de los hospitales y aseguradoras del régimen subsidiado, y revisión de fuentes secundarias (Hernández, Gutiérrez, Restrepo, et al. 2005).

Tipo de estudio: Sistémico, participativo, multimétodos.

Localidades estudiadas: Ciudad Bolívar, Usme, Bosa, Kennedy, Rafael Uribe y Suba.

Para conocer la magnitud de los problemas sobre condiciones de salud, características del acceso, uso de servicios de salud y determinantes sociales, se realizó un estudio de corte transversal que incluyó una encuesta de hogares a una muestra de población desplazada y no desplazada de las localidades en estudio. El cálculo de la muestra se hizo bajo el supuesto de una prevalencia de percepción de enfermedad (p) de 50%, una confiabilidad del 95% y un error factible (e) de 5%. Los criterios para la selección de las localidades fueron: la tendencia en el tiempo del total de personas que declararon ser desplazadas ante la Personería Distrital entre 2002 y 2004, las características sobre condiciones de vida y tamaño poblacional de las localidades (según diagnósticos participativos realizados por la Secretaría de Salud en 2004), la existencia de hospitales de la red pública y la presencia de grupos étnicos minoritarios.

La información de la encuesta de hogares incluyó variables ampliamente validadas en otros estudios nacionales, regionales y locales y en investigaciones previas con población desplazada sobre: características demográficas de la población; condiciones y dinámica del desplazamiento; proceso de declaración y registro de la condición de desplazados; apoyo institucional a población desplazada y tipo de apoyo; condiciones de la vivienda, saneamiento ambiental y acceso a servicios públicos; composición del hogar; niveles educativos y asistencia escolar; empleo y fuerza de trabajo; disponibilidad de alimentos; gastos del hogar; percepción sobre salud; afiliación a la seguridad social en salud; necesidad y uso de los servicios de salud; cuidado y salud de los menores de 5 años; salud sexual y reproductiva en mujeres de 14 y 49 años; y barreras para el acceso y el uso de los servicios de salud.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA POR LOCALIDAD

Localidad	Población desplazada			Población receptora			Total
	Hogares	Personas	%	Hogares	Personas	%	
Usme	69	358	17.2	70	274	16.1	632
Bosa	68	383	18.4	68	294	17.2	677
Kennedy	48	257	12.3	49	201	11.8	458
Suba	45	243	11.7	45	176	10.3	419
Rafael Uribe	46	217	10.4	45	205	12.0	422
Ciudad Bolívar	124	624	30.0	123	555	32.6	1179
Total	400	2082	100.0	400	1705	100.0	3787

Las entrevistas colectivas a grupos focales, entrevistas en profundidad y talleres participativos fueron grabados en audio, transcritos y complementados con grabaciones en video y registros fotográficos y artísticos, y abordaron temas relacionados con el significado y percepción sobre el desplazamiento, condiciones de vida y de salud de la población desplazada; problemas prioritarios de salud y diferenciales por género, etnia y generación; barreras para el uso y acceso a los servicios de salud, y propuestas de cambio. A partir de las categorías, ejes y unidades de análisis definidos, se elaboraron esquemas conceptuales, se seleccionaron las líneas discursivas de los testimonios y, mediante matrices en las que se compiló la información por categoría, se estableció el patrón de regularidades en el discurso de las/los participantes y se cruzó la información de varias fuentes.

Los datos de las encuestas fueron procesados usando un programa de captura, se analizaron utilizando los paquetes estadísticos SAS y STATA. Se calcularon frecuencias simples para describir la situación de salud y los factores que condicionan el acceso y uso de servicios de salud por parte de la población desplazada. Luego se realizó un análisis comparativo entre la situación de la población desplazada y la de la receptora local mediante el uso de tablas de contingencia y la comparación de prevalencias de distintas características, y se calcularon los riesgos relativos indirectos con sus intervalos de confianza para evaluar tanto la estimación puntual de la magnitud como el grado de precisión de las asociaciones.

El estudio de la situación de salud, riesgos y determinantes tuvo en cuenta el modelo de análisis de determinantes, y el de acceso puso en juego la perspectiva de los individuos y los funcionarios de hospitales y aseguradores sobre las barreras, factores posibilitadores e iniciativas de intervención, según las funciones de rectoría, aseguramiento y prestación de servicios del sistema de salud.

El análisis de conjunto se realizó en etapas sucesivas mediante triangulación por actores, técnicas, métodos e investigadores según variables trazadoras o ejes transversales, y contrastación con estudios previos disponibles.

TOTAL CONSULTADOS	
Personas desplazadas	2.678
Personas receptoras	1.719
Funcionarios de hospitales de la red pública	38
Funcionarios de aseguradoras	28
Directores de hospitales	15

Técnicas de recolección de datos	Población consultada
400 encuestas de hogares desplazados	2.082 personas
400 encuestas de hogares receptores	1.705 personas
18 visitas de reconocimiento a localidades	3 visitas/localidad
10 talleres participativos locales con población desplazada (2 en asentamientos indígenas de Rafael Uribe y Ciudad Bolívar)	317 personas
1 taller inter-localidades con población desplazada	165 personas
2 entrevistas a grupos focales de población desplazada	20 personas
5 entrevistas en profundidad con población desplazada	5 personas
1 historia de vida líder desplazado	1 persona
4 entrevistas en profundidad con población receptora	4 personas
1 entrevista a grupo focal de receptores	10 personas
3 talleres jóvenes desplazados y receptores Ciudad Bolívar	59 personas
4 talleres con líderes de organizaciones de población desplazada	23 personas
1 entrevista representantes de Mesa Distrital Atención desplazados	6 personas
3 talleres funcionarios administrativos/asistenciales hospitales públicos 1er. nivel	38 personas
2 talleres con funcionarios de ARS	28 personas
2 reuniones de trabajo con gerentes y directivos de hospitales	15 personas

ANEXO 2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA POLÍTICA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO EN BOGOTÁ

Eje	Tema	Objetivo general	Objetivos específicos
	Aseguramiento y acceso a servicios de salud	Garantizar el acceso universal y equitativo a servicios integrales de salud, con enfoque diferencial.	Afiliar a toda la población desplazada que habita en Bogotá al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con derecho de atención integral, diferencial y gratuita en todo el territorio nacional. Eliminar las barreras económicas, administrativas, culturales y geográficas que limitan el acceso de la población desplazada a la atención integral en salud.

Eje estratégico sectorial

Servicios integrales de salud

Garantizar que todas las actividades e intervenciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación requeridas para responder a las necesidades y para modificar los factores que protegen o deterioran la salud de la población que se desarrollan a través del POS y el PIC, se realicen de manera integral, acorde con sus características culturales, étnicas de género y generación.

Modelo de atención

Desarrollar un modelo de atención en salud que garantice un enfoque intercultural y diferencial por etnia, género y generación que promueva la atención integral e integrada, la acción intersectorial por la salud y el empoderamiento y la participación individual y comunitaria. El modelo se basará

Ampliar y adecuar el Plan Obligatorio de Salud, POS, para el reconocimiento e intervención de las necesidades, exposiciones y riesgos diferenciales de la población derivados de su condición de desplazamiento y de sus características culturales, étnicas, de género y generación, y garantizar su correcta aplicación.

Adecuar el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a las necesidades de la población desplazada asociadas con el desplazamiento y con sus características culturales, étnicas, de género, generación y potencialidades.

Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención sicosocial adecuados a las necesidades y riesgos de la población desplazada víctima del conflicto armado interno y en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.

Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención en salud sexual y reproductiva adecuados a las necesidades de la población desplazada y en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.

Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales adecuados a las necesidades y riesgos de la población desplazada en condición de discapacidad, en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación.

Desarrollar la vigilancia en salud pública de las personas y familias alojadas en los sitios de albergue y territorios de residencia de la población desplazada, iniciando el proceso desde las Unidades de Atención y Orientación UAO.

Respetar e incluir la cosmovisión y práctica de las medicinas tradicionales en las políticas, planes, programas y actividades de salud.

Fortalecer la orientación familiar y comunitaria de la atención a nivel de territorios, barrios y albergues, con un enfoque integral de la atención y según las características culturales, étnicas, de género y generación de la población.

Eje estratégico extra-sectorial	Participación social y comunitaria	<p>en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y en la Atención Primaria Integral de Salud actualmente en desarrollo por los hospitales públicos del Distrito.</p> <p>Tendiente a promover, desarrollar y facilitar en forma permanente procesos autónomos e institucionales de movilización y participación social para la toma de decisiones, la exigibilidad de la materialización del derecho a la salud y el control social frente a la política pública de salud.</p>	<p>Desarrollar un enfoque de atención que tenga en cuenta las diferencias culturales y étnicas de la población que permita comprender el proceso salud-enfermedad de manera holística, brindar servicios de salud con carácter integral y diferencial, y desarrollar procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes prácticas médicas en el marco de la aceptación, respeto y valoración mutua de saberes y prácticas.</p> <p>Desarrollar un plan de fortalecimiento de las organizaciones de población desplazada para el desarrollo de la política pública de salud, concertado con la población desplazada.</p> <p>Integrar de manera orgánica y permanente la participación social y comunitaria de la población desplazada en el diseño, implementación, seguimiento, evaluación y reformulación de políticas, programas y proyectos de salud y de mejoramiento de la calidad de vida.</p>
	Reconocimiento de la situación de desplazamiento y ayuda humanitaria	<p>Garantizar el oportuno y eficiente reconocimiento de la situación de desplazamiento y de la población víctima, y el acceso inmediato y continuo a la ayuda humanitaria, el restablecimiento y la reparación.</p>	
	Vivienda, tierra y territorio	<p>Garantizar a la población desplazada el derecho a la vivienda digna, a la tierra y al territorio familiar y colectivo, con enfoque diferencial.</p>	<p>Satisfacer las necesidades de vivienda digna, con acceso a servicios públicos, en lugares adecuados y seguros.</p> <p>Garantizar el derecho a la tierra y a la indemnización por los bienes abandonados forzosamente y su improductividad.</p> <p>Garantizar territorios colectivos urbanos o rurales en el Distrito Capital para las comunidades étnicas.</p> <p>Garantizar el acceso a sala cunas y jardines infantiles a los niños y niñas en edad preescolar.</p> <p>Garantizar acceso gratuito y obligatorio a la educación primaria, secundaria, técnica y universitaria para los niños, niñas y jóvenes desplazados.</p> <p>Garantizar acceso gratuito a la educación de la población desplazada adulta.</p> <p>Garantizar la soberanía alimentaria.</p>
	Educación y capacitación	<p>Garantizar el derecho a la educación sin discriminación para la población desplazada, con criterios de calidad y adecuación pedagógica a la diversidad cultural, étnica, de género y generación.</p>	
	Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional	<p>Garantizar la soberanía y seguridad alimentaria de las personas, familias y comunidades desplazadas, con enfoque diferencial.</p>	<p>Garantizar la seguridad alimentaria y nutricional integral.</p>
	Empleo, trabajo y productividad	<p>Promover oportunidades de empleo y de actividades productivas para la población desplazada víctima del</p>	<p>Generar oportunidades de empleo y fomentar el desarrollo de habilidades y capacitación para el trabajo.</p> <p>Desarrollar proyectos productivos sostenibles para la generación de ingresos.</p>

conflicto armado interno.

Garantizar a los trabajadores protección de los riesgos derivados del trabajo y pensión para mayores de edad.

FACTORES RELACIONADOS CON EL NO ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LOS TRABAJADORES CESANTES EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN, COLOMBIA, 2007¹

Álvaro Cardona Saldarriaga
Emmanuel Nieto López
Luz Mery Mejía Ortega

INTRODUCCIÓN

Una de las discusiones más relevantes actualmente en salud pública en el ámbito internacional tiene que ver con el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud. El debate atraviesa un amplio espectro de consideraciones, que comprende las políticas de bienestar que deben desarrollar los estados, los modelos de aseguramiento de servicios de salud y los sistemas de atención sanitaria, entre otros aspectos.

Algunos sectores sociales e intelectuales han planteando alternativas conceptuales tendientes a lograr que la seguridad social en salud sea un derecho basado en el acceso de todos los ciudadanos a las condiciones del bienestar y a los servicios de atención de la salud, como cimiento para la convivencia ciudadana. Estas posturas se apartan radicalmente de las propuestas de organización de sistemas sanitarios que se afanan por generar mercados y por estimular el consumo en salud, basando el acceso de la población a los servicios en condiciones individuales que así lo permitan.

¹ Esta investigación se realizó con apoyo financiero de los Grupos de Investigación *Gestión y Políticas en Salud y Salud y Sociedad* (Facultad Nacional de Salud Pública–Universidad de Antioquia), del IDRC (International Development Research Centre–Canadá) y de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín.

Para John Rawls, por ejemplo, adquiere mucha importancia el concepto de justicia cuando se analizan temas que inciden notablemente en la calidad de vida de la población, como es el caso de las políticas de empleo, de vivienda, de educación, de salud pública y de seguridad social. Su línea base de reflexión acerca de la “justicia” es la necesidad de que las sociedades democráticas garanticen a todos los ciudadanos niveles de acceso a satisfactores de sus necesidades que les permita afrontar la competencia con quienes tienen mayores fortalezas económicas o sociales (Rawls, 1978, p. 23).

La competencia social en desigualdad de condiciones es uno de los aspectos sobre los que más llama la atención Rawls. En este sentido, postula que para aproximarse al establecimiento de principios mínimos de justicia social se deben anteponer valores éticos relacionados con el bienestar colectivo, sustentados a su vez en ideas razonables, que conduzcan al respeto por la dignidad humana y garanticen el derecho a la igualdad de oportunidades, sin que para ello tenga que primar ni la política ni la economía, pues éstas en sí mismas, o aisladas una de otra, no podrán lograr el cometido de una sociedad más humana y más equitativa (Rawls, 1978, p. 28).

Este autor sostiene que “el objeto primario de la justicia es la estructura básica de la sociedad, más exactamente, el modo en que las instituciones sociales más importantes distribuyen los derechos y deberes fundamentales y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social” (Rawls, 1978, p. 23).

De manera semejante, Amartya Sen plantea la necesidad de que las decisiones económicas y los modelos sociales tengan una inspiración en postulados éticos que trasciendan la mirada reduccionista que la corriente conceptual predominante en la economía ha hecho del hombre moderno, pues se ha creado una brecha entre la economía y la ética. La hipótesis de Sen es que si se hace una incorporación de la ética a la economía, los aportes técnicos que esta ciencia ha hecho a la sociedad tendrían mayor dimensión y podrían lograrse niveles de equidad que se correspondieran con las necesidades reales y específicas de las poblaciones (Sen, 1989, pp. 20-26).

Otras vertientes de pensamiento, que dieron soporte conceptual a la dinámica de reformas de los sistemas de protección social en América Latina a partir de la década de los 90, han atendido menos a los principios de la protección de la salud como derecho humano y han puesto el acento en la teoría del manejo social del riesgo, como instrumento para lograr ampliar la cobertura del aseguramiento en salud (Holzmann y Jorgensen, 2000).

Aún cuando existe un relativo consenso en que estas reformas han logrado una mayor percepción ciudadana de garantía del aseguramiento, persisten visiones contrapuestas acerca de sus logros en cuanto a la calidad e integralidad de la protección en salud para la población. Se ha hecho notar especialmente, que una mayor cobertura de aseguramiento no se ha acompañado siempre de la garantía para el adecuado acceso a los servicios de salud que requiere la comunidad (Mesa, 2005; Restrepo, 2006).

En el caso específico de Colombia, la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993) estableció un sistema de aseguramiento de la atención en salud de la población teniendo en cuenta su tipo de vinculación con el mercado laboral y su condición socioeconómica. De acuerdo con esto, el sistema está estructurado de la siguiente manera:

- El “régimen contributivo”, que incluye aquellas personas vinculadas a través de contrato de trabajo en el sector público o privado, a los

trabajadores independientes con capacidad económica para realizar los aportes correspondientes al sistema y a los pensionados(a) o jubilados(a). Se financia con aportes suyos y de los empleadores. Este régimen ofrece un conjunto de servicios de atención en salud denominado POS-C (Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo).

■ Los “régímenes especiales”, para el aseguramiento de la población perteneciente a las Fuerzas Militares y de Policía, al Magisterio y a la Empresa Colombiana de Petróleos / Ecopetrol. Su financiamiento se hace con sus aportes y los de los empleadores y cada uno de ellos determina un paquete de servicios de salud diferente y más amplio que el del POS-C.

■ El “régimen subsidiado” que acoge la población que no cumple con alguna de las anteriores condiciones y que además esté clasificada en nivel de pobreza I, II o III. Su financiación proviene de recursos fiscales y de aportes de solidaridad de los afiliados al régimen contributivo. Para los afiliados a este régimen el conjunto de servicios de salud ofrecido se denomina POS-S (Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado) que contiene menos servicios que los del POS-C. En las estadísticas oficiales de cobertura poblacional se incluyen también como parte de este régimen las personas que reciben subsidios parciales, es decir, cuyo aseguramiento cubre sólo una parte de los servicios incluidos en el POS-S.

■ Finalmente, sin que constituya un régimen de aseguramiento, la demanda de servicios de salud de aquellos ciudadanos pertenecientes a la denominada “población pobre aún no asegurada” (esto es: que todavía no ha sido incorporada al “régimen subsidiado”), se financia con recursos fiscales.

Los logros de la reforma colombiana de 1993, en lo que respecta a la ampliación de cobertura del aseguramiento en salud, pueden ser asimilados en términos generales con los resultados de las reformas en los otros países de América Latina. Sin embargo, hemos llamado la atención sobre los siguientes hechos (contradictorios de las tendencias conceptuales que apuntan a que el aseguramiento en salud sea considerado un derecho de ciudadanía), que a nuestro juicio son relevantes para explicar que no se haya logrado la universalización del aseguramiento en salud en Colombia y que se tengan serias deficiencias en la garantía del acceso a los servicios de salud:

■ La configuración del modelo colombiano de seguridad social en salud mediatiza el acceso a los regímenes de aseguramiento y a la extensión de cobertura de servicios, de acuerdo con la incorporación al mercado laboral o la tenencia de recursos suficientes para pagar los aportes al sistema (Giraldo, 2007). Se producen así serias desigualdades en el derecho al aseguramiento y a la cobertura de servicios de salud, tal cual lo puso en relieve una sentencia de la Corte Constitucional del mes de julio de 2008 (Corte Constitucional, 2008). Ello porque la pertenencia a uno u otro de los regímenes del modelo depende de la vinculación laboral y/o la capacidad de pago, quedando el acceso al aseguramiento y a la prestación de servicios de salud reducido a un estricto derecho contractual mediado por la racionalidad del mercado. A esto habría que sumarle la circunstancia de que el agregado de servicios de salud contemplado en el régimen contributivo y en los regímenes especiales es mayor que el ofrecido en el régimen subsidiado y mediante subsidios parciales, en tanto que para la “población pobre no asegurada” no se dispone de ningún plan de beneficios. Por tanto, para esta población los servicios de salud que se ofrecen están relacionados con las necesidades derivadas de su demanda episódica, y con la disponibilidad de los recursos financieros que la nación transfiere a las entidades territoriales para ese fin (Congreso de la República, 2001).

■ El modelo económico en el que se inserta este sistema de aseguramiento en salud revela prácticas empresariales y una normatividad laboral que deterioran progresivamente las condiciones de trabajo de los asalariados, y que expulsan permanentemente contingentes de trabajadores del mercado laboral formal, lo que pone a esa población y a sus familias en condición de incertidumbre sobre su aseguramiento en salud (Restrepo, 2001; Nieto y Londoño, 2001; Cardona, et al. 1999; Rodríguez, 1999). No obstante la recuperación económica que experimentó el país en su período más reciente, la proporción de trabajadores informales mantenía niveles relativamente altos en diciembre de 2008, alcanzando el 57,7% en las 13 principales áreas metropolitanas del país. En la ciudad de Medellín y su área metropolitana la incidencia del trabajo informal llegó para esta misma fecha al 52,4% (DANE, 2008).

■ De ese modo, los principales obstáculos al logro de la universalización del aseguramiento en salud y de la prestación equitativa de servicios de salud, son los problemas asociados a la informalidad en el empleo, el subempleo y especialmente la sostenida reducción del grado de salarización. En 1993 el país registraba una participación de los asalariados en el total de la fuerza laboral cercana al 58,1%, mientras que en el año 2005 (en pleno período de recuperación económica) dicha proporción había caído al 46,1% (Martínez, 2008).

En consecuencia, fundados en la consideración de que la falta de aseguramiento en salud vulnera derechos de ciudadanía, en los últimos años venimos desarrollando una línea de investigación que se preocupa por comprender la relación entre el entorno socioeconómico y las condiciones de protección social en salud de la población colombiana. Una línea específica de trabajo ha sido la exploración de las condiciones de aseguramiento en salud de los Trabajadores Cesantes (TC) y la búsqueda de los factores socio-económicos y laborales que se relacionan con su exclusión de ese derecho contemplado en la Constitución Política.

Nuestra hipótesis de trabajo inicial (que ha venido demostrándose) fue que buena parte de los trabajadores cesantes, especialmente aquella que hace parte de la población de clase media, queda excluida del aseguramiento en salud y de su consecuente acceso a servicios de salud, porque no tiene recursos suficientes para mantener su continuidad en el régimen contributivo, ni hace parte de los estratos socioeconómicos más bajos que les habilite para tener derecho a afiliarse en el régimen subsidiado.

Según lo explicado anteriormente, el diseño del sistema de aseguramiento en salud en Colombia somete a la población desempleada a una permanente incertidumbre para el acceso a los servicios de salud. Con la pérdida del empleo y la subsiguiente suspensión del flujo de

ingresos, el trabajador cesante queda excluido como cotizante del régimen contributivo, y sólo cuenta con dos alternativas para mantener su condición de afiliado al sistema. Por un lado, la opción de que un miembro de su grupo familiar que estuviese cotizando al sistema lo incorpore como beneficiario del régimen contributivo². Por otro lado, la opción de buscar afiliación en el régimen subsidiado, siempre y cuando su condición de pobreza³ lo clasifique como candidato a ser afiliado en dicho régimen (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2003; Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2006), o cumpla con algunos de los criterios definidos por el gobierno para ser considerado como parte de la población prioritaria para el mismo propósito⁴.

2 En el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se considera grupo familiar del cotizante a los siguientes miembros: cónyuge y/o compañero(a) permanente; los hijos menores de 18 años de edad, los hijos entre 18 y 25 años si estudian, y los hijos de cualquier edad si son discapacitados; los padres del cotizante que no tengan cónyuge o hijos y que dependan económicamente de éste.

3 Para focalizar a la población pobre y vulnerable objeto de los programas sociales, el SGSSS dispone del SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales) como instrumento de identificación y clasificación de la pobreza. Acceden a los subsidios prioritariamente los clasificados en los niveles 1 y 2 de pobreza. Los de nivel 3 acceden a algunos servicios como población vinculada y los de nivel 4, 5 y 6 no tienen ningún derecho a subsidio.

4 La normatividad del SGSSS define como población prioritaria para ser afiliada al régimen subsidiado a: los recién nacidos; los menores de edad desvinculados del conflicto armado bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); la población del área rural; la población indígena y la población del área urbana más pobre. Dentro de estos grupos, se prioriza en el siguiente orden: mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y posnatal; niños menores de cinco años; población con discapacidad identificada mediante la encuesta SISBEN; mujeres cabeza de familia, según la definición legal; población de la tercera edad; población en condición de desplazamiento forzado; núcleos familiares de las madres comunitarias; desmovilizados de grupos armados al margen de la ley.

Para avanzar en la línea de investigación que nos propusimos desde el año 2004, en los años previos hemos concentrado la atención en la situación de aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes de la ciudad de Medellín.

Esta ciudad con su área metropolitana jalona la dinámica empresarial del departamento de Antioquia, cuya producción en bienes y servicios representó en el año 2007 el 14,9% del Producto Interno Bruto (PBI) nacional (DANE, 2007a). Constituye uno de los principales núcleos urbanos y uno de los más dinámicos polos de desarrollo tecnológico, industrialización y concentración de capital productivo del país.

En Medellín la tasa de desempleo fue del 15.4% en el año 2004 (DANE, 2004) disminuyendo en el año 2007 a 12.3% (DANE, 2007c). Sin embargo, para el mes de mayo de 2009 la cifra oficial señalaba una escalada al nivel de 15.0% (DANE, 2009a), aparentemente reflejando el impacto de la crisis económica global del último año y de la reciente crisis política con algunos de los países vecinos, sus principales socios comerciales del área andina. Ello significa que en la ciudad hay cerca de 230.000 trabajadores que buscan empleo (de los cuales cerca de 196.000 son trabajadores cesantes) y que no tienen garantía de estar asegurados en el régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud, ni tampoco tienen certeza de ser acogidos en el régimen subsidiado. Por tanto, para muchos de ellos la cobertura de servicios asistenciales de salud en caso necesario deberá ser suplida con su propios recursos, o recurriendo a los servicios ofrecidos por el Estado para la “población pobre no asegurada” en caso de que cumplan con esta caracterización socioeconómica.

De acuerdo con un estudio previo nuestro sobre trabajadores que quedaron cesantes en esta ciudad en el periodo agosto 2003–octubre 2004, el 37% de estos trabajadores no contaba con aseguramiento en salud en el régimen contributivo, en los regímenes especiales o en el régimen subsidiado. En otras palabras, pasaron de estar asegurados en salud mientras estaban empleados a no estarlo en su nueva condición de cesantes. Se pudo establecer así mismo, que la falta de continuidad en el aseguramiento en salud estaba relacionada con variables como sexo, edad, nivel de educación, estrato socioeconómico, actividad económica, posición ocupacional, tamaño de la empresa y salario (Cardona, et al. 2006).

La importancia social de esta problemática nos impulsó a realizar una nueva investigación sobre el tema, que se propuso conocer las condiciones socioeconómicas de los trabajadores que perdieron su empleo entre el 1° de enero y 31 de diciembre de 2007 en la ciudad de Medellín, y estudiar las variables que estuvieran relacionadas con la falta de aseguramiento en salud. Nos interesaba especialmente reunir información que permitiera establecer cuál es el impacto relativo de las variables sociolaborales de los TC sobre las probabilidades de no mantener continuidad en el aseguramiento en salud cuando pierden su empleo.

La investigación se realizó con base en una muestra representativa de un universo poblacional de 37.676 personas residentes en la ciudad de Medellín que perdieron su empleo en el periodo. Se consideró trabajador cesante a la persona que habiendo trabajado por lo menos durante dos semanas consecutivas se encuentra desocupada pero buscando empleo (DANE, 2009b). Para el análisis de la información se utilizaron las técnicas estadísticas habituales de análisis bivariado y de regresión logística. En el modelo de regresión logística se definió como variable dependiente dicotómica la condición de aseguramiento en salud y se ejecutó mediante el método paso a paso hacia adelante vía razón de verosimilitud, en tanto que la validación de cada uno de los coeficientes de correlación se hizo mediante el estadístico de Wald y la validación global del modelo se hizo mediante la prueba de Hosmer–Lemeshow.

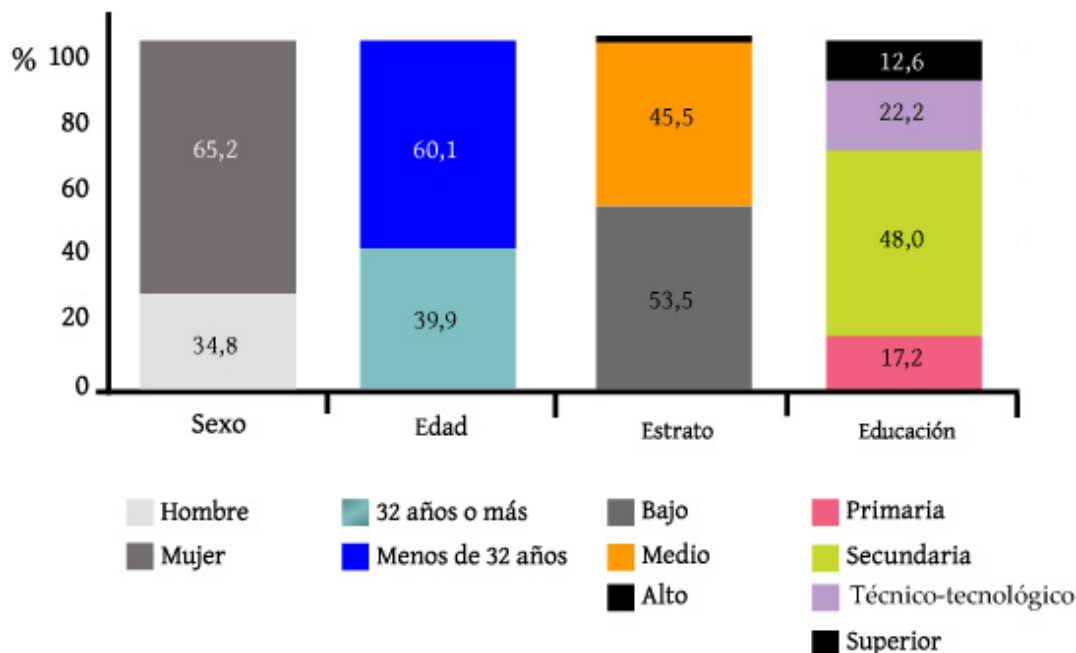
En este capítulo se da cuenta de los principales hallazgos de la investigación, esperando que ellos contribuyan a cuatro propósitos fundamentales: 1. coadyuvar en el proceso académico de evaluación de sistemas de aseguramiento en salud que se implantó en Colombia

con la Ley 100 de 1993; 2. contribuir a la acumulación y análisis de información objetivable y de alta calidad que sirva al mejoramiento de los procesos de toma de decisiones políticas en el área; 3. contribuir a la disminución de la exclusión de grupos vulnerables de población del derecho al aseguramiento en salud; 4. dotar de información que sirva a los trabajadores cesantes para el mejor conocimiento de sus propias condiciones, y para su empoderamiento como actores sociales que deben ser considerados en la definición de políticas públicas de seguridad social en salud.

CARACTERIZACIÓN SOCIOLABORAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Los resultados de la encuesta muestran que la población estudiada es relativamente joven (media de 32 años y 50% del total entre los 20 y los 29 años), con predominio del grupo de mujeres (65,2%). Se trata de una población ubicada mayoritariamente en los estratos socioeconómicos bajo y medio (53,5% y 45,5% respectivamente), con predominio del nivel educativo de secundaria (48%) (Figura 1).

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS TRABAJADORES CESANTES POR SEXO, EDAD, ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE EDUCACIÓN. MEDELLÍN, 2007



Fuente: encuesta a una muestra de 198 trabajadores cesantes de Medellín, 2007.

La mayor parte de esta población (85,4%) laboraba durante su último empleo bajo la condición de asalariado público o privado, el resto ejercía sus labores como empleado doméstico o como trabajador por cuenta propia.

En cuanto al tamaño de las empresas donde laboraban, el 68,2% de los TC estaba empleado en empresas de más de 10 trabajadores y el 31,3% en microempresas de tamaño igual o menor a 10 ocupados, que por definición hacen parte de las actividades informales.

Según la actividad económica principal de la empresa en la que tuvieron su último empleo, la mayor parte de los TC desarrollaba sus labores en la industria manufacturera (19,7%), en el comercio (30,8%) y en los servicios comunales, sociales y personales (21,7%). El resto (21,7%) desarrollaba otras actividades de servicios.

En desarrollo de su último empleo, el 20,7% de los TC no tenía ningún tipo de contrato laboral. Entre aquellos que sí tenían contrato laboral, el 44% estaba vinculado mediante contrato a término fijo y el restante 56% mediante contrato a término indefinido.

El promedio salarial devengado por los TC en su último empleo fue de \$570.188 mensuales, equivalente a 1.3 salarios mínimos legales (SML)⁵ del año 2007. Las dos terceras partes (66,2%) obtenía una remuneración igual o mayor a un SML y cerca del 33,8% devengaba menos de un SML.

Los motivos de pérdida del último empleo se distribuyeron así: 30,3% debido a terminación del contrato; 30,8% debido a factores asociados a decisiones propias del patrono; 19,2% por decisión propia.

La duración media del último empleo de estos TC fue de 18 meses. El tiempo promedio de desempleo fue de 10,3 meses. El 8,1% de los TC reportó haber estado desempleado menos de un mes; el 22,7% entre uno y 6 meses; el 20,7% entre 6 y 12 meses y el 48,5% 12 meses o más.

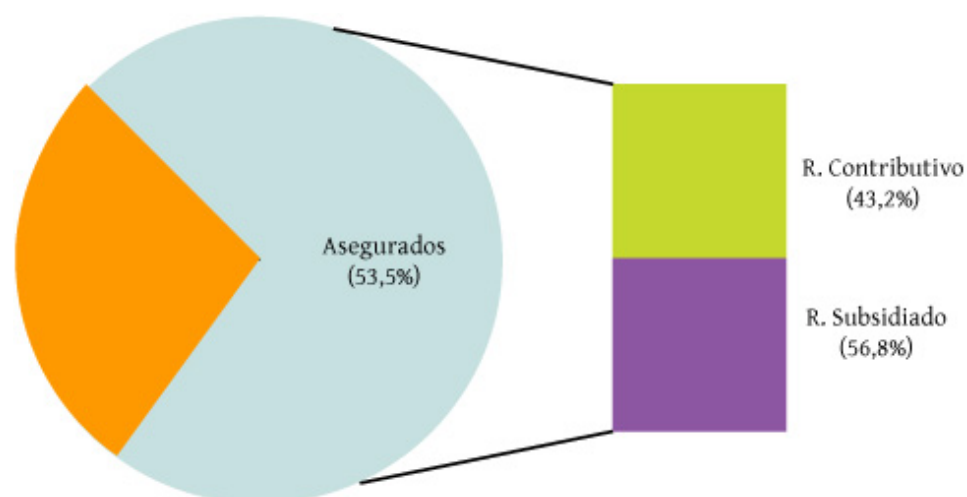
CARACTERÍSTICAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

De acuerdo con la encuesta, el 43,9% de los TC no tenía aseguramiento en salud. En la Figura 2 puede observarse que buena parte de los que sí estaban asegurados mantenía su aseguramiento en salud por medio del régimen subsidiado.

Entre los trabajadores cesantes que se mantenían asegurados a través del régimen contributivo, el 35,4% lo hacía como cotizante directo, mientras que el 64,6% restante tenía la condición de beneficiario de un familiar cotizante.

5 El salario mínimo legal (SML) vigente en Colombia durante el año 2007 fue de \$ 433.700.

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS TRABAJADORES CESANTES SEGÚN SU ASEGURAMIENTO EN SALUD. MEDELLÍN, 2007



Fuente: encuesta a una muestra de 198 trabajadores cesantes de Medellín, 2007.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS TRABAJADORES CESANTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO-LABORALES Y CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD, MEDELLÍN 2007

Variables p	No asegurado n %	Asegurado n %	Total n %	Valor
Sexo				
Mujer	53 (41,1)	76 (58,9)	129 (100)	0,038
Hombre	39 (56,5)	30 (43,5)	69 (100)	
Total	92	106	198	
Edad				
<19 años	5 (55,5)	4 (44,5)	9 (100)	0,125
20 a 29 años	52 (52,5)	47 (47,5)	99 (100)	
30 a 39 años	19 (43,2)	25 (56,8)	44 (100)	
40 o más años	16 (34,8)	30 (65,2)	46 (100)	
Total	92	106	198	
Nivel de educación				
Primaria	11(33,3)	22 (66,7)	33 (100)	0,206
Secundaria	40 (44,4)	50 (55,6)	90 (100)	
Técnico-tecnológico	28 (56,0)	22 (44,0)	50 (100)	
Superior	13 (52,0)	12 (48,0)	25 (100)	
Total	92	106	198	
Estrato socioeconómico				
Bajo	45 (42,5)	61 (57,5)	106 (100)	0,224
Medio-alto	47 (51,1)	45 (48,9)	92 (100)	
Total	92	106	198	
Sector económico				
Comercio	22 (41,5)	31 (58,5)	53 (100)	0,543
Industria manufacturera	24 (44,5)	30 (55,5)	54 (100)	
Resto	46 (50,5)	45 (49,5)	91 (100)	
Total	92	106	198	
Posición ocupacional				
Empleado sector privado	81 (48,2)	87 (51,8)	168 (100)	0,334
Empleado sector público	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (100)	
Resto	5 (29,4)	12 (70,6)	17 (100)	

Total	92	106	198	
Contrato de trabajo				
Sin contrato	15 (31,3)	33 (68,7)	48 (100)	0,015
Con contrato	77 (51,3)	73 (48,7)	150 (100)	
Total	92	106	198	
Tamaño de empresa				
1-10 trabajadores	23 (34,8)	43 (65,2)	66 (100)	0,020
> de 10 trabajadores	69 (52,3)	63 (47,7)	132 (100)	
Total	92	106	198	
Salario en el último empleo				
Menos 1 SML.	24 (35,8)	43 (64,2)	67(100)	0,037
1 a 2 SML.	53 (49,1)	55 (50,9)	108 (100)	
Más de 2 SML.	15 (65,2)	8 (34,8)	23 (100)	
Total	92	106	198	
Tiempo de desempleo				
< 6 meses	43 (51,2)	41 (48,8)	84 (100)	0,252
6 meses o más	49 (43,0)	65 (57,0)	114 (100)	
Total	92	106		

Fuente: encuesta a una muestra de 198 trabajadores cesantes de Medellín, 2007.

Las diferencias de proporciones del no aseguramiento y del aseguramiento en salud no son estadísticamente significativas cuando se analizan tomando en consideración los niveles de edad, los niveles de educación, el estrato socioeconómico, el sector económico de su último empleo, la posición ocupacional y el tiempo de desempleo.

En cambio, en la distribución según sexo sí se establecieron diferencias significativas, encontrándose una proporción de no aseguramiento en salud sensiblemente mayor en hombres que en mujeres.

La mayoría (51,3%) de los trabajadores que tuvieron algún tipo de contrato (a término definido o indefinido) estaban sin aseguramiento en salud al momento de la encuesta. Los que no tuvieron contrato estaban mayoritariamente asegurados (68,7%).

También hay diferencias estadísticamente significativas cuando se compara la condición de aseguramiento con el número de trabajadores de la empresa a la cual pertenecieron los trabajadores cesantes durante su último empleo. El 52,3% de los pertenecientes a empresas con más de 10 trabajadores no estaban asegurados. En cambio, sólo el 34,8% de los pertenecientes a empresas entre 1 y 10 trabajadores no lo estaba.

Igualmente se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel salarial y la condición de aseguramiento. A mayor nivel salarial, mayor es la proporción de no asegurados que de asegurados.

VARIABLES SOCIO-LABORALES RELACIONADAS CON EL NO ASEGURAMIENTO EN SALUD

En la ejecución del modelo multivariado de regresión logística se siguieron las recomendaciones de la literatura especializada relativas al valor p de los contrastes de hipótesis (Hosmer y Lemeshow, 2000). En consecuencia, se asumió como vector de covariables al conjunto de factores que reportaron en las pruebas de significación estadística un valor de p inferior a 0,25. Las decisiones en este sentido están igualmente avaladas por los hallazgos de investigaciones previas realizadas por el equipo de investigación (Nieto y Londoño, 2001; Cardona, et al. 2006).

Asumiendo la condición de asegurado (0) o no asegurado (1) como variable dependiente (Y), de acuerdo con los resultados del análisis bivariado hecho en la sección anterior se presumió que dicha condición estaba asociada a las variables independientes (Xi) sexo, edad, nivel educativo, estrato socioeconómico, contrato laboral, tamaño de la empresa y nivel salarial donde se desempeñó en su último empleo.

De acuerdo con la prueba de Hosmer–Lemeshow, el modelo logístico cuyos resultados relevantes se registran en la [Tabla 2](#), ofrece un óptimo ajuste y es estadísticamente significativo (Chi-cuadrado de 1,421 con valor $p=0,965$). Los resultados informan que dicho modelo tiene una capacidad predictiva global del 61,6%.⁶

Conforme con los estimativos de la Odds Ratio (OR) se infiere a un nivel de confianza del 90% que la eventualidad de quedar por fuera del sistema de aseguramiento en salud de un trabajador cesante está asociado con las variables sexo, edad, contrato de trabajo, tamaño de la empresa en que laboró por última vez y nivel salarial devengado durante el último empleo. De manera más específica se puede afirmar que pertenecer al sexo masculino, con edad inferior a 32 años, haber laborado bajo contrato de trabajo explícito en empresas de tamaño superior a 10 trabajadores y haber devengado un salario mensual superior a un salario mínimo legal, genera las mayores probabilidades de que el trabajador cesante quede sin cobertura del aseguramiento en salud.

Así, en comparación con una mujer trabajadora que ha quedado cesante, un trabajador hombre en la misma circunstancia tendría 1,82 veces más probabilidades de caer en la condición de no asegurado en salud. Así mismo, los TC con edad inferior a 32 años tendrían 1,69 veces más probabilidades de quedar sin aseguramiento en salud que los de edades superiores a los 32 años.

En relación con la vinculación laboral sin contrato escrito de trabajo, los trabajadores cesantes que laboraban bajo contrato escrito de trabajo

registran 2,06 veces más probabilidades de quedar sin aseguramiento en salud que aquellos que no lo tenían.

6 Para efectos de controlar un sobre-ajuste del modelo o la incorporación de covariables redundantes bajo presencia de colinealidad, se contrastaron los valores de los coeficientes β que arrojó el modelo completo con los valores de esos mismos coeficientes β que arrojaron los modelos parciales con incorporación “uno a uno” de las variables independientes. Dicho contraste descartó la presencia de colinealidad.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS TRABAJADORES CESANTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO-LABORALES Y CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD, MEDELLÍN 2007

Variables	No asegurado	Asegurado	β	OR	IC 90%
Constante		-1,878			
Sexo					
Mujer(+)	53	76	0,000	1,00	
Hombre	39	30	0,601	1,82	1,08 a 3,08
Edad					
Menos de 32 años	76	76	0,522	1,69	1,01 a 2,82
32 o más años (+)	16	30	0,000	1,00	
Contrato					
Sin contrato (+)	15	33	0,000	1,00	
Con contrato	77	73	0,724	2,06	1,12 a 3,79
Tamaño empresa					
1 a 10 trabajadores (+)	23	43	0,000	1,00	
Más de 10 trabajadores	69	63	0,422	1,53	0,88 a 2,63
Salario					
Menos de 1 SML (+)	24	43	0,000	1,00	
1 SML ó más	68	63	0,542	1,72	1,01 a 2,93

(+) Categoría de referencia.

Fuente: encuesta a una muestra de 198 trabajadores cesantes de Medellín, 2007.

Los trabajadores cesantes que laboraron en empresas con tamaño superior a 10 trabajadores, comparados con aquellos que estaban vinculados en empresas de menor tamaño, registran 1,53 veces más probabilidades de quedar excluidos del sistema de aseguramiento en salud.

Los trabajadores cesantes que devengaban sueldo mensual igual o superior a un salario mínimo legal, tendrían 1,72 veces más probabilidades de quedar sin seguro en salud que aquellos que devengaban un salario menor.

Tal como lo sugiere la literatura en economía laboral y los hallazgos de otras investigaciones adelantadas por algunos miembros del grupo de investigación, se exploró la interacción entre algunos factores, corriendo un segundo modelo logístico con interacción entre las variables sexo y salario, edad y salario. Los resultados no mejoran ostensiblemente la capacidad predictiva del modelo (62,6%). Sólo la OR asociada a la interacción edad y salario (1,88) resultó significativa al 90% de confianza.

La función logística $P(Y=1) = 1 / [1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_i)]$ permitió estimar la probabilidad de que un trabajador cesante, con cierto perfil sociolaboral, quedara en condición de no aseguramiento en salud. Tomando en consideración los resultados del modelo logístico que se reportan en la tabla anterior, se estimaron las probabilidades de quedar en condición de no asegurado, según dos perfiles socio laborales extremos de los TC.

Para el perfil correspondiente a un TC de sexo masculino, edad inferior a 32 años, vinculado con contrato escrito de trabajo, en empresa con tamaño superior a 10 trabajadores y devengando salario mensual superior a un salario mínimo legal, la probabilidad de quedar por fuera del sistema de aseguramiento en salud es de 0,87.

Para el perfil contrapuesto, correspondiente a un trabajador cesante de sexo femenino, edad igual o superior a 32 años, vinculado sin contrato escrito de trabajo, en empresa con tamaño inferior a 10 ocupados y devengando salario mensual inferior a un salario mínimo legal, la probabilidad de quedar por fuera del sistema de aseguramiento en salud es de 0,28.

DISCUSIÓN

El interés de aportar evidencia científica que contribuya a la evaluación del desarrollo del modelo colombiano de seguridad social en salud y a la formulación de políticas públicas para extender o mantener mecanismos de protección social a los grupos poblacionales más vulnerables, ha motivado el desarrollo de este estudio en la búsqueda de alternativas de aseguramiento en salud de los trabajadores que pierden su empleo en la ciudad de Medellín.

Las estadísticas oficiales muestran que después de 15 años de aplicación del modelo colombiano de aseguramiento en salud, a pesar de los logros en el aumento de cobertura, aún persiste un grupo de personas en el país, de aproximadamente 20%, que está excluida de ese derecho

ciudadano (Presidencia de la República, 2009).

Adicionalmente, esta investigación ha mostrado que hay una proporción importante de ciudadanos que a pesar de haber sido incorporados al sistema de aseguramiento en salud, no tuvieron garantía de permanencia. Un ejemplo de ello, según lo establecimos en nuestra investigación, es que de la población de trabajadores cesantes en el año 2007 estudiada en la ciudad de Medellín, el 43,9% no tuvo garantizada su permanencia.

En la explicación de este porcentaje de población no cubierta por el sistema de aseguramiento en salud confluyen la estructuración misma del modelo que hace depender el aseguramiento de la vinculación al mercado laboral formal y/o de la capacidad económica para pagar aportes, así como la carencia de políticas públicas que garanticen ese aseguramiento a la franja de población con condición socio-económica media que queda desempleada.

La búsqueda de alternativas de políticas de protección social en salud para los trabajadores cesantes que garanticen su permanencia en el sistema de aseguramiento en salud, cobra mayor relevancia debido a la magnitud que ha alcanzado la problemática del desempleo en Colombia. Durante el reciente periodo de expansión económica, el desempleo se mantuvo en niveles relativamente altos, agravándose todavía más por efectos de la fase recesiva del último año. A nivel nacional se registró una tasa de desempleo del 11.7% en mayo de 2009 y del 15% en la ciudad de Medellín en el mismo mes.

Asumimos que hay alternativas viables de políticas de extensión de la protección social en salud para los TC, que pueden contribuir al mejoramiento de las condiciones de equidad en salud y a mitigar el riesgo de aumentar o caer en la pobreza por falta de aseguramiento en salud. El riesgo de pérdida del patrimonio familiar de esta población se incrementa en el evento de enfermar y no disponer de mecanismos de aseguramiento y acceso a los servicios de salud, lo cual se suma a otras problemáticas familiares y sociales relacionadas con la pérdida del empleo (Beale y Nethercott, 1986; Abrantes, 2009; Stivill, 2003; Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2001; Holzmann y Jorgensen, 2000; Rosenberg y Anderson, 2000).

Pese a que los resultados obtenidos en esta investigación no son estrictamente comparables con los reportados en nuestro estudio sobre trabajadores que perdieron su empleo en el año 2004 (Cardona, et al. 2006), conviene realizar algunos contrastes al menos en lo que respecta a los perfiles básicos de carácter demográfico, económico y laboral, a fin de lograr una evidencia más sólida de la alta vulnerabilidad de los TC en la ciudad de Medellín.

El perfil sociodemográfico de los TC encuestados en 2007, guarda cierta correspondencia con el observado en el grupo de TC analizado en 2004. La pérdida de empleo tiende a presentarse en población trabajadora relativamente joven y con niveles bajos de educación. En 2007 se reportó un 76,8% de TC con edades inferiores a 40 años (50% correspondiente al grupo de 20 a 29 años), en tanto que para el año 2004 se obtuvieron en este mismo orden participaciones del 82% y 48,9%. Estos resultados son bastante coherentes con las tendencias históricas del desempleo en Colombia, que evidencian una fuerte vulnerabilidad al desempleo por parte de los jóvenes (Nieto, 1998).

Los hallazgos según estratos socioeconómicos se corresponden también con las características estructurales del mercado de trabajo, pues las participaciones de los niveles bajo y medio en la muestra de trabajadores que perdieron su empleo en 2007 fueron de 53,5% y 45,5%, muy similares a las participaciones reportadas en 2004: 57,6% y 40,8% respectivamente.

Se presentan resultados disímiles en lo tiene que ver con la caracterización según sexo y educación. En 2007, fueron las mujeres las más golpeadas por este tipo de desempleo (65,2%), en una magnitud sensiblemente mayor a la registrada en 2004 (52%). Por niveles de educación, se encontró en el 2007 una alta participación del grupo con formación técnica, tecnológica y superior (34,8%), que contrasta con la participación de ese mismo grupo en los TC analizados en 2004 (20,3%). Estos hallazgos se distancian del comportamiento descendente en la tasa de desempleo de este grupo de trabajadores a nivel nacional (DANE, 2007b).

Los resultados según variables económicas y laborales presentan perfiles similares en uno y otro año. Tanto en 2007 como en 2004, se encontró una fuerte participación de los TC que laboraron en su último empleo como asalariados del sector público o como asalariados del sector privado, en ambos años por encima del 80%. La distribución por ramas de actividad económica también presenta características parecidas. En 2007, la industria con 19,7% y el comercio con 30,8% se constituyeron como los sectores que más aportaron a este tipo de desempleo, muy cercano a lo ocurrido en 2004 con 21,6% y 27,1% respectivamente.

Cabe resaltar que en Colombia las oportunidades de conseguir un empleo se han reducido especialmente para los que buscan una ocupación como asalariados del sector público o privado. A nivel nacional los asalariados pasaron de representar el 58,1% de los ocupados totales en 1993, a sólo el 46,9% en 2005. Dado que encontrar un empleo asalariado es ahora más difícil, quienes lo han perdido se ocupan en actividades deleznable, como el trabajo por cuenta propia (Farné, Granados y Vergara, 2006; Tokman, 2006).

La distribución según tamaño de la empresa es similar en ambas muestras: para 2007 el 31,8% de los TC proviene de las microempresas, en tanto que para 2004 la participación había sido del 33,2%. En el mismo sentido se registran las distribuciones según niveles salariales: el porcentaje de TC con salario inferior a un SML fue de 33,8% en 2007 y de 34,5% en 2004.

El tipo de contratación es la variable laboral que marca una diferencia sensible en las muestras analizadas en los dos años. Mientras que en 2004 la proporción de TC con contratación a término indefinido había sido del 32,5%, en 2007 dicha proporción asciende al 66,7%, lo cual se corresponde con un contexto macroeconómico más estable y niveles de crecimiento del PIB por encima del 7% anual. No obstante, respecto de este último año, habría que agregar la sensible participación del grupo que labora sin contrato escrito de trabajo (20,7%), que revela en alguna medida la expansión en nuestro país de las formas contractuales por fuera del Código Laboral, es decir de la contratación regida por el Código Civil y la normatividad del sector cooperativo.

Tal situación es revelada por estudios similares que indican que alrededor del 50% de los asalariados colombianos no consigue formalizar

por escrito su contrato laboral (Farné, Granados y Vergara, 2006). Para el año 2000 esta proporción era cercana al 57% (Uribe, Castro y Ortiz, 2006), lo cual puede considerarse entre los indicadores de la precariedad laboral en Colombia.

Datos igualmente contrastantes se observan en los niveles de desprotección en salud del grupo de TC. Para el 2007 la proporción no asegurada en salud ascendió al 43,9%, por encima del 36,7% registrado en 2004. En el grupo de TC que logra mantenerse en el SGSSS, conviene resaltar su distribución por régimen de salud, pues en el último año el régimen subsidiado registra una importancia relativamente menor que la observada en 2004. En este año el 34% de los TC se mantuvo asegurado por vía de dicho régimen, mientras que en 2007 esa proporción asciende al 31,8%.

Diferenciado por género, se encontró que los hombres, más que las mujeres, presentan una mayor vulnerabilidad en materia de cobertura en salud en el momento de quedar desempleados ($OR=1,82$). El desempleo en los hombres, contrario a lo que podría estar sucediendo entre las mujeres, parece no estar generando un deterioro económico tan fuerte como para habilitarlos al aseguramiento en el régimen subsidiado. De hecho, los hombres participan en menor proporción (31,6%) en el grupo de TC que logran mantener su aseguramiento en salud a través de dicho régimen. La condición de beneficiario parece ser otro factor diferenciador. Del total de hombres cesantes que mantienen su aseguramiento en salud en el régimen contributivo, el 58,3% tiene la condición beneficiario; entre las mujeres dicha proporción asciende al 70,3%.

La desprotección en salud registra cierto gradiente asociado al grupo de edad de los TC. Los más jóvenes tienen mayor presencia en el total de los no asegurados, lo cual se corresponde con su mayor vulnerabilidad laboral y quizá con una menor oferta de apoyo social por parte de las agencias gubernamentales. Los cesantes de mayor edad, sobre todo si son cabeza de hogares altamente vulnerables, podrían estar siendo objeto de programas sociales con subsidios públicos. Por razones similares se podría explicar la menor incidencia del no aseguramiento en los estratos bajos, a lo cual habría que agregar en este caso sus mayores posibilidades de vínculo por medio del régimen subsidiado. Para los grupos de menos de 32 años y los de 32 o más la OR es de 1,69.

Contrario a lo que se podría esperar, no hay un gradiente regular en la desprotección del aseguramiento en salud según se descienda en los niveles de educación. El no aseguramiento de los TC se concentra fundamentalmente en los niveles intermedios de educación, especialmente en la formación secundaria y técnica. Esta variable fue incluida en la regresión logística pero con resultados estadísticamente no significativos en la evaluación de los factores del no aseguramiento en salud. No obstante, tanto el género y el nivel educativo como la edad son reconocidos en otros estudios como factores determinantes de las posibilidades de empleo y desempleo. Estos últimos a su vez como factores determinantes de las alternativas de protección social y de aseguramiento en salud (Uthoff, 2006).

La posición ocupacional y el sector de actividad económica no son factores que logren discriminar los niveles de desprotección en salud. En el primer caso, por la fuerte concentración de los TC en la categoría de trabajadores asalariados públicos y privados. En el segundo caso, por una similar concentración en el sector de la industria y el comercio. El modelo logístico tampoco incorpora estas variables en la evaluación de los factores del no aseguramiento en salud.

El tamaño de la empresa, por el contrario, sí se constituye como un factor que discrimina fuertemente la condición de no aseguramiento en salud en el conjunto de los TC ($OR=1,53$). El 75% de los no asegurados proceden de la pequeña y mediana empresa. Además, la incidencia del no aseguramiento en salud entre los cesantes de este tipo de empresa es del 52,3%, mientras que la misma alcanza el 34,8% entre los cesantes que laboraban en las microempresas. La mayor vulnerabilidad socioeconómica de este último grupo de cesantes los habilita para su aseguramiento por vía del régimen subsidiado. Tienen igualmente mayores posibilidades como beneficiarios, pues el 76,2% de estos trabajadores de las microempresas que logran mantenerse en régimen contributivo, lo hacen justamente bajo esta condición.

La contratación laboral ($OR=2,06$) y el nivel salarial ($OR=1,72$) también ofrecen fuertes contrastes para el no aseguramiento en salud de los TC. El 51,3% de los que laboraban con contrato escrito de trabajo no mantienen su aseguramiento en salud, mientras que el 31,3% de los que ejercían sus labores sin contratación laboral escrita se encontraban en igual situación. El primer dato es indicativo de la creciente precariedad laboral de los trabajadores en este país. El segundo tiene una explicación en las oportunidades que ofrece a esta población (trabajadores altamente vulnerables sin contratación laboral) el régimen subsidiado en salud, pues el 63,6% de los que logran mantener su aseguramiento lo hacen en dicho régimen, mientras que la misma proporción alcanza el 49,3% entre los que laboraban bajo contratación escrita.

En cuanto a los niveles salariales, se encontró que los de mayores salarios tienen igualmente mayor riesgo de quedar sin aseguramiento en salud. Aquí el régimen subsidiado juega un papel importante en el mayor aseguramiento de los desempleados con menores salarios, pues del total de cesantes que mantienen su aseguramiento en salud, el 72,1% lo hacen en este régimen.

De conjunto, se encontró que el sexo, la edad, la contratación laboral, el tamaño de la empresa y el nivel salarial, son las variables más estrechamente asociadas al no aseguramiento en salud de los TC de la ciudad de Medellín. De hecho, pertenecer al sexo masculino, con edad inferior a 32 años, haber laborado bajo contrato de trabajo explícito, en empresas de tamaño superior a 10 trabajadores y haber devengado un salario mensual superior a un SML, genera una probabilidad de 0,87 de quedar por fuera del sistema de aseguramiento en salud.

CONCLUSIONES

- Los resultados de los estudios llevados a cabo por el equipo de investigación en 2004 y 2007 develan la alta vulnerabilidad de los trabajadores cesantes en la ciudad de Medellín, pues se trata de un grupo poblacional proveniente mayoritariamente de los estratos socioeconómicos bajo y medio, con deficientes niveles de escolaridad y un nivel salarial promedio de 1,3 SML. Estos hallazgos adquieren un significado notable para la ciudad, en virtud de que en ella se registra una de las tasas de desempleo más altas entre el

conjunto de las principales áreas metropolitanas colombianas. Además, en el 2007 cerca del 85% de los desempleados en la ciudad clasificaba bajo la categoría de trabajadores cesantes, cifra que representaba no menos de 151.700 personas.

■ En la coyuntura de 2007, tanto como en la de 2004, el perfil laboral de los trabajadores cesantes de la ciudad de Medellín pone en evidencia los efectos del proceso de reestructuración productiva asumida por las empresas de nuestro país. Debido al descenso relativo de los costos de capital frente a los costos laborales, en esta última fase de expansión económica el parque empresarial de la ciudad ha optado por el recorte de nómina y la contratación de la mano de obra por fuera de la normatividad laboral. Dicho proceso se manifiesta en la alta proporción de trabajadores cesantes que laboraban sin contrato escrito de trabajo, así como en la expulsión de mano de obra asalariada proveniente del sector privado, particularmente acentuada en los sectores modernos de la industria y el comercio.

■ Comparados con los hallazgos de 2004, es mayor en 2007 la proporción de trabajadores cesantes con educación superior, así como también la duración media del desempleo. Ambos resultados están asociados a las nuevas prácticas empresariales antes aludidas. La extensión media del desempleo es por sí misma un factor de mayor vulnerabilidad, en razón a que supone alta desprotección del sistema de salud y por ello una mayor probabilidad de quedar en situación de pobreza.

■ Para los trabajadores que pierden su empleo y sus familias, el sistema de seguridad social en salud colombiano no ofrece alternativas seguras de protección frente a la eventualidad de una enfermedad. Los datos de nuestros estudios de 2004 y 2007 referentes a la ciudad de Medellín muestran que el no aseguramiento en salud entre ellos se mantiene relativamente alto. Sólo una cuarta parte de los trabajadores cesantes logró en 2007 mantener su afiliación al régimen contributivo y no más del 30% adicional encontró en el régimen subsidiado alternativa para su protección en salud.

■ El grupo de trabajadores cesantes de la ciudad de Medellín que registra las más altas probabilidades de quedar por fuera del sistema de aseguramiento en salud tiene el siguiente perfil socio-económico y laboral: cesante de sexo masculino, con edad inferior a 32 años, experiencia laboral sin contrato escrito de trabajo, en empresas de tamaño superior a 10 trabajadores y con salario mensual superior a un salario mínimo legal.

■ Para atender a la problemática develada por la investigación, se ha propuesto una alternativa piloto de intervención pública en la ciudad de Medellín, consistente en la creación de un mecanismo financiero local que garantice la continuidad del aseguramiento en salud en el régimen contributivo de los trabajadores que pierden su empleo y de sus familias. Esta propuesta ha logrado poner en la agenda de la discusión pública de la ciudad el tema del aseguramiento en salud de esta población, y sigue discutiéndose con el Gobierno y con el Concejo municipales.

■ La investigación realizada da soporte para la apertura de una ruta futura de investigación inscrita en un debate más general, de importancia no sólo para el modelo colombiano de aseguramiento en salud, sino también para la generalidad de los modelos implantados en otros países latinoamericanos: la puesta a prueba de instrumentos de financiación del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud que hipotéticamente pueden ser más eficaces para garantizar su universalización, y que comienza a postularse como alternativas a los modelos actuales que definen la elegibilidad por mecanismos del mercado y/o necesidad.

Para el caso colombiano bien vale la pena ahondar en las razones conceptuales y en la apreciación de la marcha del sistema de aseguramiento y prestación de servicios de salud que llevaron a la Corte Constitucional a emitir, entre muchas otras, las siguientes órdenes en su Sentencia T-760 de 2008:

Ordenar al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada (p. 272).

Ordenar al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (1) sean precisados de manera clara, (2) sean actualizados integralmente, (3) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (4) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud. Esta regulación también deberá (1) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (2) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales (265-266).

Recuérdese que la Ley 100 de 1993 había proyectado que todos los colombianos estuvieran asegurados en salud “antes del año 2001”. La alusión de la Corte Constitucional al mes de enero de 2010 como plazo fijado por la Ley para el logro de la universalidad en el año 2000, hace referencia a un artículo de la Ley 1122 de 2007, que introdujo algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República, 2007).

AGRADECIMIENTOS

A Luz María Agudelo, Secretaria de Salud del Municipio de Medellín, por su apoyo al proyecto.

A Luis Bernardo Vélez, Concejal del Municipio de Medellín, por su permanente disposición a discutir los resultados de nuestra investigación y a impulsar una política publica de aseguramiento en salud para los trabajadores cesantes en la ciudad.

A Edwin Álvarez, Gerente de Sistemas de Información, por su apoyo en la organización del proceso de realización de las encuestas y en el procesamiento de la información.

A Hugo Grisales, Doctor en Epidemiología y profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, por su asesoría en aspectos estadísticos.

BIBLIOGRAFÍA

Abrantes, R. (2009). *Las políticas de extensión de la protección social en salud (PSS) como sustento de la formulación normativa*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-xi-taller04-pres-abrantes.pdf>

Beale, N. y Nethercott, S. (1986). Job-loss and morbidity: the influence of job-tenure and previous work history. *J R Coll Gen Pract*, 36 (293), 560–563.

Cardona, A., et al. (1999). *Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

_____. (2006). Una propuesta de innovación en políticas de aseguramiento en salud, basada en hallazgos de investigación: el caso de los trabajadores cesantes en Medellín, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, S87-S96. Rio de Janeiro.

Congreso de la República (1993). *Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: República de Colombia.

_____. (2001). *Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*. Bogotá: República de Colombia.

_____. (2007). *Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: República de Colombia.

Consejo Nacional de Política Económica y Social (2001). *Documento Conpes 3144 de 2001. Creación del Sistema Social de Riesgo y Fondo de Protección Social*. República de Colombia (pp. 2-5). Bogotá: Departamento Administrativo de Planeación Nacional.

_____. (2006). *Documento Conpes social 100 de 2006. Lineamientos para la focalización del gasto público social*. Bogotá: República de Colombia-Departamento Administrativo de Planeación Nacional.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2003). *Acuerdo 253 de 2003 por el cual se amplía la cobertura en el régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: República de Colombia-Ministerio de la Protección Social.

Corte Constitucional. (2008). *Sala Segunda de Revisión. Sentencia N° T-760 de 31 de julio de 2008*. Bogotá: República de Colombia.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (junio, 2004). *Encuesta Continua de Hogares*. Bogotá.

_____. (2007a). *Cuentas nacionales de Colombia, diciembre de 2007*. Bogotá.

_____. (2007b). *Encuesta Continua de Hogares, 2001-2007*. Bogotá.

_____. (2007c). *Gran Encuesta Integrada de Hogares, junio de 2007*. Bogotá.

_____. (2008). *Gran Encuesta Integrada de Hogares, diciembre de 2008*. Bogotá.

_____. (2009a). *Gran Encuesta Integrada de Hogares, mayo de 2009*. Bogotá.

_____. (2009b). *Metodología de la Encuesta Nacional de Hogares. Conceptos utilizados en la ENH*. Recuperado de http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=19&id=76&Itemid=258

Farné, S., Granados, E. y Vergara, C. A. (2006). El mercado laboral y la seguridad social en Colombia entre finales del siglo XX y principios del siglo XXI. *Serie Estudios y Perspectivas*, 15. Bogotá: CEPAL.

Giraldo, C. (2007). *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Ediciones Desdeabajo.

Holzmann, R. y Jorgensen, S. (2000). Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. *Documento de trabajo*, 0006 sobre protección social. Washington: Banco Mundial.

Hosmer, D. W. y Lemeshow, S. (2000). *Aplied logistic regression*. New York: John Wiley y Sons editors.

Martínez, F. (2008). *Protección social: entre el aseguramiento y la asistencia*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Mesa Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. *Documento de proyecto*, 63. Santiago de Chile: CEPAL.

Nieto, E. (1998). Morfología del mercado laboral en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 15(2), 9-43.

Nieto, E. y Londoño, J. L. (2001). Factores socioeconómicos y aseguramiento en salud en el área urbana de Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1).

Presidencia de la República (2009). *Informe del presidente Álvaro Uribe Vélez al Congreso de la República*. Bogotá: República de Colombia-Departamento Nacional de Planeación.

Rawls, J. (1978). *Teoría de la Justicia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Restrepo, J. H. (2001). *Empleo y seguridad social en Colombia: la necesidad de replantear una relación que se diluye*. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.

_____. (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud*. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.

Rodríguez, O. (1999). *Reforma laboral y seguridad social en Colombia*. Bogotá: CID, Universidad Nacional de Colombia.

Rosenberg, H. Anderson, B. (2000). Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 118.

Sen, A. (1989). *Sobre ética y economía* (p.26). Madrid: Alianza Editorial S.A.

Stivill, J. (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y Estrategias*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Tokman, V. (2006). Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social. *Serie financiamiento del desarrollo*, 170. Santiago de Chile: CEPAL.

Uribe, J. I., Castro, J. A., Ortiz., García G. (2006). Segmentación del mercado laboral colombiano en la década de los noventa. *Documento*, 301, 24. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación-Dirección de Estudios Económicos-Archivos de Economía.

Uthoff, A. (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile: CEPAL.

EVALUACIÓN DE LA INTRODUCCIÓN DE TARIFAS AL USUARIO POR SERVICIOS PREVENTIVOS EN JAMAICA: IMPACTO SOBRE EL NIVEL DE SALUD Y LAS ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS DE LOS USUARIOS

**Wilma Bailey, Georgiana Gordon-Strachan, Aldrie Henry Lee,
Jasper Barnett, Stanley Lalta, Dillon Alleyne**

INTRODUCCIÓN

Reflejando sus vínculos coloniales y la influencia del Reino Unido, el sistema de salud de Jamaica se ha desarrollado principalmente con base en el modelo británico. Es un sistema público de salud financiado por impuestos que proporciona una amplia gama de servicios de salud pública y atención primaria, secundaria y terciaria. Paralelamente a la red pública de establecimientos, se ha ido expandiendo el sistema de salud privado que complementa, pero sobre todo compite, en la oferta de servicios. A excepción de los servicios de salud pública que son principalmente responsabilidad del sector público, los servicios generales curativos y paliativos son brindados tanto por instituciones públicas como privadas. El proveedor principal de la atención hospitalaria es el sector público, mientras que el sector privado presta mayoritariamente los servicios ambulatorios.

Hasta 1997 la gestión y prestación de servicios de salud se coordinaba y controlaba desde la Oficina de Directores en Kingston, la capital. Sin embargo, con la implementación del Programa de Reforma Sanitaria y la promulgación del Acta de Servicios Nacionales de Salud de 1997, las funciones del Ministerio de Salud se descentralizaron. A la Oficina de Directores se le asignó la política, el planeamiento, la reglamentación y las funciones de compra, mientras que a cuatro Autoridades Sanitarias Regionales (RHA por sus siglas en inglés) se las hizo responsables de la prestación de los servicios de salud. Los objetivos de la reforma fueron mejorar el desempeño del sector salud y hacerlo más receptivo a las necesidades locales.

Cada RHA tiene la responsabilidad de prestar atención primaria de salud a través de una red de centros de salud. Los centros de salud de tipo I brindan servicios de salud materno-infantil y atienden a pequeños poblados. Los servicios se hacen más integrales de acuerdo con el tipo de centro, siendo los de tipo V los más completos. Por ejemplo, los centros de salud de tipo III, cuentan con un doctor permanente y brindan, además de atención materno-infantil, una amplia gama de servicios curativos, de salud mental y salud dental. En total, hay cerca de 315 centros de salud extendidos de manera equitativa en todas las regiones. Sin embargo, las clínicas de tipo III a V, están generalmente ubicadas en las regiones con grandes concentraciones urbanas.

Aproximadamente el 90% de los recursos financieros de los servicios de salud brindados por prestadores públicos, provienen de las asignaciones presupuestarias anuales y son administrados por el Ministerio de Salud. El 10% restante se financia a través de las tarifas a los usuarios. En términos reales, el presupuesto total del Ministerio de Salud aumentó en 13% durante el período 1980/1 a 2005/6, sin embargo, el presupuesto per cápita descendió un 14%. Las asignaciones para la atención de salud primaria tuvieron un promedio del 20% durante el período, cifra inferior al 25% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Ministerio de Salud y las RHA han tenido que recurrir a diversas estrategias para administrar las reducidas asignaciones presupuestarias. Una de éstas ha sido el retraso en el pago de las deducciones legales y las sumas adeudadas a las empresas de servicios públicos. Entre 1980 y 2003 hubo varias propuestas para mejorar el manejo financiero, siendo los problemas más discutidos las restricciones presupuestarias, la limitada cobertura del seguro en la población y la inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud por parte de los sectores de menores recursos.

La economía jamaquina ha experimentado un prolongado período de lento crecimiento económico. Las tasas de crecimiento fueron en promedio menos del 1% anual durante los años setenta y apenas un poco más del 1% durante los años ochenta y noventa. En la primera mitad del año 2000, la tasa de crecimiento promedio ha sido alrededor de 1,6% anual (PIOJ, 2007). En el período de 1970 hasta el 2008 ha habido más años con tasas de crecimiento negativas o bajas (menos de 0,5%) que con tasas positivas, a pesar de la intensa aplicación de los programas de estabilización y de ajuste estructural por parte del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial entre 1977 y 1995 (Davies y Witter, 1989; Handa y King, 2003). El crecimiento se ha visto afectado por el débil desempeño de los sectores clave de la economía –la bauxita y el aluminio, la agricultura y la industria manufacturera–. Asimismo se ha presentado una intensa competencia por las importaciones de materias primas y mercancías.

Los temas de equidad también han estado presentes. Debido a la inadecuada compensación, el sector público de salud no ha podido atraer ni retener a sus profesionales. La escasez de personal afecta la prestación de servicios médicos en los centros de salud y obliga a los pobres a buscar atención en los servicios de urgencia o en los servicios ambulatorios de los hospitales. Los costos de las atenciones en el sector privado son relativamente elevados y sólo un 14% de la población tiene aseguramiento en salud. La mayor cobertura se da en los quintiles más altos de la población (34%), descendiendo al 8% en el quintil más bajo y más pobre (PIOJ, 2006). La [Tabla 1](#) muestra algunas de las disparidades entre la población en el quintil 1 –el más pobre– y el quintil 5. Las personas pobres reportaron enfermedades más prolongadas, más días de discapacidad y mayor probabilidad de uso/dependencia de establecimientos públicos de salud para sus cuidados.

TABLA 1. PATRONES DE ESTADO DE SALUD AUTOEVALUADO, COMPORTAMIENTOS Y GASTOS (1992-2002)

	Quintil 1 (Q1)	Quintil 5 (Q5)	Razón de Q1 a Q5
% que reporta enfermedad / lesión prolongada	3,3	2,8	1,18
Número promedio de días de discapacidad	6,7	4,8	1,40
% que utiliza establecimientos públicos de salud	56,9	16,9	3,37
% que utiliza establecimientos privados de salud	38,0	77,1	0,49
% que utiliza servicios ambulatorios en hospital	33,5	19,0	1,76
% de la muestra poblacional con seguro de salud	1,3	30,5	0,04

Fuente: PIOJ, Survey of Living Conditions, Jamaica 1992-2002.

El financiamiento de la salud ha sido un tema importante. Las propuestas para solucionar los problemas incluyeron la imposición de tarifas a los usuarios en determinados servicios, la extensión de la cobertura del seguro privado de salud, la introducción de un seguro nacional de salud, el establecimiento de planes de salud prepago basados en principios de atención gerenciada, la creación de un paquete básico de

atención de salud brindado por el sector público y la aplicación de algunas medidas de eficiencia tales como la privatización. La atención oficial ignoró todo menos la privatización limitada, el seguro nacional de salud y las tarifas a los usuarios.

Una serie de estudios para introducir un esquema de plan de seguro nacional de salud culminó en un documento de trabajo titulado *Green Paper* (Ministry of Health, 1997). Los puntos claves incluyeron la cobertura universal, la compra de un paquete de beneficios estándar, las contribuciones mediante un impuesto a los ingresos y la creación de un fondo de atención para enfermedades catastróficas. El paquete incluía costos significativos para el gobierno y para el empleador con el fin de cubrir las primas de los indigentes (Barrett y Lalta, 2004). Se estimó que el programa costaría anualmente entre US\$ 337 y \$421 (Barrett y Lalta, 2004) y fue archivado por parecer demasiado costoso.

El Banco Mundial argumentó en varios documentos que las tarifas a los usuarios (*User Fees*) aportarían los recursos necesarios en los sistemas de salud y detendrían el deterioro en la provisión de servicios (De Ferranti, 1985., Akin, et al. 1987). La posición del Banco fue aceptada por la mayoría de las principales organizaciones multilaterales, y el compartir costos en los servicios sociales se convirtió en una de las condicionalidades para recibir los préstamos proporcionados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) que Jamaica necesitaba (Hutton, 2004). Como resultado, el archivado esquema de tarifas a los usuarios para la utilización de los servicios de salud brindados por prestadores públicos fue revisado en 1993 y nuevamente en 1999, y las tarifas a los usuarios empezaron a desempeñar una función más destacada en el financiamiento, suministro y mejoramiento del acceso a los servicios. Desde el año 2000, los pagos por tarifas a los usuarios recaudados por las RHA han venido a considerarse como “ingresos” para complementar las subvenciones presupuestarias del Ministerio de Salud. Cerca del 90% de los recursos financieros para los servicios de salud brindados por prestadores públicos provienen de las asignaciones presupuestarias anuales y son administrados por el Ministerio de Salud. El saldo restante proviene de las tarifas a los usuarios.

Durante el período 1999-2004, se afirmó que los sectores de bajos recursos no tenían niveles adecuados de atención por servicios preventivos primarios tales como planificación familiar y anticoncepción, atención prenatal, atención posnatal y vacunación, así como de servicios preventivos secundarios tales como el tratamiento de enfermedades crónicas altamente prevalentes como la diabetes y la hipertensión. Estos reclamos no tuvieron fundamento por la insuficiencia de datos institucionales para establecer cuáles grupos de la población usaban menos los servicios. Sin embargo, el trabajo de Le Franc y Lalta (2001), así como los datos anecdóticos del personal de salud y trabajo social de primera línea, sugirieron que muchas personas estaban retrasando su atención y reduciendo el consumo de bienes de promoción de salud debido al costo de las tarifas.

Estas inquietudes sobre el acceso inadecuado, sobre las barreras financieras (tarifas a los usuarios o altos copagos/pagos de bolsillo) y sobre los débiles mecanismos de protección financiera en Jamaica, se reflejan ampliamente en la creciente preocupación internacional sobre el grado y la calidad de la protección social en salud (IDRC, 2004; GTZ/ILO/WHO, 2007). Dada la evidencia de sistemas de salud deficientes o fracasados en varios países en desarrollo, existe una necesidad urgente de políticas más sistemáticas y sostenibles, de medidas para mejorar el acceso a la atención esencial en todos los grupos, y que además brinden protección a los ingresos, para que los gastos en salud no lleven al empobrecimiento o catástrofe financiera que afecte la compra de otros bienes y servicios básicos que mejoran el bienestar. La protección social en salud, especialmente mediante la cobertura por riesgos compartidos y el prepago a nivel comunitario o nacional, es vista como un factor facilitador clave en cuanto al logro de los indicadores relacionados con la salud, la pobreza y la calidad de vida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en todos los países (Lamiraud, Booyesen y Scheil-Adlung, 2005; ILO/WHO/GTZ, 2007; ILO, 2007).

Los decisores políticos procuraron reducir al mínimo los efectos negativos de la implementación de tarifas en los grupos vulnerables a través de exoneraciones y otros beneficios en términos de seguridad social. Bajo el Programa para el Progreso mediante la Salud y la Educación (PATH por sus siglas en inglés), varios programas de bienestar existentes se consolidaron, y se realizaron modificaciones a fin de identificar los segmentos más pobres de la población para vincularlos al tipo de atención más apropiada. Los beneficiarios de PATH están exonerados de todos los pagos con la presentación de una tarjeta de PATH.

También se elaboraron varios programas para lidiar con el elevado costo de los medicamentos. El Programa de Medicamentos para los Ancianos de Jamaica (JADEP por sus siglas en inglés) se inició en 1996 para hacer que los medicamentos esenciales estén disponibles para la población de sesenta y más años (Planning Institute of Jamaica, 2000). Este programa no está focalizado específicamente en los sectores de bajos recursos sino en todas las personas ancianas que sufren ciertas condiciones crónicas como diabetes, hipertensión, glaucoma, enfermedades cardíacas, artritis, asma, afecciones vasculares, trastornos sicóticos, hiperplasia benigna de próstata y colesterol alto (focalización por características). Los medicamentos están disponibles en algunas farmacias públicas y privadas, pero la participación de las farmacias privadas es opcional. Los ancianos pagan una tarifa simbólica de aproximadamente J\$40 (dólares jamaíquinos, menos de 50 centavos de US\$) o cerca del 1% del salario mínimo semanal nacional por cada receta, y las farmacias privadas se quedan con las tarifas recolectadas.

El Fondo Nacional de Salud (NHF por sus siglas en inglés) se estableció en el 2003 como una alternativa al archivado plan de un seguro nacional de salud. Este es financiado a través de un impuesto al consumo de tabaco, un impuesto sobre los salarios y un impuesto especial sobre el consumo de alcohol y petróleo. Tiene por objeto prestar apoyo financiero al sistema de atención de salud a través de dos categorías de beneficios, y se trata de otra instancia de beneficios focalizados. La primera, son los beneficios individuales que brindan ayuda a las personas para adquirir medicamentos específicos recetados para el tratamiento y manejo de 14 enfermedades crónicas. Dadas las tasas de prevalencia de estas enfermedades, se estimó que en 2003-04, 750.000 personas o el 30% de la población reunía los requisitos para los beneficios. El NHF efectúa un pago fijo de una parte del precio establecido por la farmacia participante para los medicamentos aprobados, y se exige que el beneficiario pague la diferencia. Según el tipo de medicamentos, el copago podría exceder el sueldo mínimo semanal.

La segunda, son los beneficios institucionales que proporcionan asistencia a las organizaciones del sector privado y público para proyectos encaminados a mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como también a proyectos diseñados para mejorar la

infraestructura y la capacidad de prestar servicios esenciales de salud.

Aunque se creyó que estas políticas y programas proporcionarían ayuda a los individuos para enfrentar las potenciales barreras de acceso causadas por las tarifas a los usuarios, ha habido mucha variabilidad, incongruencia y pérdidas en su administración. Muchas personas desconocían los criterios de elegibilidad para acceder a las exoneraciones y pagaron cuando no debían. Este nivel de incertidumbre se ha convertido en otro factor clave entre los determinantes sociales, económicos y culturales de comportamientos de búsqueda de atención en salud.

Preguntas de Investigación

Los decisores políticos encargados de fijar los niveles “políticamente aceptables” de las tarifas a los usuarios estaban confrontados con dos preguntas clave:

- ¿Cómo contribuye el sistema de tarifas a la inequidad en el acceso a los servicios de salud y al aumento de la carga social de los sectores pobres?
- ¿Cuáles son las otras opciones factibles para generar ingresos en el sector salud?

Al abordar estas preguntas centrales, surgieron otras como:

- ¿Deben fortalecerse las estrategias de focalización mientras las tarifas se mantienen vigentes?
- ¿Qué servicios/grupos de pacientes son los más afectados?
- ¿Debe haber tarifas selectivas para los diversos servicios de atención preventiva?
- ¿La aparente disminución en el uso de servicios de salud se debe sólo a las tarifas o a otros factores?
- ¿La disminución es lo suficientemente grande como para ameritar una reducción en las tarifas para ciertos sectores de la población?

Objetivos de Investigación

Las preguntas anteriores sugirieron la necesidad de una revisión rigurosa de la evidencia para:

- Especificar la naturaleza y dimensiones del problema.
- Evaluar cómo las mejoras de bienestar social de los sectores pobres se ven afectadas por el pago de servicios preventivos.
- Examinar las estrategias usadas por los clientes para enfrentar el costo de la atención de salud.
- Examinar los costos y beneficios de las opciones alternativas de política para los decisores políticos.

Al emprender esta revisión, se decidió que debían adoptarse nuevos enfoques para estrechar los vínculos entre los investigadores y los decisores políticos, de tal forma que la “evidencia empírica” pudiera ser usada de manera más sistemática en las decisiones políticas. En este capítulo, se abordan los tres primeros objetivos descritos.

El proceso de formulación de políticas

La mayoría de los autores (Hogwood y Gunn, 1984; Ham y Hill, 1993; Grindle, 1993; Walt, 1998) identifican cinco actividades o etapas principales en el proceso de formulación de políticas:

- Identificación de problemas y definición de la agenda.
- Formulación de políticas.
- Decisión política.
- Implementación de políticas.
- Revisión y modificación de políticas.

En el contexto jamaiquino, los problemas y los temas en la agenda de la salud son identificados por la opinión pública, grupos de profesionales de la salud, equipos de consultores, organismos externos, acuerdos internacionales y por investigaciones llevadas a cabo por instituciones como la Universidad de las Indias Occidentales. Las ideas también provienen de las promesas y programas de los partidos

políticos durante la campaña electoral.

La formulación se da a través de las discusiones y consultas, las cuales están encabezadas por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas y organismos públicos como el Instituto de Planificación de Jamaica. Estas actividades están diseñadas para aclarar los temas y las opciones, así como para recomendar acciones y recursos necesarios.

La decisión política tiene lugar a diferentes niveles según la iniciativa que esté siendo considerada. Un tema como la imposición o remoción de las tarifas a los usuarios requeriría la aprobación del Gabinete, y posteriormente al acuerdo, se publicaría un Documento Verde para su discusión pública. Algunas decisiones pueden ser tomadas por el Ministro pertinente, el Secretario Permanente o las RHA. Los organismos o programas nuevos o existentes pueden participar en la etapa de ejecución y algunas políticas pueden incluir la colaboración con organismos fuera del Ministerio de Salud o el sector público. La revisión de la política del gobierno se efectúa mediante el monitoreo por equipos internos o externos de las actividades realizadas para las políticas principales o aquellas apoyadas por los organismos internacionales.

Como sucede a veces con la investigación políticamente relevante, los sucesos políticos se antepusieron al proceso de investigación. El estudio que se reporta en este capítulo tenía por objeto brindar información para la discusión del gobierno acerca de las tarifas a los usuarios. Sin embargo, las elecciones del 2007 dieron lugar a un cambio en la administración que, manteniendo una promesa de campaña, eliminó todas las tarifas a los usuarios en abril del 2008. Esta acción política convirtió en históricas en vez de actuales, las preguntas que el estudio trataba de responder. No obstante, los resultados presentados en este documento son importantes para brindar evidencias en caso de que una imposición de tarifas a los usuarios se convierta una vez más en un tema de la agenda de salud de Jamaica.

LA EXPERIENCIA DE LAS TARIFAS A LOS USUARIOS (*USER FEES*)

El impulso de las tarifas a los usuarios aumentó luego de una reunión de los ministros de salud africanos en 1987 en Bamako, Malí, donde se discutieron los desafíos para alcanzar la meta de la OMS de “Salud para Todos”. De estas discusiones surgió la Iniciativa de Bamako, que adoptó las recomendaciones del Banco Mundial sobre las tarifas a los usuarios como un medio de revitalización de las reformas de atención primaria en salud (Hutton, 2004). La Iniciativa establecía que las tarifas a los usuarios debían permitir la prestación de servicios gratuitos para aquellos que no pudieran enfrentar los costos; la implementación de una política nacional para proveer los medicamentos básicos; y que los cuidados preventivos fuesen gratuitos o altamente subsidiados. Para 1993, el 90% de los países africanos subsaharianos encuestados había implementado alguna variante de la Iniciativa de Bamako (Hutton, 2004).

Se han realizado varios estudios acerca del impacto de estas tarifas en el uso de servicios en países en desarrollo. La mayoría utilizó datos secundarios (generalmente encuestas nacionales o registros de atención) y algunos realizaron análisis comparativos entre países. Sólo unos pocos estudios se basaron en la recopilación de datos primarios. A pesar de los problemas de agrupación y comparabilidad en la implementación de las tarifas a los usuarios y en los métodos de investigación usados para estudiar su impacto, los datos muestran una disminución en el uso de servicios públicos en el período inmediatamente posterior a la implementación de (mayores) tarifas y una lenta recuperación en los años posteriores (Yoder, 1989; Fiedler, 1993; Gilson, et al. 1995; Hussein y Mujinja, 1997). Sin embargo, en los países donde las tarifas a los usuarios fueron establecidas con la comunidad, y fijadas por equipos locales en lugar de a nivel nacional y por ley, los niveles generalmente se mantuvieron o se incrementaron (Litvack y Bodart, 1993; Nolan y Turbat, 1995; Umenai y Narula, 1999).

Uno de los principales motivos de preocupación, destacado en estos estudios fue el impacto diferencial de las tarifas en distintos grupos sociales, particularmente en los sectores más pobres (Gilson y Mills, 1995; Russell y Gilson, 1997) quienes enfrentados a la doble carga de una mala salud y la incapacidad de pago, subutilizaron los servicios de salud. Muchos analistas se centraron en el rol del sistema de exoneraciones para explicar las desigualdades observadas. Aunque algunos países no tenían medidas específicas para proteger a los sectores pobres (Gilson, et al. 1995; Russell y Gilson, 1997), la mayoría instituyó una mezcla de medidas formales e informales focalizadas en los sectores de menores ingresos.

Estas medidas incluían la exoneración total del pago de tarifas; la discriminación de precios usando una escala móvil de tarifas según ingresos; tarifas selectivas (precios menores en los servicios básicos y en aquellos con mayor probabilidad de ser utilizados por los pobres); tarifas en cascada (para que el precio en los establecimientos de nivel inferior fueran menores que en los establecimientos de nivel más alto); y un sistema jerarquizado de tarifas por opciones de servicios y comodidades (por ejemplo, camas/hospitalizaciones públicas y privadas) para que los clientes pudieran elegir entre las opciones de servicio (auto-selección). Debe observarse que la protección de los pobres fue un objetivo secundario y no principal en estas dos últimas medidas (tarifas selectivas y jerarquía de tarifas). También debe observarse que en muchos países la focalización no estaba restringida a los sectores pobres solamente (refiriéndose como focalización directa), sino que fue extendida a otros grupos “vulnerables” como los niños y las personas que sufren ciertas enfermedades o afecciones crónicas de salud (focalización por características).

Los datos sobre la experiencia con exoneraciones y focalización en los países en desarrollo seleccionados, mostraron limitaciones para satisfacer las necesidades de los sectores pobres debido a la imprecisión de las políticas; la poco clara e inconsistente evaluación de las necesidades económicas; los métodos variables en la aplicación de políticas; y la captación inadecuada debido a la deficiente comunicación y al temor a la estigmatización (Mbuga, et al. 1994). Mientras algunos analistas argumentan que los sistemas que exoneran a algunos de los sectores pobres son mejores que no tener ningún sistema y proponen mejorar los sistemas existentes (Leighton, 1995; Gertler y Hammer, 1997), otros sitúan el problema en un contexto más amplio de desigualdades sociales y justicia procesal (Sen, 1992; Gilson, et al. 1995).

En los últimos años ha habido un cambio radical en la actitud de las organizaciones internacionales que encabezaron las políticas de financiamiento compartido a través de las tarifas a los usuarios. Hutton (2004) imputa el cambio a tres fuerzas principales. La primera es el

peso de la información recolectada a nivel nacional que indica que las tarifas a los usuarios no han estado a la altura de las expectativas y han tenido efectos negativos sobre los sectores pobres. Asimismo, el retiro de tarifas en varios países ha dado lugar a un aumento masivo del uso de los servicios de salud (Wilkinson, et al. 2001). El segundo factor surge de las presiones políticas de los actores directamente involucrados influidos parcialmente por la evidencia anteriormente mencionada. Las ONG, los gobiernos y las organizaciones supragubernamentales han centrado su atención en las políticas del Banco Mundial y el FMI. Por último, existe la inquietud de que las metas de desarrollo internacional –en particular aquellas asociadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio– no se lograrán si las tarifas a los usuarios siguen vigentes.

En el 2004 el Banco Mundial reconoció que en muchos casos las tarifas a los usuarios habían llevado a la exclusión de los pobres y que, por lo tanto, la imposición de esos pagos no debía ser objeto de ninguna política (Hutton, 2004). Más bien, la situación debía ser analizada en el contexto de cada país, atendiendo especialmente a los intereses de los sectores pobres. En este marco, se emprendió el estudio del impacto de las tarifas a los usuarios sobre los grupos vulnerables en Jamaica.

Los procedimientos de investigación

Se adoptó una metodología mixta que combinó un estudio de cohorte de 500 hogares, grupos focales, observaciones mediante la técnica de “cliente misterioso” (*mystery client*) y entrevistas. La cohorte comprendía a 1.017 clientes que buscaban servicios de planificación familiar, atención prenatal y vacunación así como servicios para diabetes e hipertensión.

Diseño Cuantitativo

Se aplicaron tres rondas de encuestas a intervalos de tres meses. El estudio fue diseñado para incluir a personas que habían tenido necesidades no atendidas y no hubieran podido pagar las tarifas. Se incluyeron hogares en tres zonas geográficas: la Zona Metropolitana de Kingston (KMA por sus siglas en inglés), una población con mercado en la parroquia de St. Catherine y un distrito rural en la parroquia de Hanover (Tabla 2). En la primera ronda participaron en el estudio 1.011 personas. Un grupo comprendía hombres y mujeres entre los 15 y 44 años de edad seleccionados para el componente de planificación familiar del estudio. Para el componente de vacunación se escogieron mujeres con niños entre los 0 y 4 años, mientras que para el grupo prenatal se incluyó a embarazadas que necesitaban una primera o segunda visita prenatal. El grupo final incluyó personas de cualquier edad diagnosticadas con hipertensión y diabetes. La recopilación de datos abarcó un período de 18 meses.

TABLA 2. TAMAÑOS DE MUESTRA

Área Geográfica	Área	% de la población nacional	Submuestra (No. de hogares)	No. de personas
Urbana (KMA)	I	34,5	173	375
Otra (Población con Mercado de St. Catherine)	II	18,5	93	188
Rural (Hanover)	III	47,0	235	454
Total		100,0	502	1017

Se empleó un modelo logístico ordenado para determinar las condiciones asociadas con el grado de dificultad para cubrir los costos de atención. En el modelo Tobit la contribución al costo de los servicios de salud por los individuos es una función de un conjunto de variables socioeconómicas. Estos modelos fueron desarrollados para cada una de las tres rondas del cuestionario, y luego se combinaron las tres bases de datos con los individuos agrupados según rondas. El análisis fue hecho nuevamente para los datos agregados.

También se desarrolló un análisis de datos sobre el uso de servicios en el período 1990 al 2004, en el que se aumentaron las tarifas a los usuarios, para medir el efecto de estos aumentos sobre los grupos de interés para el estudio.

Diseño Cualitativo

La investigación cualitativa brindó oportunidades para el análisis en profundidad de los temas fundamentales y para enriquecer la comprensión de los hallazgos cuantitativos. Los grupos focales con un sub-grupo de las muestras urbanas y rurales siguieron la encuesta y ciertos temas que surgieron del estudio de cohorte, y se sometieron a una exploración adicional. El número de discusiones se muestra en la Tabla 3. Se mantuvieron discusiones por separado entre hombres y mujeres con enfermedades crónicas y entre mujeres en los grupos prenatales, de vacunación y de planificación familiar. Los grupos incluyeron entre 6 y 11 personas cada uno, siendo el más grande el de las mujeres con enfermedades crónicas, tanto de zonas urbanas como rurales. Los participantes presentaron un rango de edad entre 35 y 76 años (sólo hubo un participante de 14 años). Los grupos masculinos y femeninos fueron dirigidos por moderadores masculinos y femeninos, respectivamente. Se emplearon tomadores de notas y grabadoras en todas las sesiones que se condujeron en las comunidades, y cada sesión duró un máximo de dos horas.

TABLA 3. PLAN PARA LOS GRUPOS FOCALES DE DISCUSIÓN

Grupo	Urbano		Rural	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hipertensión/diabetes	2	2	2	2
Planificación familiar / atención prenatal / vacunación	—	2	—	2
Total	2	4	2	4

La observación de los procedimientos de salud mediante la técnica de “clientes misteriosos” fue otro componente del proceso. Se seleccionó y capacitó cuidadosamente a tres personas para presentar situaciones bien ensayadas de solicitud de servicios y la exoneración de tarifas basados en necesidad extrema. Dos de los tres clientes misteriosos se presentaron con enfermedades crónicas y la tercera buscó servicios de planificación familiar. Los servicios solicitados no incluyeron procedimientos invasivos pero a los clientes se les recomendó que se sometieran a exámenes menores y solicitaran recetas para poner bajo escrutinio todo el proceso. Las tarifas cobradas y los gastos no médicos –transportes, almuerzos– también fueron registrados. Sus experiencias y observaciones se usaron en triangulación con los datos proporcionados tanto por los consumidores como por los proveedores de la atención. Las entrevistas se realizaron con las enfermeras y los consejeros en los centros de salud y con funcionarios del Ministerio de Salud.

La interacción entre investigación y políticas

Una meta importante de esta investigación fue acortar la brecha entre los investigadores y los decisores políticos y brindar evidencia e información para las políticas y la práctica. Esto se realizó en dos fases. La primera sentó la base para la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones para promover la aceptación, la legitimidad y para suministrar información sobre el proceso político. Entre los seis miembros del equipo de investigación había investigadores de la Universidad de las Indias Occidentales y representantes del Ministerio de Salud. El equipo de investigación estuvo guiado por evidencia empírica sobre estrategias exitosas para facilitar la traducción de la investigación en política (Trostle y Langer, 1999; Walt, 1994). Cuatro situaciones contribuyeron a otorgarle relevancia política y actualidad:

- El establecimiento de un Comité de Tarifas para examinar su estructura.
- Las dificultades que experimentaba el gobierno central para financiar el presupuesto de la salud.
- La presión ejercida desde el gobierno central sobre las Regiones de Salud para mejorar la recaudación de tarifas.
- La presentación de un programa de evaluación de las necesidades económicas para sentar las bases para la exoneración de tarifas.

Un objetivo importante fue el de asegurar que la investigación propuesta incluyera las perspectivas de los decisores políticos. Con este fin, un total de diez decisores clave, incluidos el Ministro de Salud y diez trabajadores de la salud de primera línea, fueron entrevistados para conocer sus ideas en cuanto a la necesidad de un estudio, su enfoque y metodología. Todos excepto dos expresaron que era necesario un estudio. Las sugerencias metodológicas se tuvieron en cuenta al crear una metodología mixta y las sugerencias vinculadas al enfoque apropiado se incorporaron en los objetivos de este estudio (Gordon-Strachan, et al. 2006).

En la etapa de implementación, el equipo adoptó la estrategia del Mapeo de Alcances (*Outcome Mapping*) (Earl, Carden y Smutylo, 2001), mecanismo de evaluación desarrollado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) para ayudar a determinar el impacto de un programa. La estrategia de Mapeo de Alcances fue también propicia para fortalecer una relación de trabajo entre los investigadores y aquellos que tenían la posibilidad de lograr cambios. La estrategia recalca el establecimiento de una visión y de metas, trabajando de forma colaborativa con socios y supervisando los cambios de comportamiento y acciones por parte del socio directo, que son indicativas de progreso hacia las metas declaradas.

En este estudio los socios directos incluyeron decisores políticos del Ministerio de Salud. Las reuniones y los seminarios llevados a cabo en todo el proceso de investigación dieron amplio espacio para el diálogo, las discusiones cara a cara, y el refuerzo de los hallazgos del trabajo de campo. La expectativa era que tal colaboración aumentara la probabilidad de aceptación de los resultados de la investigación por parte del Ministerio de Salud. Al mismo tiempo, el equipo de investigación trabajó bajo la premisa de que los resultados no se integrarían automáticamente en la práctica, y que la aceptación dependería del contexto social y el clima de las ideas en el momento particular.

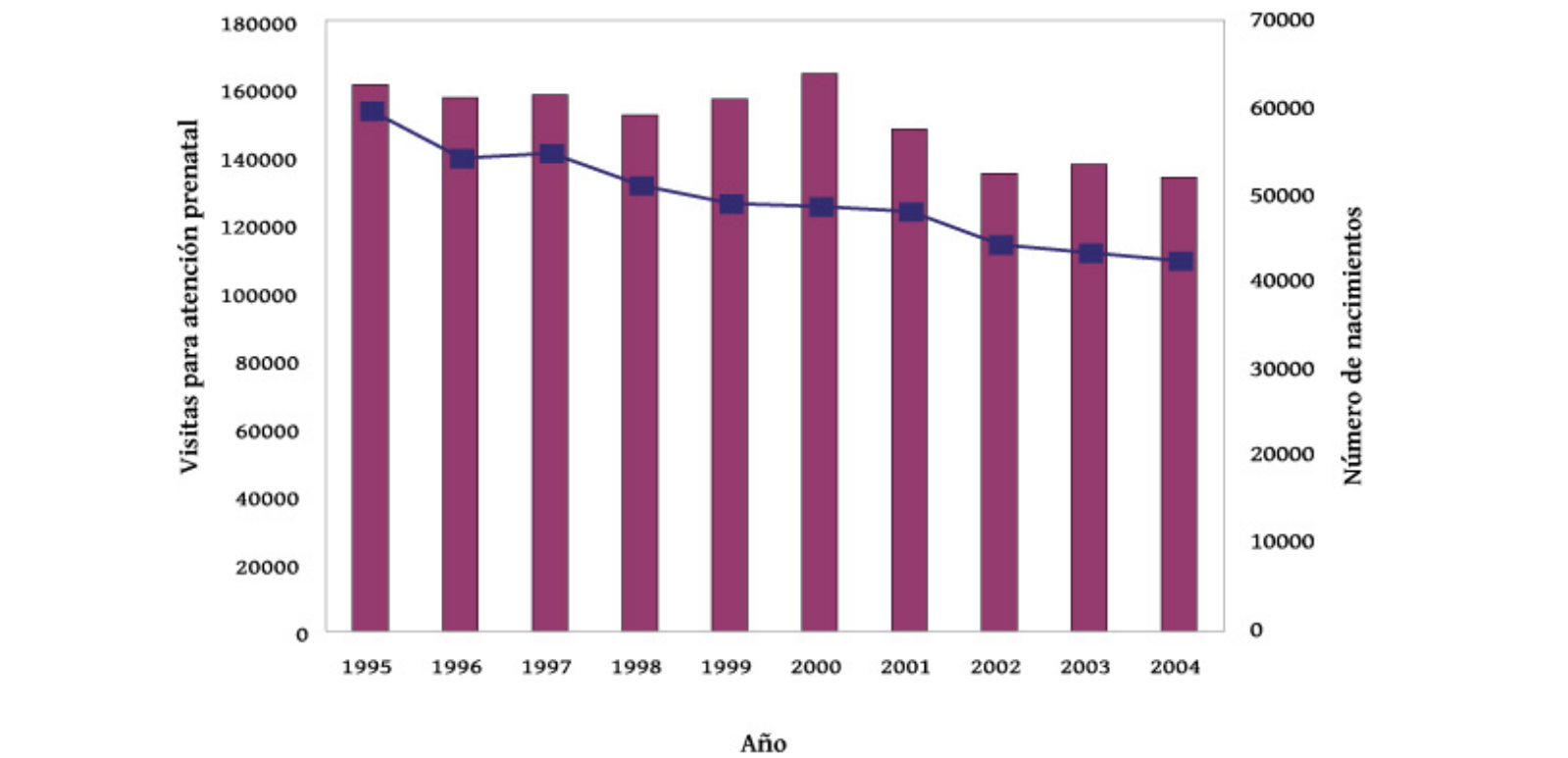
EL EFECTO DEL AUMENTO DE TARIFAS SOBRE EL USO DE SERVICIOS 1990-2004

Se analizaron las visitas a los establecimientos del sector público para los servicios prenatales, de planificación familiar, de hipertensión y de diabetes. No fue posible obtener una ronda completa para todas las afecciones de interés para el estudio. En algunos casos los datos para el período del 2002 al 2005 no estaban disponibles, y en otros había brechas en los años noventa.

Los datos muestran una disminución en el número de visitas prenatales en el período 1995 al 2004 de casi 17% (Figura 1). Esta disminución sin embargo, tiene que ser vista en el contexto de cambio demográfico. Entre 1995 y el 2004 hubo una disminución de 28,7% en los nacidos vivos reales y el análisis de regresión reveló un buen ajuste (R^2 0.817) entre la disminución en los nacidos vivos y la tendencia en visitas post natales.

Hubo también una disminución de 24,6% entre 1990 y 2005 en las atenciones de planificación familiar. La tendencia a la baja fue irregular pero se experimentó una disminución brusca en los años siguientes a los incrementos de las tarifas. En el mismo período, sin embargo, aumentó la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y la disminución observada en el uso del sector público se debe principalmente al aumento de consultas en establecimientos del sector privado. Esto fue promovido por la Junta de Planificación Familiar, una dependencia gubernamental, en respuesta al retiro progresivo de la asistencia por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés) entre 1991 y 1997 (Bailey, et al.1996).

FIGURA 1. USO DE ATENCIÓN PRENATAL – 1995 - 2004



La movilización del sector privado se contempló como algo fundamental para la ampliación y sostenibilidad de la prestación de los servicios de planificación familiar. Por tanto, mientras los aumentos de tarifas estaban asociados con una disminución en el uso de establecimientos del sector público, la población parecía estar desplazándose a establecimientos del sector privado. A excepción del sarampión donde la tendencia general ha sido a la baja, las atenciones para vacunación han tendido al alza de modo irregular desde principios de los años 90, y los aumentos de las tarifas parecen no haber tenido ningún efecto.

La respuesta al aumento en las tarifas de los pacientes que sufren enfermedades crónicas fue marcada (Figura 2). La disminución en el uso de servicios comenzó en 1992 y coincidió con un período donde el país estaba experimentando una brusca devaluación de su moneda como resultado de la liberalización de su tasa de cambio en 1991, una maniobra política con un grave costo social (Handa y King, 2003). El aumento en las tarifas de 1993 fue seguido de una disminución del 23% en las visitas durante 1994. La disminución en las visitas después del incremento de tarifas de 1999 fue alrededor del 15%. Estas cifras subestiman el problema porque no están ajustadas para el ingreso de nuevos pacientes. Por ejemplo, en el 2000 se registraron 41.868 nuevos casos de diabetes e hipertensión. No obstante, las visitas clínicas experimentaron una pronunciada disminución. Estos datos muestran cómo las personas con estas afecciones crónicas fueron disuadidas de asistir a las clínicas debido al aumento de las tarifas.

EL ESTUDIO DE COHORTE

La Tabla 4 muestra el número de individuos en la cohorte por tipo de servicio de salud. Casi el 48% estaba en edades comprendidas entre los 20 y 39, y el 29% se clasificó en el grupo de 50 años a más. Aquellos con afecciones crónicas fueron, en promedio, mayores que los demás. Algunos miembros de la cohorte tenían múltiples afecciones y co-morbilidades. El 67% de todos los entrevistados y el 70% de los que vivían en Hanover rural manifestaron que dependían de los servicios de salud del sector público. Las mujeres fueron dos veces más propensas al uso de establecimientos públicos que los hombres.

TABLA 4. USUARIOS POR TIPO DE SERVICIOS DE SALUD

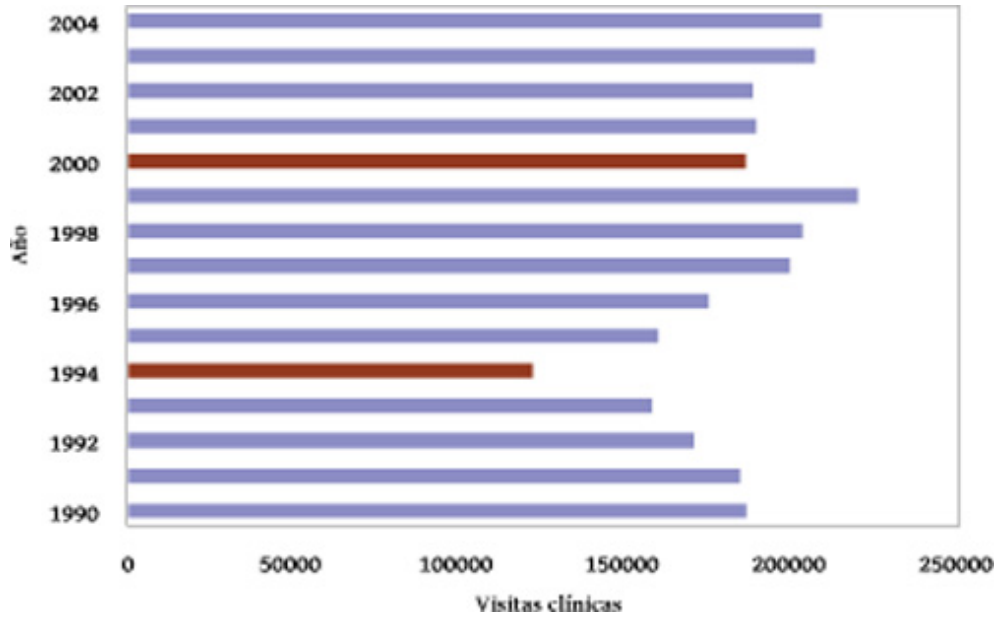
Servicio de salud	No.
Hipertensión	397
Diabetes	169

Vacunación	239
Planificación familiar	415
Atención prenatal	112
Total	1332

Primera ronda. Frecuencia de visitas a servicios de salud

A los pacientes con hipertensión y diabetes se les exigió que hicieran al menos cuatro visitas anuales a un establecimiento de salud. En esta primera ronda a los entrevistados se les preguntó la frecuencia de visitas a servicios de salud en el año anterior. Aquellos con la doble carga de hipertensión y diabetes fueron los más respetuosos de la norma (72%), seguidos de aquellos con diabetes (51%) e hipertensión (38%). No sorprende que aquellos con condiciones crónicas fueran abrumadora mayoría (83%) en el total de pacientes que visitó un centro de servicios de salud cuatro o más veces en el último año.

FIGURA 2. VISITAS CLÍNICAS POR HIPERTENSIÓN Y DIABETES 1990-2004



A los entrevistados también se les preguntó si habían estado enfermos durante las últimas cuatro semanas y si habían buscado atención de salud. El 24% de la muestra reportó enfermedad: el 21% de los hombres y el 25% de las mujeres. La mayoría tenía enfermedades crónicas y debido a la naturaleza de esas dolencias habían visto a un profesional de la salud. Las mujeres fueron más propensas (91%) a buscar atención que los hombres (61%). Se pudo observar asimismo que la utilización de servicios de salud aumenta junto con la edad, reflejando un comportamiento relacionado con la búsqueda de atención de salud en aquellos con enfermedades crónicas. Estas personas predominan en la cohorte de edad de 50 años y más. El 59% de los que no tenían atención de salud vivían en Hanover rural.

Los pacientes que se atienden en consultorios y hospitales del sector público pagan una tarifa de registro al principio y en cada visita posterior. Las tarifas varían de acuerdo con el tipo de servicio y el costo de servicios curativos es inferior para niños que para adultos. Además de la tarifa de registro, los materiales y servicios prestados tienen un costo. Ciertos grupos como los beneficiarios de PATH y los que buscan atención preventiva están exonerados de estos pagos, y las excepciones también deberían extenderse a los que, a veces, no pueden enfrentar estos costos. El plan original contempló la capacitación de Oficiales de Evaluación que determinarían quién debe ser exonerado de las tarifas. Sin embargo, el número de estos Oficiales capacitados fue inadecuado y el número de puestos creados fue aún menor (Maxwell, 2006). En la mayoría de los centros de salud, las enfermeras o el personal administrativo toman las decisiones sobre exoneraciones.

La [Tabla 5](#) muestra las tarifas de registro pagadas por los participantes en el estudio de cohorte durante su última visita a los centros de salud. No sólo les cobraron las atenciones preventivas, sino que algunas personas pagaron tarifas de registro adicionales mayores a las tarifas publicadas. También indica que los costos fueron generalmente mayores para los pacientes con problemas crónicos.

TABLA 5. COSTO DE SERVICIOS EN EL SECTOR PÚBLICO 2007 (JS)

Grupo	Tarifa publicada	Registro Rango reportado	Moda
Atención prenatal	20	20-150	50
Planificación familiar	20	50-300	50
Hipertensión	100	50-300	100

Diabetes	100	50-300	100
Vacunación	20	--	--

La tarifa de registro no fue el único costo reportado. Los pacientes tenían que pagar las pruebas de laboratorio, los suministros y los medicamentos. En la mayoría de los casos, los medicamentos fueron adquiridos en farmacias privadas ya que escasos centros de salud tenían provisión. Los entrevistados con hipertensión pagaron entre J\$40 y J\$3.000 (moda de J\$200) por las medicinas. El costo para aquellos con diabetes fue entre J\$50 y J\$9.000 (moda de J\$100). La moda para las pruebas en ambos grupos fue de J\$100.

Hay una consideración adicional. Casi el 60% de los clientes que hicieron cuatro visitas o más al establecimiento de salud vivía en Hanover rural donde los costos de transporte eran mayores y donde los taxis resultaron ser la forma predominante de transporte para los usuarios frecuentes (Tabla 6). La media y la moda de los costos de transporte para los entrevistados en Kingston fueron de J\$120 y J\$60 respectivamente. Esto se compara con J\$121 y J\$80 para los de St. Catherine y J\$191 y J\$200 para los de Hanover. Algunos clientes en Hanover pagaron hasta J\$1.000 por el viaje de ida y vuelta.

TABLA 6. COSTOS DE TRANSPORTE PARA LOS PARTICIPANTES (J\$)

Área	Media	Moda
KMA	120	60
St. Catherine	121	80
Hanover	191	200

En el grupo prenatal, todas, excepto seis entrevistadas, habían visto a un profesional de la salud desde que quedaron embarazadas y casi el 72% había hecho ya entre una y tres visitas. Las pruebas de sangre y de orina se habían hecho en las primeras visitas de acuerdo con las normas de atención prenatal.

Al analizar los datos sobre el estado de vacunación, se hizo una comparación entre los niveles reportados de vacunación y el esquema de vacunación obligatorio para los niños jamaquinos. Se les pidió a los entrevistadores que verificaran la información suministrada por el padre con la tarjeta de vacunación del niño. Los datos indican que el grado de congruencia fue bastante alto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, conforme el niño crecía, la concurrencia con el esquema de vacunación bajaba. Este patrón se mantuvo durante el período de 18 meses.

Segunda ronda. Estado de salud y búsqueda de atención

El número en la cohorte se redujo en 23 personas en la ronda dos como resultado de las defunciones (3) y la pérdida de seguimiento. En esta ronda, los entrevistados fueron consultados acerca de su salud y comportamiento relacionado con la búsqueda de atención durante el tiempo que había transcurrido desde la primera entrevista.

En los tres a cuatro meses que habían transcurrido entre la primera y segunda ronda de entrevistas, todos los entrevistados en los grupos crónicos y prenatales debieron haber buscado atención. El 67% de aquellos con afecciones crónicas había visitado un establecimiento de salud, aunque hubo un porcentaje mayor de personas (77%) con ambas dolencias crónicas en la búsqueda de atención que aquellas sólo con diabetes (61%) o sólo con hipertensión (64%), aunque la diferencia entre estas dos últimas fue mínima. El 63% de las mujeres en el grupo prenatal y el 21% de las que necesitaron servicios de planificación familiar recibieron atención. Este último grupo, debe recordarse, podría adquirir los suministros de anticonceptivos en las farmacias del sector público.

Los entrevistados que seleccionaron la atención privada tuvieron mayores probabilidades de cumplir las citas con su proveedor de atención de salud que los que optaron por los servicios del sector público. El 90% de aquellos que usaron el sector privado cumplió con sus últimas citas, comparado con el 41% de aquellos que usaron el sector público. No obstante, los pacientes del sector privado no estaban en mejores condiciones para pagar los costos de los suministros que quienes usaron los servicios del sector público (Tabla 7). Todos eran trabajadores de bajos ingresos, algunos de los cuales hicieron un esfuerzo especial para costear los servicios privados. Cuando se les preguntó por qué eligieron la atención más costosa en el sector privado, todos mencionaron la insatisfacción por los servicios ofrecidos en el sector público, especialmente los largos períodos de espera.

Sin embargo, los datos indican que, en gran medida, la elección de los servicios fue influida por las circunstancias económicas de los clientes. La proporción en la categoría “desempleados y en búsqueda de trabajo” entre los usuarios del sector público fue más del doble que en los servicios privados. Los usuarios del sector privado también reportaron mayor ingreso por hogar. La moda del ingreso por hogar para aquellos que usaban servicios del sector privado se movió entre J\$10.000 y J\$20.000 comparado con el rango entre J\$5.000 y J\$10.000 para los usuarios del sector público. Aunque ambos grupos pertenecían a hogares de bajos ingresos, el sector público atendió mayoritariamente a la categoría de ingresos más bajos. Sin embargo, algunos de aquellos que estaban usando el sector privado tuvieron que compensar los gastos de atención reduciendo el gasto en medicamentos y análisis.

TABLA 7. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO CON LOS PROCEDIMIENTOS EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO DURANTE LA ÚLTIMA VISITA

Procedimientos	Clientes del sector público	Clientes del sector privado
----------------	-----------------------------	-----------------------------

Se hicieron todas las pruebas solicitadas	88 (N=114)	62 (N=130)
Compraron todos los medicamentos recetados	74 (N=215)	67 (N=140)

Poco más del 55% de todos los que no cumplieron con las citas mencionó que no tenía dinero para las tarifas, la medicación o el transporte. Otras de las razones dadas fueron las prescripciones repetidas, no estar enfermos durante el período, olvidarse de la cita, carecer de tiempo o tener miembros de la familia enfermos. Las respuestas de los diferentes grupos de servicios fueron bastante similares en el sentido que predominaba una incapacidad para obtener acceso a recursos financieros.

La [Tabla 8](#) muestra la manera como quienes estuvieron enfermos en el intervalo de tiempo analizado trataron sus problemas, y en la [Tabla 9](#) se muestran las enfermedades reportadas por los pacientes con enfermedades crónicas.

TABLA 8. RESPUESTA A LA ENFERMEDAD POR GRUPO DE SALUD (%). SEGUNDA RONDA

Grupo de salud	No.	Hospitalizado	Visita clínica	Medicación	Remedios caseros	Descanso	Otros
Todos	110	10,0	46,7	19,3	12,5	1,9	9,6
Diabetes	16	18,8	37,5	6,2	31,3	6,2	0,0
Hipertensión	39	61,5	10,3	7,7	7,7	0,0	12,8
Diabetes e hipertensión	33	27,3	12,0	42,4	6,1	3,0	9,2
Planificación familiar	15	0,0	56,3	12,5	18,7	0,0	12,5
Vacunación	7	0,0	71,4	0,0	14,3	0,0	14,3

N=110

TABLA 9. PROBLEMAS MÉDICOS ENTRE LOS PARTICIPANTES CON AFECCIONES CRÓNICAS. SEGUNDA RONDA.

Problema médico	%
Circulación	19,2
Hipertensión / diabetes	17,3
Vista	11,5
Corazón	8,7
Úlcera del pie	6,7
Otro	36,6

N=88

27 personas con enfermedades crónicas reportaron síntomas que indicaban posible desbalance a nivel sanguíneo y en algunos casos se registraron preocupaciones relativas a ulceración recurrente. Estos pacientes necesitaban chequeos preventivos regulares para evitar amputaciones. En estos casos los problemas de movilidad asumen mayor importancia aún, dado la insuficiencia y elevado costo de las opciones de transporte.

La mayoría (91%) de los hospitalizados eran ancianos y al examinar sus respuestas a las preguntas sobre el afrontamiento 9 de 11 encontraron el costo de la atención como una carga financiera. Los 11 pacientes permanecieron un promedio de 134 días en un hospital público. El costo diario para el paciente fue de J\$200 durante los seis primeros días y J\$100 posteriormente. Sin embargo, el costo estimado para el Estado, cuando las cifras de Ward (1996) son ajustadas por inflación, fue aproximadamente J\$5.700 para aquellos con diabetes y J\$6.000 para pacientes hipertensos. Los tres entrevistados que murieron también fueron ancianos y pertenecían al grupo de hipertensión.

Tercera ronda. Uso de servicios de salud

El número de entrevistados en la ronda 3 seguía siendo sustancialmente el mismo salvo los que se perdieron por defunción. El uso de los servicios de salud fue mayor en el grupo prenatal (67%) ya que la mayoría dio a luz en este período. Todas menos una parieron con éxito.

El 16% de la muestra reportó problemas médicos en el período de intervención del estudio, en un rango que va desde el 31% con afecciones crónicas hasta el 6% correspondiente al grupo prenatal donde unas pocas mujeres reportaron principalmente infecciones. Casi el 43% de las dolencias de las mujeres en el grupo de planificación familiar podrían considerarse efectos colaterales de los anticonceptivos—pruritos, hemorragias infecciones—. Otras dolencias incluían gripe y asma. Los problemas de visión y circulación predominaron en los casos reportados con dolencias crónicas. En algunos se vieron afectados el corazón y los riñones. La muestra rural tenía una variedad mayor de problemas, fue el único grupo que reportó úlceras en los pies y problemas renales. Asimismo, una proporción mayor reportó problemas de corazón.

El 62% de aquellos con afecciones crónicas buscó atención. Había niveles estadísticamente diferentes de uso de servicios de salud (coeficiente phi, significativo a $p < 0,001$) por área. El nivel de uso de servicios de salud era más alto en el KMA (70%) y más bajo en Hanover rural (50%), con St. Catherine en una posición intermedia (66%).

La [Tabla 10](#) recalca la importancia de las consideraciones económicas en el acceso a la atención reportada por la cohorte en la ronda 3. El dinero fue una barrera aún mayor de acceso en esta ronda que en la ronda uno y fue en gran parte un fenómeno rural: el 97% de los que dieron como una razón la falta de dinero vivía en la comunidad rural de Hanover. El patrón de mala salud fue más o menos el mismo que en la ronda 2 con problemas de circulación y visión liderando la lista reportada por los clientes con afecciones crónicas. Había una relación sumamente significativa entre aquellos que reportaron enfermedades y aquellos que no cumplieron con sus citas (coeficiente phi, significativo a $p < 0,001$). Muchos entrevistados con afecciones crónicas no asistieron a las citas y buscaron atención cuando se enfermaron.

TABLA 10. RAZONES PARA NO ASISTIR A LA CITA ENTRE LOS PARTICIPANTES CON AFECCIONES CRÓNICAS

Motivos	%
No tenía dinero	78,7
No tenía tiempo	9,3
Se olvidó	3,7
Estaba enfermo/a	3,7
No había transporte	2,8
Otro	1,8

N = 108

Seis personas con enfermedades crónicas fueron hospitalizadas, de las cuales cinco reportaron que el pago por los servicios fue una carga. Cinco personas murieron, incluida una que había sido hospitalizada, cuatro fueron del grupo de pacientes crónicos cuyas edades oscilaban entre los 53 y 95 años y la quinta fue una madre de 18 años de edad en el grupo de vacunación en el KMA, quién fue víctima de homicidio.

Estrategias adaptativas

Lazarus y Folkman (1984) describen las estrategias de adaptación como el esfuerzo para manejar exigencias que son percibidas como un exceso o una puesta a prueba de los recursos de una persona. Son los esfuerzos/estrategias que las personas emplean para manejar, tolerar o reducir al mínimo los acontecimientos estresantes. Pueden ser conductuales o psicológicos con una mezcla determinada por los recursos materiales y mentales, el factor que causa estrés y el estilo personal.

A los entrevistados en el estudio de cohorte se les preguntó si encontraron que los costos de salud eran onerosos y si pudieron afrontar el costo de atención. A los que tuvieron dificultades se les preguntó por las estrategias que usaron para enfrentar los costos. La [Tabla 11](#) muestra el porcentaje que definió los costos de salud como un gasto grave. Mientras la situación para unos grupos cambió muy poco, un número mayor en el grupo prenatal en la ronda 2 encontró que los costos eran onerosos.

TABLA 11. PORCENTAJE QUE REPORTÓ LOS COSTOS DE SALUD COMO UNA CARGA MAYOR

Grupo de salud	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3
Hipertensión	57,2	55,6	69,7
Diabetes	67,9	67,1	74,3
Hipertensión y diabetes	68,2	73,7	79,0
Planificación familiar	24,3	32,8	19,6
Atención prenatal	33,9	72,9	32,1
Vacunación	18,8	19,2	18,6

Este es el único grupo en que el porcentaje que informó sobre dificultad para lidiar con los costos de salud y que usó al menos una estrategia de adaptación no llegó al máximo en la ronda 3 ([Tabla 12](#)). Para esta ronda la mayoría de las entrevistadas ya había dado a luz. La preparación para recibir al recién nacido y las visitas prenatales frecuentes habrían aumentado los costos para este grupo y puede explicar el alto porcentaje que tuvo mayores dificultades en la ronda 2. Esto muestra cómo los costos y su carga envolvieron a estas mujeres como una ola: baja en las fases iniciales de embarazo, aumentando conjuntamente con la necesidad de atención y decayendo gradualmente conforme nacieron sus hijos.

TABLA 12. ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS EN LAS TRES RONDAS (%)

Servicio	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3
	Sin capacidad adaptativa / que usa por lo menos una estrategia adaptativa		
Muestra total	47,3	51,4	51,4
Hipertensión	52,4	62,2	76,4
Diabetes	61,0	67,2	75,7
Hipertensión y diabetes	49,0	71,9	78,1

Planificación familiar	26,9	27,9	36,1
Atención prenatal	35,5	71,0	64,8

N =	478	511	512
-----	-----	-----	-----

Las estrategias usadas para enfrentar el costo de atención fueron las mismas en las tres rondas con la distribución para la ronda 3 mostrada en las [Tablas 13 y 14](#). La estrategia adaptativa más importante empleada por los del grupo prenatal en la ronda 3 fue la reducción de la ingesta alimentaria. Otros grupos adoptaron la mayor variedad de estrategias. Muy pocos mencionaron la solicitud de exoneración de tarifas.

También se encontraron diferencias por comunidad en las estrategias. En Hanover rural la reducción del gasto en alimentos y otras necesidades fue de relativa baja importancia en todos los períodos, reflejando quizás una mayor dependencia de productos cultivados en el hogar y bajos patrones de consumo. En este contexto, la reducción del número de visitas quizá sea una reacción al costo del transporte. En St. Catherine, la reducción del consumo fue una estrategia importante en las tres rondas. En el KMA pocos entrevistados seleccionaron esta estrategia en la ronda 1, pero la estrategia más importante en la ronda 3 fue el racionamiento de las compras de medicamentos. En la ronda 3 la importancia relativa de las estrategias seleccionadas seguía siendo la misma que en las rondas anteriores. Es importante ver en qué medida aquellas estrategias seleccionadas por los entrevistados en el grupo de pacientes crónicos fueron diferentes al resto ([Tablas 13 y 15](#)).

TABLA 13. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR SERVICIO (%). TERCERA RONDA

Estrategias	Diabetes	Hipertensión	Diabetes e hipertensión	Planificación familiar	Atención prenatal
Reducir el número de visitas	25,9	27,4	21,2	44,4	13,3
Comprar sólo una parte de los medicamentos	19,2	18,7	25,3	6,8	6,7
Hacerse sólo una parte de las pruebas	1,9	2,9	3,5	0,5	0,0
Usar remedios caseros	20,2	20,0	12,9	1,4	0,0
Reducir comida y otros ítems	23,1	17,4	20,0	28,5	76,7
Solicitar la exoneración de tarifas	1,0	0,3	0,0	1,0	0,0
Rezar	6,7	11,7	14,1	11,1	0,0
Pedir ayuda a familia/amigos	1,9	1,0	2,4	1,0	0,0
Otro	0,0	0,6	0,6	5,3	3,3

N=930

TABLA 14. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR ÁREA (%). TERCERA RONDA

Estrategias	Muestra total	KMA	St. catherine	Hanover
Reducir el número de visitas	29,4	4,3	24,0	40,9
Comprar solo una parte de los medicamentos	16,6	31,9	17,6	10,5
Hacerse solo una parte de las pruebas	2,5	2,1	0,9	3,3
Usar remedios caseros	13,9	18,3	2,3	17,2
Reducir comida y otros ítems	22,9	26,7	51,6	9,7
Solicitar la exoneración de tarifas	0,4	0,0	0,0	0,8
Rezar	11,0	13,6	0,5	14,7
Pedir ayuda a familia / amigos	1,3	2,6	0,5	1,2
Otro	1,0	0,5	2,6	1,7

N=930

Se han desarrollado una variedad de estrategias adaptativas. Entre ellas se identifican las paliativas, de solución de problemas, centradas en lo emocional, la resignación, el auto aislamiento, la evasión y la distancia-retirada-compromiso (Parker y Endler, 1992). Las estrategias empleadas por los entrevistados fueron clasificadas como evasivas, paliativas y de solución de problemas ([Tabla 15](#)). Las estrategias evasivas incluyeron retrasar la consulta, las pruebas y la compra de medicamentos. Las paliativas estuvieron compuestas de enfoques pasivos –no hacer nada, rezar o usar remedios caseros–. Las estrategias de solución de problemas fueron aquellas en las que se hizo un intento positivo por buscar los recursos para obtener atención de salud: pedir la exoneración de tarifas, pedir prestado y reducir el consumo de productos esenciales o no esenciales. La reducción del consumo de alimentos puede permitirles a los clientes enfrentar el costo de la atención de salud pero, dependiendo del nivel de ingesta alimentaria, esta estrategia podría en sí misma comprometer la salud.

TABLA 15. TIPOLOGÍA DE ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS POR SERVICIO (%). TERCERA RONDA

Servicio	Evasivas	Paliativas	De solución de problemas
Todos	49,1	26,3	24,6
Hipertensión	49,6	31,7	18,7

Diabetes	48,1	26,9	26,0
Hipertensión y diabetes	50,6	27,0	22,4
Planificación familiar	56,7	12,8	30,5
Atención prenatal	23,3	0,0	76,7

N=930

Los hallazgos más uniformes en todo el proceso son por un lado, la vulnerabilidad del grupo de pacientes crónicos en relación con el resto y por otro, la vulnerabilidad de los residentes rurales en relación con los residentes urbanos. Una cantidad relativamente grande de participantes encontró que los costos asociados a la atención de salud –tarifas, medicamentos, pruebas, transporte– eran onerosos y seleccionaron estrategias adaptativas que en gran medida fueron influidas por las características del área. Conforme el estudio avanzaba, un mayor porcentaje de los participantes mencionó que el costo de la atención era elevado. Fue posible trazar la repercusión del costo de la atención sobre las del grupo prenatal porque se conoce la progresión a lo largo del embarazo y las necesidades acompañantes. La frecuencia de visitas de este grupo a los establecimientos de salud aumenta y por consiguiente aumenta el costo de atención. Esto posiblemente explica por qué más entrevistadas en el grupo prenatal encontraron que el costo de la atención era oneroso en la segunda ronda y por qué se redujo en la ronda tres después del parto.

Necesidad no atendida

El 11% de aquellos diagnosticados (74 personas) por un médico con diabetes e hipertensión no consultaron a un profesional de la salud durante los 18 meses del estudio. Nueve de estos individuos tuvieron problemas médicos en el período, cinco de los cuales usaron remedios caseros. El 90% reportó que fue el costo de la atención la razón para no buscar la atención. En otras palabras, alrededor de uno de cada diez participantes con afecciones crónicas no buscó atención porque no podía enfrentar el pago, a pesar de la existencia de provisiones para exoneraciones y permisos. Algunas de las barreras para la atención se revelaron en los componentes cualitativos del estudio.

LAS EVIDENCIAS CUALITATIVAS

Como se mencionó en la sección sobre procedimientos de investigación, se organizaron grupos focales con un subgrupo de las muestras de población urbana y rural encuestada, se realizaron entrevistas con prestadores de servicios y decisores, y observaciones a través de la técnica de cliente misterioso.

Los grupos focales

Hubo consenso en todos los grupos de discusión sobre temas clave que soportan los hallazgos de la encuesta. Aunque no hubo ninguna adhesión a las tarifas publicadas, las tarifas cobradas en los centros de salud fueron consensualmente evaluadas como razonables y se afirmó que los que pudieran pagar debían hacerlo. Sin embargo, había cierta insatisfacción sobre la falta de discreción en el proceso:

...ellos tienden a decir que son sólo J\$50 y usted no puede conseguirlos. Es muy incómodo...

Nunca vayas a un consultorio, sin el dinero, a decir, “enfermera, no tengo dinero”. Te va a decir, “no, no se le puede ayudar”.

...algunos lo tomarán como una oportunidad para nunca tenerlo... pero yo honestamente pienso que en caso que tú no tengas los J\$50 deberían darte la inyección.

Los participantes encontraron subjetivos los criterios para las exoneraciones. Entienden que las solicitudes de exoneraciones de tarifas hechas en el lugar donde se ofrece el servicio tienden a no funcionar debido a comportamientos ruidosos, vergonzosos o agresivos por parte de los proveedores, quienes no tienen capacitación para realizar las evaluaciones. En lugar de enfrentar la vergüenza, los participantes dijeron:

Yo tomo algunas hierbas cuando no tengo dinero.

Si no tengo dinero no vengo a la clínica.

Si estoy muriendo en mi casa, algún miembro de mi familia hará algo... pero no me iré de mi casa si no tengo dinero.

Cuando se les preguntó si solicitarían una exoneración de tarifas todos excepto una mujer de Hanover dijeron que nunca lo harían. Conocían el procedimiento de evaluación pero nunca se acercarían a un evaluador:

Son muy agresivos y no puedo aguantar la vergüenza.

Si no saben quién eres no te prestan ninguna atención.

Unos pocos participantes recibieron beneficios con base en diversos esquemas de seguridad social y farmacéuticos JADEP y el NHF. Los beneficiarios de estos programas plantearon quejas tales como que la medicación no estaba disponible en todos los centros de salud. No

todas las farmacias se unieron al esquema de NHF y esto representaba un problema en las zonas rurales donde sólo existe una farmacia. Los participantes no siempre tenían los medicamentos necesarios del programa de JADEP donde el precio era simbólico. En tales casos, los clientes que no eran miembros del esquema de NHF, podrían pagar el costo total de los medicamentos:

Yo estoy en Medicinas para Ancianos. Puedo conseguir Tim... (bajo el programa) pero no Xala... El Xala... cuesta J\$2.700 para un mes.

Los que fueron miembros de NHF tenían que realizar el copago bajo el esquema de NHF. Dado que el pago a las farmacias por el NHF para los medicamentos aprobados era fijo, el copago dependía del precio de los medicamentos. En algunos casos los participantes no podían hacerse cargo de estos costos.

Una participante, mujer hipertensa en Hanover, explicó que a veces sentía que su cabeza “se le iba a caer de su cuerpo”:

... por mucho tiempo no he podido comprar la pastilla. A veces estoy mal e igual no puedo comprarla. A veces sangro por la nariz y tampoco puedo comprarla. Tengo que usar ajo para detenerlo... pero se lo dejo todo al Señor.

Hubo consenso en que el sistema implantado para garantizar el acceso a la atención de salud a todos operaba con base en criterios de amistad (“de acuerdo a la cara”). El clima percibido llevó a que las solicitudes de exoneración de tarifas no se realizaran.

Los “clientes misteriosos”

Tres clientes misteriosos visitaron: 1) Los centros de salud en el KMA y en las comunidades rurales que eran parte de este estudio y 2) Un centro de salud en un suburbio de la capital. Los centros de salud habían sido advertidos con anticipación que serían visitados por un cliente misterioso pero no se especificó fecha. Aquellos seleccionados como clientes debían satisfacer criterios específicos: poder fusionarse en el contexto de un consultorio de pacientes de ingresos medio-bajo y bajo; cumplir las instrucciones de observar, interiorizar, apuntar y posteriormente narrar los procedimientos, diseñadas en el protocolo, y necesitar la atención médica. Las tres seleccionadas cumplían estos criterios. Se trabajó con una mujer hipertensa y dos que necesitaban servicios de planificación familiar que fueron capacitadas por el equipo de investigación y entrevistadas después de las consultas.

La clienta que asistió al centro de salud suburbano describió su recepción en términos muy favorables. El auxiliar administrativo y la enfermera fueron corteses, el examen cuidadoso y eficiente, y se le pidió regresar por anticonceptivos inmediatamente después de su próxima menstruación. No se le exoneró de las tarifas a pesar de su petición por estar desempleada por largo tiempo, pero la negativa fue hecha de manera amable. La clienta dijo que no encontró razones para estar avergonzada. Todo el proceso tomó aproximadamente dos horas y media, tiempo razonable considerando la experiencia de largas esperas en los centros públicos de salud.

La que visitó el centro de salud de la zona urbana de peores ingresos describió la actitud del personal como “agresiva y poco profesional”. La evaluación de su capacidad de pago, realizada por un cajero en presencia de otros pacientes, consistió en dos preguntas: cuánto tiempo había estado desempleada y dónde estaban sus “intereses”, es decir, sus ahorros. El cajero luego le dijo en voz alta: “Señora, ¡Son J\$150! No puedo entender cómo la gente quiere ver al doctor y recibir tratamientos gratis. Hasta un loco caminando en las calles puede conseguir J \$150. ¿Cómo espera ser tratada sin dinero?” La clienta misteriosa sintió tanta vergüenza que: “Si hubiese pestañeado, las lágrimas se me habrían salido de mis ojos.”

De hecho, la tarifa de registro de J\$150 corresponde al 8% del costo total que debe asumir la clienta misteriosa. La presión arterial de la clienta se elevó de manera inusual y peligrosa, un hecho que ella atribuye al trato que recibió. Tuvo que hacerse cargo del costo de uno de los dos medicamentos recomendados que estaban disponibles en la farmacia de la clínica, pruebas, transporte y almuerzo –un total de J \$1.900–. Si se agrega el costo de la medicación adquirida en la farmacia del sector privado a este total, el costo de la visita para un paciente hipertenso excede el sueldo mínimo que es de más del 50% del promedio de ingreso por hogar de los entrevistados. En todos los aspectos su experiencia fue similar a las descritas por la mayoría de los participantes en los grupos focales.

La experiencia de la tercera clienta misteriosa en el consultorio rural fue similar. No había privacidad y no hubo intento por comunicarse con ella o con otros pacientes en forma amable. Al final de una evaluación superficial, la enfermera le recetó la pastilla anticonceptiva oral y le negaron la exoneración de tarifas.

Las tarifas publicadas no parecen respetarse. Las tarifas de registro cobradas a los clientes misteriosos fueron 50 a 500% más altas que las tarifas publicadas. Las pastillas anticonceptivas publicadas a \$J20 costaban \$J100. Aquí también se dio alta correspondencia entre la información revelada por los datos de la encuesta y con la información registrada en los grupos focales.

Proveedores de atención

Se realizaron extensas entrevistas con el personal de dos centros de salud de Tipo V que prestan atención integral, uno de los cuales había sido visitado por una de las clientas misteriosas. Se entrevistaron enfermeras, un consejero y un asistente social acerca de tres temas: la modalidad de la evaluación y el procedimiento para evaluar la capacidad de pago; la adhesión al plan de tarifas; y su percepción sobre la capacidad de pago de sus clientes. Sus respuestas fueron compatibles con los datos de los clientes misteriosos y los participantes en los grupos focales.

El proceso de evaluación puede ser calificado como extremadamente subjetivo. Una de las enfermeras dijo que su recomendación se basaba

en el grado de familiaridad con los clientes.

Nosotros conocemos a la clientela y sabemos quién puede y quien no puede pagar. La gente viene y dice que viven en casas de madera, pero nosotros sabemos que no...

Se nota en cómo se ven sus uñas, peinados y en sus loncheras grandes.

Admitieron que había desviaciones de las tarifas publicadas y que estaban suficientemente informados acerca de las prácticas en otros centros de salud para poder comparar costos:

La prueba de sangre aquí está en J\$250 mientras en el Centro de Salud X, está en J\$150. Las tarifas son distintas incluso si están establecidas por ley. Los cajeros y supervisores están operando según distintas instrucciones.

Hubo consenso entre los entrevistados en que los niveles de uso de los servicios estaban descendiendo, pero había cierto desacuerdo en cuanto a la causa. Algunos culparon a la criminalidad en el vecindario y el temor que generaba, y otros opinaron que las tarifas representaban un obstáculo. A pesar de esto, las enfermeras entrevistadas estuvieron en contra de cualquier propuesta que diera lugar a la remoción de las tarifas.

Las tarifas son demasiado bajas.

Las tarifas son una broma. Algunos clientes pagarían con gusto J\$25 por un jugo de bolsa. Las tarifas deberían ser más altas.

Los clientes se aprovechan de los precios bajos. Algunos vienen sin razón.

Oponerse a las tarifas es parte de la cultura.

La actitud del personal hacia las tarifas se explica por la asociación entre la cantidad recaudada y los recursos disponibles para el funcionamiento del establecimiento. Las tarifas que pagan los usuarios complementan la subvención del Ministerio de Salud.

No se promovía pedir exoneraciones. “La gente no vendrá si no tiene dinero. Tienen miedo de una vergüenza pública. Algunos clientes van al cajero y se avergüenzan y no vuelven”.

El cajero explicó que estaba bajo presión para recaudar tanto dinero como le fuera posible incluso mientras los pacientes estaban exigiendo exoneraciones. “Normalmente hay un efecto dominó en la exoneración. Si exoneras a uno en la línea, tendrás que exonerar a todos”. Y creía lo siguiente acerca de los programas de seguridad social como PATH y NHF. “...deberían erradicarse. Sólo complican el sistema”. Sentía que los niveles de tarifas alentaban a las mujeres a creer que: “Entonces puedo ir y embarazarme”.

El consejero y el asistente social del centro de salud dibujaron una imagen diferente y se mostraron muy críticos de la actitud de los trabajadores de primera línea:

Algunos pacientes pierden sus citas porque no tienen para pagar el costo del ómnibus. Tenemos que decirles que se lo presten y que se lo reembolsaremos antes de que se vayan.

Muchas personas en la comunidad no pueden pagar los costos. Tenemos establecido un sistema de tarifas para los autobuses. Bajo este sistema tenemos que darles las tarifas de los autobuses porque la mayoría no cuenta con medios para pagar el regreso a sus casas.

Las personas con “cuernos” (alusión demoníaca) están en estas posiciones. Sin importar cómo lucen o visten los clientes, el personal les “ladra” (grita) con “¿Qué quieres? ¡Rebusca en tus bolsillos!”

Estos dos participantes manifestaron que los miembros del personal no habían sido capacitados adecuadamente. Debería capacitarse a los cajeros para saber que no tienen que recaudar las tarifas a toda costa, y manifestaron que no consideraban aceptable que un cajero se pare en su ventanilla y grite a todo el mundo que el cliente no puede pagar.

Decisores políticos

Se entrevistó a dos decisores políticos claves dentro del Ministerio de Salud y a un Director Regional. Se solicitó información sobre los alcances de la implementación de tarifas al usuario y la manera en la cual la política fue implementada.

Se hizo una distinción entre las tarifas que se programaron o publicaron y las tarifas que no estaban en el plan de tarifas. Estas últimas se consideran “contribución al costo económico por proporcionar el servicio”. Los clientes fueron supuestamente evaluados por un “trabajador de salud apropiado” (un Oficial de Evaluación) para determinar si se debía otorgar la exoneración de tarifas. Sin embargo, uno de los entrevistados creyó que la isla necesitaba al menos el doble del número de personas capacitadas de las que había trabajando. En vista de esta carencia, dijo que había “trabajadores de salud inapropiados” realizando estas funciones. Las evaluaciones se hicieron sobre la base de “los adornos de los clientes” –estilos de cabello, teléfonos móviles–.

El programa PATH estaba realizando un bien social pero conducía a la disminución de las tarifas recaudadas. Los entrevistados manifestaron preocupación porque parecía que no se había calculado correctamente quién debía pagar el programa. Jamaica, en las palabras de uno de ellos, estaba tratando de brindar atención de salud de primer mundo cuando el propio primer mundo no podía costearla. La

atención de salud, dijo, es parte de la responsabilidad de las personas y por tanto deben pagar por ella.

MODELACIÓN

Para determinar el impacto de los costos sobre el acceso y el uso de los servicios de salud se emplearon dos enfoques. Primero, se usó un modelo logístico ordenado para determinar qué conjunto de factores socioeconómicos explicaban la dificultad que eventualmente enfrentan los individuos al hacerse cargo de costos relacionados con la salud. Los individuos respondieron a una pregunta respecto al pago por diversos servicios médicos y había tres posibles respuestas: que los costos fueron una carga financiera grave, que fueron una carga financiera menor, o que no fueron una carga. Por lo tanto estos grados de dificultad formaron la variable dependiente.

El segundo fue un modelo *tobit* en el cual la contribución al costo de servicios de salud por los individuos es una función de variables socioeconómicas. El modelo fue censurado porque no todos podían haber efectuado costos relacionados con la salud en cada ronda. De no haberlos efectuado, la variable dependiente sería cero o censurada para algunos individuos. En tales circunstancias, los coeficientes basados en el sencillo modelo *logit* ordenado habrían sido sesgados e inapropiados. Estos modelos se desarrollaron para cada una de las tres rondas del cuestionario, y luego las tres bases de datos se combinaron, con cada individuo apilado por ronda. El análisis se reelaboró para los datos agregados.

La [Tabla 16](#) muestra los resultados para el modelo *logit* de un subconjunto de las variables de interés.

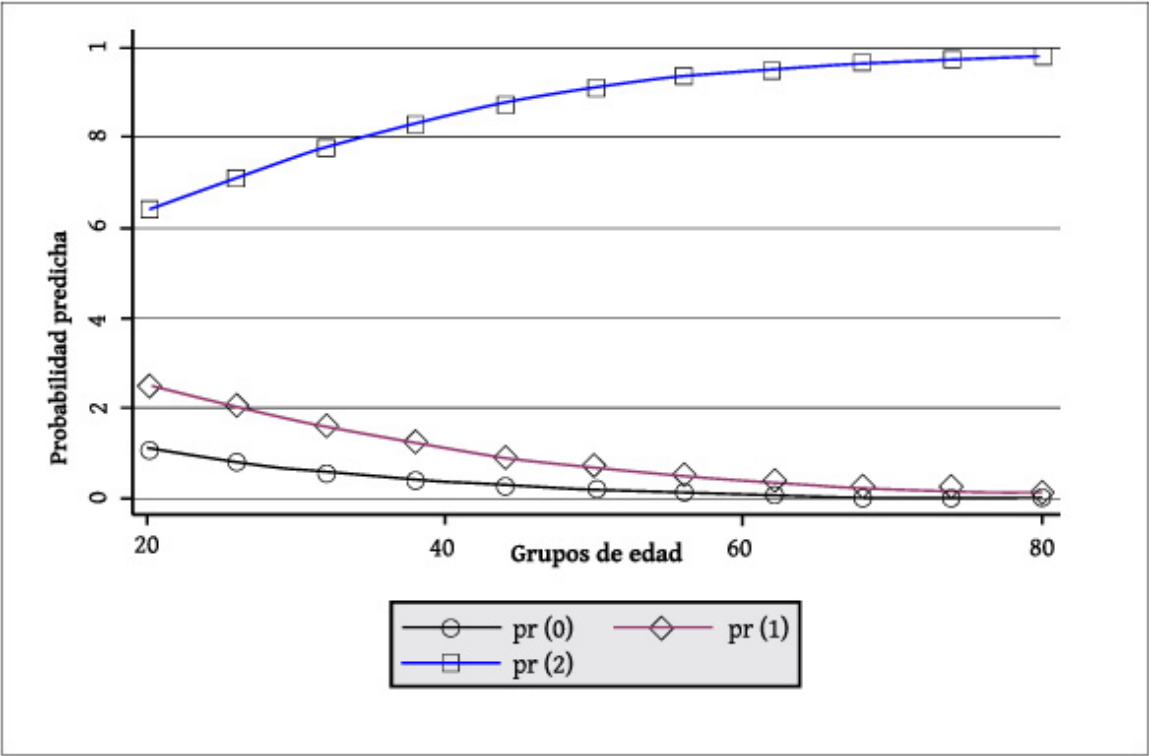
TABLA 16. MODELO LOGIT ORDENADO. FACTORES SOCIOECONÓMICOS PRINCIPALES QUE EXPLICAN LAS DIFICULTADES EXPERIMENTADAS

Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3
<ul style="list-style-type: none">• La edad no está asociada de manera significativa con la carga de salud.• El costo de la atención de salud está asociado de manera positiva con la carga de salud.• Las mujeres, en comparación con los hombres, experimentan una mayor carga de salud.• Existe una asociación positiva entre la carga de salud y el uso de servicios del sector público.• El empleo estacional está asociado de manera positiva con la carga de salud.• No existe una asociación significativa entre ser empleado independiente y la carga de salud.	<ul style="list-style-type: none">• La edad no está asociada de manera significativa con la carga de salud.• El costo de la atención de salud está asociado de manera positiva con la carga de salud.• Las mujeres, en comparación con los hombres, experimentan una mayor carga de salud.• Existe una asociación positiva entre la carga de salud y el uso de servicios del sector público.• El empleo estacional está asociado de manera positiva con la carga de salud.• No existe una asociación significativa entre ser empleado independiente y la carga de salud.• Estar empleado está asociado de manera negativa con la carga de salud.• La participación en JADEP, PATH, NHF está asociada de manera positiva con la carga de salud.	<ul style="list-style-type: none">• La edad está asociada de manera positiva y significativa con la carga de salud, la cual alcanza su máximo a los 72 años (ver Figura 3).• El costo de la atención de salud está asociado de manera positiva con la carga de salud.• No existe una asociación entre la carga de salud y el uso de servicios del sector público.• No existe una asociación entre 1) el empleo estacional o 2) el ser empleado independiente y la carga de salud.• Estar empleado está asociado de manera negativa con la carga de salud.• Ser jubilado está asociado de manera negativa con la carga de salud.• Participación en JADEP, PATH, NHF no está asociada de manera significativa con la carga de salud.

Al examinar los resultados de carga financiera sobre la salud en las tres rondas, en relación con la edad y el cuadrado de la edad, las variables son estadísticamente significativas con los signos esperados. La relación cuadrática indica que las cargas sobre la salud se potencian al máximo a los 72 años de edad lo que sugiere que los individuos ancianos sobrellevan la máxima carga. Para captar este efecto cuadrático las probabilidades se predijeron para el *logit* ordenado con respecto a ninguna carga pr(0), carga moderada pr(1) y carga alta sobre la salud pr(2).

La [Figura 3](#) muestra las probabilidades predichas basadas en los datos para la ronda 3.

FIGURA 3. PROBABILIDADES PREDICHAS PARA LA TERCERA RONDA



El modelo *tobit* identificó los factores que determinaron los costos relacionados con la salud (Tabla 17).

TABLA 17. MODELO TOBIT: DETERMINACIÓN DEL COSTO TOTAL DE LA ATENCIÓN

Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3
<ul style="list-style-type: none">Las enfermedades crónicas están asociadas de manera positiva con los costos de salud.Las estrategias evasivas (no sorprendentemente) reducen los costos.La frecuencia de atención médica está asociada de manera positiva con los costos de salud.	<ul style="list-style-type: none">Las enfermedades crónicas están asociadas de manera positiva con los costos de salud.Las estrategias evasivas reducen los costos.Participación en PATH, un programa diseñado para los pobres, reduce los costos de salud.	<ul style="list-style-type: none">Las enfermedades crónicas están asociadas de manera positiva con los costos de salud.Las estrategias evasivas reducen los costos.Participación en el programa PATH no está asociada de manera significativa con los costos de salud.Participación en NHF está asociada de manera positiva con los costos de salud.

La Tabla 18 muestra el agregado de las tres rondas:

TABLA 18. AGREGADO DE LAS TRES RONDAS

Logit ordenado	Tobit
<ul style="list-style-type: none">Las mujeres, en comparación con los hombres, tienen mayor carga de salud.Las enfermedades crónicas aumentan la carga de salud.El empleo estacional está asociado de manera positiva con la carga de salud.El empleo a tiempo completo está asociado de manera negativa con la carga de salud.	<ul style="list-style-type: none">Las mujeres tienen mayores costos que los hombres, pero la relación no es estadísticamente significativa.Las enfermedades crónicas en general están asociadas de manera positiva con los costos.Las estrategias evasivas reducen los costos.

Se pueden sacar varias conclusiones del análisis basados en los resultados de la modelización:

- Los costos relacionados con la salud son significativos para las personas que no son empleadas de tiempo completo y esto afecta su percepción de la probable carga del costo de salud.

- La variación en cuanto a la significación de los coeficientes a través de los tres modelos ordenados *logit* y *tobit* en el período de la encuesta indica que los resultados de salud varían con el transcurso del tiempo, en cuanto cambian las circunstancias individuales y domésticas. Por ejemplo, algunos coeficientes variaron en significación y signos a través de los diferentes modelos. Esto también indica que el análisis de datos de panel agrega un rico flujo dinámico a los resultados, no captado adecuadamente en el marco estático de una encuesta.
- Las cargas sobre la salud son mayores en una edad relativamente tardía y sugieren que los que se retiran y aquellos con enfermedades crónicas son especialmente vulnerables. Esto puede reflejar tanto la probabilidad de enfermedades crónicas en el anciano, así como una mayor vulnerabilidad financiera dado que muchos no tienen probabilidad de ser empleados de tiempo completo o incluso de tiempo parcial.
- La falta de asociación entre algunas variables diseñadas netamente para reducir los gastos y los costos relacionados con la salud pueden repercutir negativamente, con el transcurso del tiempo, en los resultados de salud en Jamaica.
- Mientras la relación entre el empleo y la carga sobre la salud es generalmente negativa en los modelos *logit*, cuando ésta interactúa con una persona con hipertensión, diabetes y ambas, los resultados son positivos y muy significativos. Esto traduce que estas enfermedades crónicas imponen considerables cargas en los individuos, aún cuando estén empleados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se emplearon métodos mixtos para investigar el impacto de las tarifas a los usuarios en la demanda de servicios de salud preventivos. Estas metodologías arrojan regularidades claras. A pesar de los arreglos para las exoneraciones de tarifas, pocos entrevistados en el estudio de cohorte usaron esta estrategia como un medio para enfrentar la carga de los costos relacionados con la salud. Las entrevistas con decisores políticos revelaron que las tarifas se consideran como ingresos para las RHA y que a veces se esperó que los clientes hicieran “contribuciones” mayores a las tarifas publicadas. Los trabajadores de primera línea en los centros de salud se encontraban bajo presión para recaudar las tarifas y tenían percepciones de los clientes que les alentaron a negar las solicitudes de exoneración.

La evidencia de los clientes misteriosos así como la de los participantes de los grupos focales indica que como estrategia, el avergonzar a los clientes, tuvo éxito y desanimó la petición de exoneración de tarifas. Así, muchos usuarios optaron por estrategias de reducción de costos que podían comprometer su salud. Había correspondencia y uniformidad en los resultados a través de los diferentes tipos de métodos que presentaron una imagen perturbadora de los problemas a los que se enfrenta la población, en especial los ancianos pobres, al tratar de conseguir acceso a la atención de salud.

Esta investigación mostró que la preocupación de que las tarifas a los usuarios crearan una barrera en el uso de servicios de atención preventivos primarios, como atención prenatal, vacunación y planificación familiar, no estaba justificada. La revisión de los datos secundarios indicó que los aumentos de tarifas tenían un efecto mínimo sobre el uso. Los que encontraron los costos de la salud como un elemento disuasivo en la búsqueda de atención eran miembros de la cohorte que buscaba servicios preventivos secundarios para controlar sus afecciones crónicas, especialmente los ancianos y los que vivían fuera del KMA. Se esperó que cumplieran con un régimen que requiera de visitas relativamente frecuentes a un proveedor de servicios de salud. A pesar de las provisiones de los Programas Farmacéuticos, la medicación era costosa y algunos de los participantes vivían en las áreas de transporte de baja calidad. Se recomendó que las tarifas a los usuarios se eliminaran de los clientes ancianos con enfermedades crónicas.

Sin embargo, las tarifas no representan el único obstáculo importante en el cuidado de la salud. Los gastos de transporte se efectúan cuando los pacientes necesitan acceder a la atención de salud o conseguir medicamentos. Los clientes rurales no disfrutaban los beneficios de un sistema subsidiado de autobús como lo hacen sus contrapartes urbanas. Se recomendó que los costos de transporte en las zonas rurales se subsidiaran. Las farmacias están demasiado lejos de las comunidades rurales y esto es otro elemento a considerar en los costos rurales de transporte. Las farmacias en los centros de salud deben abastecerse con medicamentos que son esenciales para la salud de los ancianos. Además, debe prestarse atención a los “cuellos de botella” que en el sistema interrumpen el flujo de medicamentos en los Programas Farmacéuticos. Un suministro más confiable y una mayor selección en el programa de JADEP reducirían la dependencia del programa de NHF, donde el nivel de los copagos se identificó como una de las causas principales del pobre cumplimiento.

Interacción entre investigación y política

El proyecto fue diseñado como un proceso en dos fases. En la primera, los investigadores y los decisores políticos participaron en un proceso en el que se identificaron y se formularon los temas de investigación. Un objetivo importante era que las perspectivas de los decisores políticos se consideraran en esta etapa preliminar. El equipo de investigación incorporó las sugerencias principales en los objetivos del estudio sobre un tema que fue de alta importancia en la agenda nacional: el efecto de las tarifas a los usuarios en los clientes que buscaban servicios específicos (atención prenatal, planificación familiar, vacunación, así como los de diabetes e hipertensión), los mecanismos adoptados para afrontar situaciones difíciles, y una consideración de áreas nuevas para la generación de ingresos.

En la segunda etapa de implementación, se tomó la decisión de usar la estrategia de Mapeo de Alcances no sólo como una herramienta para evaluar el impacto del estudio sino también como un medio para asegurar la participación de aquellos en posiciones de autoridad en el

Ministerio de Salud. Otros socios en el proceso se seleccionaron del Ministerio de Finanzas, el Instituto de Planificación de Jamaica (ambos involucrados en la formulación de políticas), las RHA, así como trabajadores de primera línea en el Ministerio de Salud. Se convocó a una reunión inicialmente para familiarizar a estos Socios Directos con los objetivos del proyecto y su metodología. Posteriormente se hicieron presentaciones al final de cada una de las tres rondas. Un objetivo en esta fase inicial fue crear los nexos que prestarían apoyo a las sugerencias para el cambio y reducirían la resistencia. No siempre fue posible obtener total asistencia a las reuniones y talleres, y aunque a veces se envió a representantes y se circularon las actas, hubo interrupciones en la continuidad.

Al final de la primera ronda participaron nuevos socios directos. Se incluyeron a representantes de PATH y NHF en respuesta a los hallazgos de los grupos de discusión, así como de la primera ronda de entrevistas. Los errores de inclusión y exclusión reportados en el programa de PATH, la escasez de medicamentos y el alto copago asociado con el NHF se pusieron en conocimiento de los representantes. La mejor respuesta a la interacción provino de estos socios directos que tenían un interés inmediato en los resultados como un medio de monitorear el trabajo en el cual sus organizaciones estaban involucradas.

Difusión

Se adoptó una variedad de metodologías de difusión. Debido a la importancia de obtener la colaboración del personal de las RHA, el equipo solicitó estar incluido en la agenda de algunas de las reuniones mensuales donde podrían darse actualizaciones. El objetivo aquí fue facilitar un proceso de comunicación que permitiera la retroalimentación temprana de un grupo influyente. Se hicieron presentaciones de los resultados al final de la primera y tercera rondas. En la presentación final las propuestas de financiamiento inicial no fueron vistas como realistas. Se expresaron inquietudes acerca de que los ingresos nuevos podrían no ser desembolsados a las RHA sino retenidos por el gobierno central. Muchos sintieron que la recomendación de sólo eliminar las tarifas para los ancianos con condiciones crónicas no era suficiente y que no debería existir ninguna atención preventiva sujeta a tarifa.

El equipo aclaró que no tenía ningún desacuerdo con una remoción total de las tarifas, sólo que sus recomendaciones se basaron en datos de investigación que demostraron que los problemas encontrados por aquellos que buscaban atención preventiva primaria podrían ser abordados con mayor sensibilidad y mediante oficiales de evaluación mejor capacitados, en lugar de eliminar las tarifas. Recalcó este punto porque sintió que era importante establecer una cultura basada en la evidencia dentro del sistema de salud pública.

En vista de la importancia de las recomendaciones en cuanto a la población mayor, se consideró que una ONG con interés en los ancianos podría ser un grupo importante de abogacía. Los representantes del Consejo para los Ancianos asistieron a una reunión consultiva organizada por el equipo. Se produjo un Resumen de Investigación que describía en términos sencillos y directos los objetivos, conclusiones y recomendaciones para su distribución. Las copias se pusieron a disposición de los medios, decisores políticos en el Ministerio de Salud, al Secretario Permanente, la Oficina del Primer Ministro y el Ministro de Finanzas.

El Ministro de Finanzas, un individuo clave en cuanto a reforma de las políticas, dijo estar a favor de los académicos, tomando posiciones públicas en asuntos importantes de política. Describió las recomendaciones como prudentes y dijo que levantaría el tope en las contribuciones de seguros nacionales para liberar fondos y así apoyar las recomendaciones para hacer los medicamentos más accesibles a los pobres. Por último, se presentaron cuatro ponencias en una conferencia celebrada en la Universidad de las Indias Occidentales.

Lecciones

Uno de los objetivos del estudio fue acortar la brecha entre los investigadores y los decisores políticos para aumentar la probabilidad de que se usaran los datos de la investigación para informar a la política. La traducción de la investigación en política puede ser problemática en un ambiente dinámico en el cual el proceso de toma de decisiones a menudo se basa en el pragmatismo, y donde resultados de la investigación pueden ser eclipsados por un sinnúmero de consideraciones políticas. No hay ninguna duda de que el proceso de interacción funcionó, aunque el resultado se vio afectado por los sucesos políticos.

En la etapa de planificación de la intervención, el equipo se acercó a los decisores políticos para hacer que ellos definieran el área de su interés y que identificaran brechas de información. Esto aseguró una conceptualización conjunta y el compromiso de considerar el uso de los resultados de investigación para fundamentar la política. El equipo movilizó alianzas apropiadas y presentó datos creíbles de tal manera que permitió un amplio espacio para el diálogo.

La elección de los temas es extremadamente importante en las iniciativas de investigación-política, especialmente cuando el proceso de investigación se extiende por períodos largos que pueden abarcar varios cambios políticos. El hecho de que el tema en este estudio fuera de alta importancia en la agenda nacional, puede explicar el por qué no fue abandonado en una administración nueva y, por el contrario, se convirtió en un tema tan clave en la campaña electoral.

La metodología adoptada resaltó la importancia de los efectos negativos aleatorios sobre las poblaciones vulnerables, aquellos choques a los cuales la formulación de políticas es lenta en responder. Los resultados de salud no son lineales pero varían con el transcurso del tiempo en cuanto cambian las circunstancias de los individuos y las familias. La encuesta mostró que en la ronda 2 varios de los programas como JADEP y el NHF, diseñados para reducir los costos de la salud, estaban asociados con una alta carga de costos de salud. Los cambios dinámicos en las circunstancias domésticas no pueden captarse en una sola encuesta.

Fortalecimiento institucional

En el pasado ha habido colaboración entre los académicos de la Universidad de las Indias Occidentales y los decisores políticos, especialmente del Ministerio de Salud. Aunque tuvieron implicaciones de política y los resultados aparecieron en publicaciones revisadas por pares (Ashley, Aikerman y Elliot, 1981; Ashley y McCaw-Binns, 1998; Henry-Lee y Figueroa, 1998), estos estudios no fueron específicamente diseñados dentro de un marco de investigación-política.

La investigación presentada en este capítulo no tiene precedentes en Jamaica. Los miembros del equipo de investigación apreciaron los mecanismos, el valor y los dificultades potenciales de colaborar con decisores políticos y tuvieron la oportunidad única de consultar directamente con Ministros del gobierno para definir el objetivo general.

Las estrategias de difusión adoptadas han sido tan exitosas que el modelo o algunos aspectos de la metodología, están siendo adoptadas o considerándose para otros estudios. El Consejo para la Investigación en Salud del Caribe (CHRC) es la organización designada para promover y coordinar la investigación sobre salud en el Caribe. En sus esfuerzos para promover la investigación que informa la práctica, el CHRC se acercó formalmente a la Coordinadora del Equipo de este estudio para recibir información sobre los métodos usados en la investigación, quien le proporcionó un esquema de los procedimientos adoptados en las fases 1 y 2.

El equipo pudo demostrar que los clientes misteriosos podrían usarse éticamente en la evaluación para aportar datos creíbles y el Ministerio de Salud ahora ha recomendado su uso en otros estudios.

El proyecto está siendo usado como un modelo para comprometer a los decisores políticos en dos programas de posgrado en la Universidad de las Indias Occidentales: El Programa de Maestría en Epidemiología y el Curso de Inequidades Sociales del Instituto Arthur Lewis de Investigación Social y Económica.

Por último, el ministro “en la sombra”, quien como ministro de finanzas del gobierno anterior se había comprometido a implementar una parte de los hallazgos de este estudio, en un debate reciente sobre el presupuesto 2009/2010 recomendó cambios en el financiamiento del Fondo Nacional de Salud, siguiendo las líneas propuesta por el equipo de investigación. De allí que se afirme que la investigación ha tenido impacto al más alto nivel.

BIBLIOGRAFÍA

Akin, J. (1987). *Fees for health services and the concern for equity for the poor*. Washington D.C.: World Bank.

Ashley, D., Aikerman, A. y Elliot, H. (1981). Oral Rehydration therapy in the management of acute gastroenteritis in children in Jamaica. En T. Holme, J. Holmgren, M. Merson, R. Mollby (Eds.). *Acute Enteritis Infection in Children: New Prospects for Treatment and Prevention. Proceedings for the Third Nobel Conference* (pp.24-32). Amsterdam: Elsevier/North Holland.

Ashley, D. y McCaw-Binns A. (1998). Maternal and child health policy through research. *West Indian Medical Journal*, 47, 1-52.

Bailey, W., Smith, S., Jackson, J., Lee, A., Oliver, P., Munroe, J., et al. (1996). Mapping study and private physicians survey: Opportunities for expanded family planning services in Jamaica. *ISER Working Paper*, 42, Jamaica: UWI.

Barrett, R.D. y Lalta, S. (2004). *Health financing innovations in the Caribbean: EHPO and the National Health Fund of Jamaica*. Washington D.C.: InterAmerican Development Bank.

Davies, O. y Witter, M. (1989). The development of the Jamaican economy since independence. *Jamaica in independence: Essays on the early years* (pp. 75-101). R. Nettleford Kingston and London: Heinemann Caribbean and James Currey.

De Ferranti, D. (1985). Paying for Health Services in Developing Countries: an Overview. *Staff Working Paper*, 721. Washington, D.C.: World Bank.

Earl, S., Carden, F. y Smutylo, T. (2001). *Outcome Mapping: Building Learning and Reflection into Development Programs*. International Development Research Center.

Fiedler, J. (1993). Increasing reliance on user fees as a response to public health financing crisis: A case study of El Salvador. *Social Science and Medicine* 36(6), 735-747.

Gertler, P. y Hammer, J. (1997). Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services. En G. Scheiber (Ed.). *Innovations in health care financing* (pp. 122-127). Washington D.C.: World Bank.

Gilson, L. y Mills, A. (1995). Health sector reform in Sub-Sahara Africa: Lessons of the last 10 years. *Health Policy and Planning* 32, 215-243.

Gilson, L; Russell, S. y Buse, K. (1995). “The political economy of user fees with targeting: Developing equitable health financing policy”,

Journal of International Development, 7(3), 369-401.

Grindle, M. (1996). *Challenging the state: Crisis and innovation in Latin America and Africa*. Cambridge: Cambridge University Press.

GTZ, ILO and WHO Consortium on Social Protection in Health in Developing Countries. Recuperado de http://www.socialhealthprotection.org/social_protection_health_php

Ham, C. y Hill, M. (1995). *The policy process in the modern capitalist state*. London: Harvester Wheatsheaf.

Handa, S. y King, D. (2003). Adjustment with a human face? Evidence from Jamaica. *World Development*, 31(7), 1125- 1145.

Henry-Lee, A. y Figueroa, P. (1998). A Profile of health research in Jamaica. *West Indian Medical Journal*, 89-93.

Hogwood, B. y Gunn, L. (1984). *Policy analysis for the real world*. Oxford: Oxford University Press.

Hussein, A. y Mujinja, P. (1997). *Impact of user charges on government health insurance*. Abt Associates Inc.

Hutton, G. (2004). *Charting the path to the World Bank "no blanket policy on user fee: A look over the past 25 years at the shifting support for use in health and education and reflections on the future"*. DFID Health Systems Resource Centre.

IDRC (2004). *Extending social protection in health in Latin America and the Caribbean*. Ottawa: IDRC.

International Labour Organisation. (2007). *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva: ILO.

Lamiraud, K., Booyesen, F. y Scheil-Adlung, X. (2005). *The Impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment: A case study of South Africa*. Geneva: ILO.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. En W. D. Gentry. (Ed.). *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.

LeFranc, E. y Lalta, S. (2001). *The equity implications of the user fee programmes for public health services in Jamaica and St. Vincent and The Grenadines*. Manuscrito inédito.

Leighton, C. (1995). Overview: Health financing reforms in Africa. *Health Policy and Planning*, 10(3), 213-222.

Litvack, J. y Bodart, C. (1993). User fees plus quality equals improved access to health care: Results from a field experiment in Cameroon. *Social Science and Medicine*, 37, 369-383.

Maxwell personal communication 17/11/2005.

Mbugua, J., Bloom, G. y Segall, S. (1995). Impact of user fees on vulnerable groups: The case of Kubwezi in Rural Kenya. *Social Science and Medicine*, 41, 829-835.

Ministry of Health, Jamaica (1997). *Green Paper on National Health Insurance*. Kingston: Ministry of Health.

Nolan, B. y Turbat, V. (1995). *Cost recovery in public health services in Sub-Saharan Africa*. Washington D.C.: World Bank.

Parker, J. D. y Endler, N.S. (1996). Coping and defense. An historical overview. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 3-23).

Planning Institute of Jamaica (1992-2002). *Economic and Social Survey of Jamaica*. Kingston, Jamaica: PIOJ.

_____. (2006). *Economic and Social Survey of Jamaica*. Kingston, Jamaica: PIOJ.

_____. (2007). *Economic and Social Survey of Jamaica*. Kingston, Jamaica: PIOJ.

Russell, S. y Gilson, L. (1997). User fee policies to promote health services Accessibility for the poor: A wolf in sheep's clothing? *International Journal of Health Services*, 27(2), 359-379.

Sen, A. (1992). *Inequality Re-examined*. Oxford: Clarendon Press.

Trostle, J. y Langer, A. (1999). How do researchers influence decision makers? Case studies from Mexican policies. *Health Policy and Planning*, 14(2), 103-114.

Umenai, T. y Narula, I.S. (1999). Revolving drug funds: A step towards health security. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(2), 167-171.

Walt, G. (1994). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39, 426-31.

Ward, E. (1996). *A review of hospital care. Outlining morbidity and mortality patterns, cost of care and resources inputs, Jamaica*. Manuscrito inédito.

Wilkinson, D., Gouws, E., Sach, M. y Abdool-Karim, S. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 665-671.

Yoder, R. (1989). Are people willing and able to pay for health services? *Social Science and Medicine*, 29(1), 35-42.

VÍNCULOS ENTRE LA INVESTIGACIÓN Y LA TOMA DE DECISIONES: ANÁLISIS DE LAS RELACIONES EN EL MARCO DE CINCO PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Autores

Ernesto Báscolo

Natalia Yavich

Néstor Ponce

Coautores

Wilma Bailey

Ana Luiza d'Ávila Viana

Álvaro Cardona Saldarriaga

INTRODUCCIÓN

Hacia finales de la década del noventa y principios de 2000 el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), aunaron esfuerzos para desarrollar una estrategia de cooperación conjunta orientada a articular los campos de la investigación y la gestión de políticas en salud en América Latina y el Caribe (Almeida, Bazzani y Pittman, 2000). Dicha colaboración se produjo a raíz del reconocimiento de la baja capacidad de las investigaciones para incidir sobre la agenda política en salud, como resultado de la limitada articulación entre aspectos críticos de la gestión y el diseño de líneas investigativas, y del vacío en el uso de evidencias científicas para la formulación de políticas de salud.

Como se mencionó en el capítulo 5, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de la “inteligencia sanitaria”, robustecer la gobernanza e incrementar la equidad de los sistemas de salud (Bazzani, et al. 2006) en el año 2003, el Programa Gobernanza, Equidad y Salud del IDRC y la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS/OMS, lanzaron una convocatoria de propuestas de investigación denominada “Estrategias de Extensión de la Protección Social en Salud en Latinoamérica y el Caribe”¹. La convocatoria se organizó en torno a los siguientes objetivos: generar conocimiento para el desarrollo de estrategias en protección social de la salud y promover la interacción entre investigadores y formuladores de políticas. Un aspecto central de la convocatoria fue el requisito de que las propuestas fuesen presentadas por equipos conformados por investigadores y tomadores de decisiones.

Como resultado de la convocatoria, se apoyó el desarrollo de cinco proyectos de investigación: uno argentino, uno brasilero, dos colombianos (uno de Medellín y otro de Bogotá) y uno jamaquino. En la [Tabla 1](#) se indican las organizaciones a través de las cuales se conformó cada uno de los equipos de investigación.

El proyecto de Argentina buscó esclarecer la manera en que diferentes dinámicas de gobernanza a nivel municipal y provincial afectaron a la organización y desempeño del Seguro de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En Brasil se indagó sobre el desarrollo de las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno y otros sectores involucrados en el contexto de nuevas políticas sanitarias de regionalización en la Amazonia legal. El equipo de Bogotá se propuso apoyar a la autoridad sanitaria en la toma de decisiones para extender la protección social en salud, y mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud para los desplazados víctimas de la violencia. El equipo de Medellín estuvo orientado a conocer las condiciones sociolaborales y de aseguramiento en salud de los trabajadores que pierden su empleo (trabajadores cesantes), y analizar diseños organizacionales y financieros alternativos para garantizar la sustentabilidad de un seguro público de salud a

esos trabajadores. El equipo de Jamaica se propuso determinar los efectos de la introducción del pago de bolsillo en los servicios públicos de salud sobre las condiciones de acceso, la búsqueda de atención y la utilización de servicios preventivos.

El presente capítulo tiene como objetivo analizar el proceso de interacción entre la investigación y la toma de decisiones—gestión, en torno al desarrollo de los cinco proyectos de investigación realizados entre 2003 y 2007 en el marco de la mencionada convocatoria. Pretende contribuir a la reflexión en torno al uso de la investigación para apoyar la formulación y el desarrollo de políticas de salud en América Latina y el Caribe.

1 Dicha iniciativa se desarrolló con el apoyo de las siguientes organizaciones: Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur; Red Nevelat para la Región Andina y Centro América, y la Red del Caribe Anglófono para la Investigación en Políticas y Sistema de Salud.

TABLA 1. CONFORMACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS EQUIPOS DE INVESTIGACIÓN

Título proyecto	País	Equipo de investigación	
		Investigadores	Tomadores de decisiones
Análisis de las capacidades institucionales y evaluación del desempeño del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Fase materno infantil).	Argentina	Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Instituto de la Salud Juan Lazarte / Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario.	Equipo Provincial del Seguro Público de Salud de Buenos Aires.
Desafíos para el desarrollo de una política regional para la Amazonia legal.	Brasil	Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de Sao Paulo. Sao Paulo, Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Río de Janeiro, Brasil.	Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS).
Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá, Colombia.	Colombia (Bogotá)	Posgrados en Administración de Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
Estrategia de conformación de un fondo de subsidio y de crédito reembolsable para ampliar el aseguramiento en salud y ayudar a proteger el patrimonio de los trabajadores cesantes en Colombia. El caso de Medellín.	Colombia (Medellín)	Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.	Secretaría de Salud del Municipio de Medellín y Secretaría de Salud del Departamento de Antioquia.
Evaluación del impacto del pago por servicios en el comportamiento de búsqueda de atención de salud preventiva y estrategias de adaptación de los pacientes en Jamaica.	Jamaica	Department of Geography, University of the West Indies. Kingston, Jamaica.	Ministry of Health.

El análisis fue construido a partir de la revisión de los protocolos de investigación y publicaciones elaborados por los equipos a cargo de las investigaciones, un conjunto de entrevistas realizadas en el año 2006 a los investigadores principales; descripciones actualizadas del proceso de interacción entre investigadores y tomadores de decisiones elaboradas por los investigadores principales, y las descripciones del proceso de interacción contenidas en los informes finales de cada proyecto. Asimismo se tuvieron en cuenta observaciones realizadas en el marco de talleres metodológicos, de presentación y discusión de resultados organizados por las agencias financiadoras, durante y después del período de ejecución, de los cuales participaron investigadores y tomadores de decisiones vinculados a cada proyecto.

Este documento fue circulado entre los investigadores con la finalidad de que pudieran actualizar y/o corregir su contenido.

MODELOS CONCEPTUALES SOBRE LA INTERACCIÓN ENTRE INVESTIGACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

El análisis de la interacción entre la investigación y la formulación—desarrollo de las políticas (Trostle, 1999; Weiss, 1979; Davies, et al. 2005), se estructura en torno a cinco modelos de relación entre investigación y toma de decisiones identificados en la literatura científica.

Bajo dichos modelos subyace una particular conceptualización del proceso de “intercambio de información” entre investigadores y tomadores de decisiones. Los modelos en cuestión son los siguientes: Empuje de la ciencia, Tracción de la demanda, Diseminación, Interacción y Uso del proceso.

El modelo de Empuje de la ciencia concibe a la incorporación de la evidencia como un resultado natural de la producción de un “stock” de conocimientos puesto a disposición de los tomadores de decisiones (Landry, et al. 2001a). Los términos difusión y adopción de información, vigentes desde la década del cuarenta, son centrales en el marco de este modelo y en el modelo de Tracción de la demanda. Estos términos han sido utilizados tanto para evocar el modo en el cual los productos de las investigaciones son distribuidos y recibidos, como para remitir a las acciones generadas a raíz de los mismos (CWHPIN, 2000).

El modelo de Empuje de la ciencia presupone que los tomadores de decisiones adoptarán la información por el sólo hecho de ponerla a su disposición. Por el contrario, en el modelo de Tracción de la demanda, ligado al término de adopción, se considera que la transferencia de información se producirá en la medida en que los investigadores produzcan información orientados por las necesidades de conocimiento de los tomadores de decisiones (Landry, et al. 2001a).

Por su parte, el modelo de Diseminación asume que no basta con que los resultados de las investigaciones sean difundidos para aumentar las posibilidades de que sean utilizados. En consecuencia es necesario que el investigador desarrolle actividades de transmisión de la información, diseñadas teniendo en cuenta las características de los tomadores de decisiones y su contexto. El modelo reconoce distintas “etapas” o “estadios” en que la información puede ser incorporada progresivamente a la toma de decisiones (Landry, et al. 2001b).

A diferencia de los anteriores, los modelos de Interacción y Uso del proceso reconocen la transmisión de conocimiento como un proceso bidireccional y no mecánico. El modelo de Interacción concibe la utilización de resultados como un proceso de aprendizaje sensible al contexto de los tomadores de decisiones y de los investigadores. Al interior de este proceso se define al conocimiento no como un paquete de productos fácilmente disponible para resolver un problema, sino como un “conjunto dinámico de concepciones delineadas por el usuario y el productor” (CWHPIN, 2000). El empleo de información en la toma de decisiones es por lo tanto un producto de diversos factores tales como las características del producto de la investigación, el interés de los usuarios, la adaptación del producto al usuario, las estrategias de diseminación desarrolladas y los mecanismos de vinculación entre los investigadores y los tomadores de decisiones (Landry, et al. 2001b).

En este contexto se promueve tanto el desarrollo de estrategias de aumento de la utilización, como de “Transferencia de conocimiento” (Pyra, 2003), las cuales incluyen el involucramiento de los potenciales usuarios en el diseño y desarrollo de la investigación. El concepto de transferencia de conocimiento se construye a partir de la consideración de que la baja utilización del conocimiento en los procesos de toma de decisiones se debe fundamentalmente a dos motivos. Por un lado se menciona que la investigación es sólo una entre otras variables que influyen sobre el proceso político. Por otra parte, se afirma que la comunicación entre investigadores y tomadores de decisiones resulta compleja dado que los mismos pertenecen a diferentes *comunidades*, las cuales se hayan regidas por tiempos, lenguajes y prioridades diferentes. Considerando esta situación, se propone la realización de actividades orientadas a articular la toma de decisiones con la investigación, desarrollar capacidades para la *diseminación* de la información entre los investigadores, y desarrollar en los tomadores de decisiones habilidades para la interpretación de la información.

TABLA 2. MODELOS DE RELACIÓN ENTRE LA INVESTIGACIÓN Y LA TOMA DE DECISIONES

Modelos	Concepto clave	Sujeto activo en la utilización de información	Direccionalidad de la transferencia / intercambio	Componente de las investigaciones que se espera transmitir con mayor énfasis a los decisores	Estrategias de transmisión
Empuje de la ciencia	Difusión	Investigador	Unidireccional	Resultados	Publicación de resultados
Tracción de la demanda	Adopción	Decisor	Unidireccional	Resultados	Demanda de investigaciones
Diseminación	Diseminación	Investigador	Unidireccional	Resultados	Diseminación orientada al usuario
Interacción	Utilización	Investigador Decisor	Bidireccional	Resultados	Transferencia de conocimiento
Uso del proceso	Influencia	Investigador Decisor	Bidireccional	Proceso	Transferencia de conocimiento

Este modelo constituye un quiebre y alternativa superadora, en tanto reconoce la potencialidad del proceso de articulación entre los investigadores y tomadores de decisiones, no sólo como un aspecto capaz de mejorar la adopción de resultados, sino como una instancia a través de la cual es posible influir a los tomadores de decisiones en su forma de pensar. Patton (2002) afirma que, aunque la participación de los tomadores de decisiones en los procesos investigativos es una estrategia efectiva para aumentar la utilización de los resultados, gran parte del impacto de una investigación no proviene del uso de los hallazgos sino del fortalecimiento de capacidad de los tomadores de decisiones para *pensar evaluativamente*. El pensamiento evaluativo consiste en interpretar datos empíricos, extraer conclusiones y emitir juicios basados en evidencia científica.

El desarrollo o el fortalecimiento de la capacidad de pensar evaluativamente es el resultado de lo que se denomina “uso del proceso” (Patton, 2002). Este modelo se relaciona no sólo con cambios individuales en el pensamiento y en el comportamiento de usuarios de la investigación, sino también con cambios en procedimientos y cultura observables a nivel colectivo u organizacional. Para reconocer el impacto del uso del proceso, se analizan dimensiones tales como el mejoramiento de la “comunicación” entre las dos comunidades que comienzan a tener un “lenguaje” común, el involucramiento de las personas con la organización, el desarrollo de una cultura de aprendizaje y el desarrollo organizacional. En la [Tabla 2](#) se sintetizan los rasgos que definen a los modelos descritos.

RELACIONES ENTRE LOS PROCESOS DE INVESTIGACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

Así como los estudios se diferenciaron por la naturaleza de los problemas que abordaron y los enfoques metodológicos a través de los cuales condujeron las investigaciones, también se distinguieron por los mecanismos y características asumidas por la interacción entre los procesos de investigación y de gestión. Para analizar las diferencias y convergencias del proceso de interacción entre investigadores y decisores se consideraron los siguientes aspectos: constitución y cambios en la conformación de los equipos de investigación y gestión involucrados en los estudios, el grado en el cual los equipos de gestión participaron de las actividades de investigación, y la influencia que tuvo la interfaz investigación–toma de decisiones sobre la propia investigación y sobre el proceso político bajo estudio.

Constitución y cambios en la conformación de los equipos de investigación y gestión vinculados a los estudios

El componente académico de los equipos de investigación fue aportado en cuatro de los cinco proyectos por universidades, en el caso de Brasil se conformó un consorcio de universidades. En Argentina, este componente fue aportado principalmente por una organización no gubernamental. La conformación y permanencia de los investigadores se mantuvo estable en tres de los cinco casos. En el equipo de Brasil se integraron investigadores de disciplinas no previstas al inicio del proyecto con el fin de adecuar el equipo a requerimientos técnicos surgidos a raíz de la reorientación de la investigación. En el caso de Bogotá la conducción del equipo de investigación fue redefinida en una fase temprana del desarrollo del estudio, a causa del nombramiento del investigador principal de la propuesta como Secretario Distrital de Salud de Bogotá, y la consecuente delegación de la conducción del estudio en la coinvestigadora.

Las contrapartes de los equipos de investigación se constituyeron con tomadores de decisiones vinculados a agencias de diversos niveles en la estructura del Estado (nacional, provincial y municipal). Durante el transcurso de los proyectos se produjeron cambios en los puestos de los tomadores de decisiones originalmente vinculados a las investigaciones. En Argentina este cambio se produjo cuando el proyecto estaba en su etapa final. El resto de los equipos se vieron compelidos a desarrollar estrategias para construir lazos con los nuevos tomadores de decisiones para garantizar la factibilidad y continuidad de los estudios.

El involucramiento de otros actores de la sociedad civil y/o de distintas agencias del Estado fue una estrategia utilizada por los cinco equipos, tanto para proyectar su capacidad de influir sobre los procesos políticos, como para mejorar la factibilidad de desarrollar las investigaciones. En Argentina, se integraron al proceso de investigación tomadores de decisiones y técnicos de organizaciones no gubernamentales y gubernamentales (Secretarías de Acción Social y Secretarías de Salud de los municipios integrados en el estudio). Estas incorporaciones se constituyeron en un medio para facilitar el acceso al terreno, mejorar la relevancia de las herramientas y el enfoque de la investigación y promover el uso de procesos y hallazgos de la investigación.

El equipo de investigación brasilero entabló contacto con tomadores de decisiones del Departamento de Descentralización del Ministerio de Salud, área vinculada a la temática bajo estudio. En este marco enfrentaron serias dificultades, debido a frecuentes cambios en cargos claves del organismo, y su vacancia durante importantes períodos. Paralelamente, se desarrollaron lazos de menor fuerza con gobiernos municipales y con la Secretaría de Insumos, Ciencia y Tecnología.

El equipo de Bogotá priorizó el establecimiento de un vínculo con la Secretaría Distrital de Salud, pese a las dificultades que supuso el cambio frecuente de la máxima autoridad sanitaria de la ciudad (durante el desarrollo del proyecto se sucedieron cinco secretarios de salud). Como mecanismo para garantizar la estabilidad del estudio, los investigadores incorporaron al equipo funcionarios de nivel intermedio o técnico de la Secretaría. Asimismo desde el inicio se promovió la participación comunitaria.

En Medellín los investigadores interactuaron fundamentalmente con secretarios de salud de nivel municipal y departamental. El vínculo con estos actores fue directo o bien a través de representantes designados con la finalidad de que se pudiera asegurar una participación continua en el proceso de investigación. El cambio de autoridades luego de las elecciones no afectó la relación entre ambas comunidades, la cual se mantuvo con la administración entrante.

Por otra parte, en el caso de Jamaica, desde el inicio se estableció el vínculo con distintas autoridades del Ministerio de Salud. En etapas posteriores se tomó contacto con actores del Ministerio de Finanzas, representantes del Instituto de Planificación, autoridades regionales de salud, miembros de organizaciones no gubernamentales y prestadores de servicios sanitarios. Estas relaciones se fueron estableciendo en la medida en que se consideró necesario obtener una retroalimentación por parte de diversos actores involucrados en la política bajo estudio. También se generaron espacios para promover la participación de decisores de menor jerarquía, pero con importante capacidad de influencia sobre la política en cuestión. El desarrollo de una campaña electoral a nivel nacional y un posterior cambio de autoridades acompañaron las últimas etapas de la investigación, lo que posibilitó que el tema bajo estudio formara parte de los debates políticos y que las nuevas autoridades también tomaran decisiones teniendo en cuenta los resultados de la investigación.

Interacción entre investigadores y tomadores de decisiones

Todos los equipos de investigación promovieron el establecimiento de espacios de interacción formales, como talleres de discusión del diseño del estudio, de presentación de resultados parciales y finales e informales, tales como contactos personales o telefónicos para informar sobre la marcha de las actividades.

En Argentina, tomadores de decisiones y técnicos participaron activamente en el diseño del proyecto y de los instrumentos de recolección de datos. Si bien inicialmente hubo cierta tensión entre investigadores y decisores, la misma se disipó a partir del desarrollo de un proceso informal de negociación y definición de roles. Posteriormente, se entabló una fuerte interacción con la participación de los tomadores de decisiones y técnicos en el proceso de diseño del estudio, recolección de datos y análisis de la información. Durante la etapa final del proyecto se produjo un cambio de autoridades provinciales que culminó con el reemplazo de todo el equipo de gestión del Seguro. En este contexto, las posibilidades de establecer un vínculo con el nuevo equipo de gestión resultaron limitadas.

Los investigadores señalaron la consolidación y crecimiento de la relación entre investigadores y tomadores de decisiones en términos de confianza e intercambio como uno de los principales aspectos que facilitaron un trabajo conjunto y colaborativo. El establecimiento de una relación de colaboración mutua, facilitó el desarrollo del estudio y motivó al equipo de gestión a involucrarse en el proceso de investigación, en la discusión de sus resultados y en la problematización de los efectos del Seguro en términos de trabajo intersectorial, condiciones de accesibilidad y equidad en el acceso a los servicios, continuidad e integralidad de la atención recibida por los beneficiarios del Seguro Público de Salud y la comunidad en general.

Se reconocen dos condicionantes de la relación en el caso de Brasil: el cambio de autoridades y el hecho de haber considerado como objetivo de análisis un tema relativamente nuevo en la agenda política. El equipo de investigación consideró que los logros obtenidos se explican más por las fortalezas de las instituciones académicas participantes, que por la relación establecida con los tomadores de decisiones. En momentos críticos del proceso de investigación, el apoyo mutuo entre las instituciones del consorcio académico aumentó el grado de “gobernabilidad de la investigación”. Los investigadores elaboraron una estrategia tendiente a establecer lazos con los tomadores de decisiones potencialmente involucrados en la formulación de una política regional para la Amazonia legal, que pudieran proveer apoyo para las sugerencias de cambio y reducir la resistencia. De esta manera se fueron estableciendo paulatinamente vínculos con distintos tomadores de decisiones, en la medida en que iban siendo identificados como potenciales involucrados en la formulación de la política.

Un factor que condicionó el proceso de interacción entre la investigación y la toma de decisiones fue el desarrollo de un proceso electoral a nivel nacional. La problematización de la formulación de una política regional para la Amazonia legal favoreció la incidencia de la investigación en el debate político. A raíz de ello se generaron espacios de interacción promovidos por ciertos tomadores de decisiones, foros de discusión, con la finalidad de dar a conocer los resultados parciales y finales de la investigación en distintas agencias del Estado. Como resultado de la interacción, la Secretaría de Insumos, Ciencia y Tecnología creó un banco de investigaciones como estrategia de divulgación de conocimientos.

En Bogotá se logró mantener una interacción estable desde la etapa de la planificación del proyecto a pesar del cambio permanente de la máxima autoridad sanitaria. Los investigadores señalan que el equipo pudo establecer con los distintos secretarios de salud, y sus respectivos equipos de gestión, una “sintonía ideológica” que favoreció la continuidad del vínculo. La incorporación de técnicos de la Secretaría Distrital de Salud al equipo de investigación supuso un recurso adicional que fortaleció la interacción entre la investigación y la gestión e implicó de parte del equipo de gestión asumir una posición más crítica y reflexiva sobre su práctica. Por otra parte, en el marco del estudio se establecieron espacios de interacción con la población desplazada, principal beneficiaria del diseño de una política de protección social en salud, con organizaciones no gubernamentales, agencias internacionales, organizaciones de derechos humanos y con distintas agencias del Estado comprometidas con la causa de los desplazados.

El equipo de investigación advirtió que estas instancias fueron cruciales en tanto que condujeron coyunturalmente a un proceso participativo de formulación de políticas públicas. Otros efectos del proceso de interacción señalados fueron: el crecimiento del empoderamiento de la comunidad, la mejora de la comprensión de parte de los funcionarios sobre los problemas, causas y las posibles soluciones a las problemáticas sociales de los desplazados, el aumento de la legitimidad de la Secretaría de Salud frente a la población y a los responsables de la política social de la ciudad, y el incremento del grado de gobernabilidad por parte de los tomadores de decisiones.

En Medellín, el equipo de investigación interactuó fundamentalmente con los secretarios de salud a nivel municipal y departamental y con sus representantes. Los investigadores señalan como facilitadores de la interacción al hecho de existir una relación previa con las organizaciones en cuestión y el perfil académico y experiencia en investigación de los tomadores de decisiones. Si bien el alto nivel de formación de los tomadores de decisiones podría haber generado una situación de competencia con los investigadores, los roles y actividades de cada parte se establecieron espontáneamente y sin conflictos. Los momentos de elaboración del marco conceptual y de las preguntas de investigación son identificados como los de mayor interacción. Los principales logros de tal interacción identificados por los investigadores fueron: la incorporación al debate político de la discusión conceptual sobre el desempleo, el aporte de un enfoque sobre el desempleo que incluye medidas coyunturales y de fondo, y el desarrollo de herramientas teórico-metodológicas para comprender y medir el desempleo.

Los roles de cada parte estuvieron delimitados desde el inicio en Jamaica. La relación entre partes fue estrecha y estable durante todo el proceso, a excepción del momento de análisis de los datos. La investigadora principal del proyecto resalta la importancia de haber definido el objeto de investigación en conjunto con tomadores de decisiones influyentes, considerando las prioridades de la agenda nacional. El equipo de investigación estableció inicialmente un vínculo fuerte con tomadores de decisiones de nivel intermedio como estrategia para acceder a tomadores de decisiones de alta jerarquía, habitualmente menos disponibles.

Como conclusión se puede afirmar que entre las dificultades identificadas por los investigadores principales de los cinco proyectos para

incidir sobre las políticas se hallan: la presencia de escenarios de fuerte inestabilidad, incertidumbre y competitividad política; la débil institucionalidad de las organizaciones; la escasa disponibilidad de tiempo de los tomadores de decisiones; la emergencia de imponderables que desplazan la atención de los tomadores de decisiones por la investigación hacia otros asuntos, y la ausencia de una cultura de evaluación de las políticas de salud, especialmente de evaluaciones llevadas a cabo por personas ajenas a la gestión de las organizaciones o las políticas bajo estudio.

Influencia de la interfaz investigación-toma de decisiones en las investigaciones

Las características de la interacción entre los equipos de investigación y gestión, provocó en la mayoría de los casos una serie de cambios en la orientación, marcha y alcances de las investigaciones. En Argentina, produjo un fortalecimiento del diseño del estudio, de las herramientas y procedimientos de recolección de datos –los cuales se fueron adaptando para captar aspectos relevantes originalmente no considerados o para adecuarse a los cambios derivados del proceso de desarrollo de la política– y un aporte invaluable en torno al análisis de los resultados por parte de actores de distintos niveles y sectores involucrados o afectados por el desarrollo del Seguro Público de Salud.

La remoción de los tomadores de decisiones originalmente vinculados con la investigación y el período subsiguiente de vacancia de los cargos –cerca al año– en Brasil, impuso que los investigadores siguieran trabajando en forma aislada hasta la renovación de los cargos y la construcción de vínculos con los tomadores de decisiones entrantes.

En Bogotá no hubo modificaciones sustanciales en la propuesta inicial derivadas de la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones, pero sí una ampliación de su alcance al promover el diseño de una política de salud para los desplazados de la ciudad.

Por otra parte, en Medellín no se produjeron cambios sustanciales en la propuesta de investigación original como resultado de la interacción con los tomadores de decisiones, y en Jamaica, la interacción con los tomadores de decisiones permitió definir con más precisión y claridad los objetivos iniciales del proyecto. Como resultado, el equipo logró instalar como un supuesto que el pago de bolsillo desalentaría el uso de servicios, *a priori* de la evaluación de los efectos de dichos pagos.

En todos los casos, los tiempos estipulados inicialmente para el desarrollo de las investigaciones no pudieron cumplirse estrictamente, ya que los estudios debieron adecuarse a la dinámica de los escenarios políticos nacionales y locales, así como a los “tiempos de la gestión”.

Influencia de la interfaz investigación-toma de decisiones en las políticas

Los investigadores coincidieron en reconocer a la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones como un factor clave para aumentar las posibilidades de influir sobre el proceso político. Concordaron en que la producción de evidencias para fortalecer la toma de decisiones es una vía de incidencia tan importante como los procesos de interacción entre equipos de investigación y gestión.

El equipo de Argentina señaló la necesidad de ser cauteloso al momento de atribuir a la investigación efectos sobre el rumbo de las políticas, ya que los cambios observados podrían deberse a múltiples factores. En esta línea, mencionó el hecho de que los tomadores de decisiones suelen hacer un uso simbólico de las investigaciones para justificar la necesidad de realizar cambios, legitimar acciones o motivar y capacitar a los implicados en el desarrollo de las políticas.

Entre los efectos inmediatos que atribuye a la investigación desarrollada, se menciona el enriquecimiento en las herramientas conceptuales de los tomadores de decisiones y técnicos para reflexionar sobre el proceso político y organizativo de implementación del Seguro de Salud y su efectividad. Esta apropiación se evidencia en la incorporación al discurso del equipo de gestión de conceptos trabajados durante los intercambios mantenidos en torno al proceso de investigación, en el replanteamiento de sus estrategias de implementación, en la reformulación de los contenidos de su análisis político y de gestión, y en su re-posicionamiento ante las distintas intervenciones que se fueron generando.

Para el equipo de Brasil las principales dificultades para influir sobre el proceso decisorio fueron: el constante cambio de tomadores de decisiones, la aparición de cuestiones emergentes que desplazaban permanentemente la atención de los tomadores de decisiones respecto de la investigación y el hecho de que los tomadores de decisiones de nivel local, quienes mejor comprenden la necesidad de la regionalización y con los cuales se generó una mayor sinergia, carecían de fuerza política. Sin embargo, los investigadores reconocen el aporte del proyecto a la definición de una norma federal, el Pacto por la Salud de 2006, formulado por un conjunto de tomadores de decisiones que interactuó con la investigación, el cual establece la regionalización como la estrategia que debe asumir el Sistema Único de Salud.

El equipo de Bogotá señaló que la evidencia obtenida en torno al problema de estudio, al promover un debate público informado, impulsó la toma de decisiones a corto plazo e hizo visible la necesidad de cambios en materia de política pública. Al igual que en Argentina, uno de los principales aportes a los tomadores de decisiones (del sector salud y otros sectores sociales), fue la apropiación de un andamiaje conceptual para el análisis de las políticas que favoreció resultados más allá de los previstos, tales como cambios en términos de prácticas sectoriales y la decisión que condujo a la formulación participativa de una política pública de salud, cuyos componentes sectorial e intersectorial, promovieron la necesidad de una respuesta integral a los problemas que el diagnóstico de la primera fase del proyecto reveló.

En Medellín, la propuesta de un mecanismo financiero para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud en el régimen contributivo de los trabajadores cesantes y sus familias, elaborada por el equipo de investigación, fue discutida junto con autoridades ejecutivas y legislativas locales con vistas a ponerse en marcha una prueba piloto. Más allá de esta posibilidad, los investigadores rescatan la importancia de haber logrado introducir la reflexión académica en el plano de las agendas políticas a partir de las interfaces generadas entre investigadores y tomadores de decisiones. Consideran que la discusión de las bases conceptuales que sustentan la propuesta de formación de una política pública que garantice la continuidad del aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes, constituye una superación de la

habitual discusión sobre los modelos gerenciales de organización. Se considera probable que esta discusión haya generado una nueva actitud o visión en los tomadores de decisiones con respecto a los trabajadores cesantes, quienes prácticamente no eran considerados en los procesos de definición de políticas públicas.

En Jamaica, los múltiples espacios de interacción desplegados convocando a actores involucrados en la política de pago de bolsillo por servicio, generaron y ampliaron una red de contactos, uno de cuyos propósitos era llegar a influir sobre tomadores de decisiones relevantes a partir de otros tomadores de decisiones de menor jerarquía pero más involucrados con la investigación. Las discusiones ayudaron a que los participantes lograran mayor entendimiento sobre la política y promovieran cambios parciales, tales como la remoción de pagos para ancianos con enfermedades crónicas o para la provisión de medicamentos, la búsqueda de alternativas de mejora en la calidad de atención preventiva y la discusión de formas alternativas de financiamiento. Estas propuestas, basadas en los hallazgos de la investigación, animaron a los investigadores a remarcar la importancia de construir una cultura basada en la evidencia dentro del sistema público de salud y a la posibilidad de contribuir a la misma mediante proyectos como el desarrollado. Finalmente, el tema cobró gran relevancia en los debates previos a las elecciones nacionales donde cada postulante propuso cambios radicales en la estructura de pagos. Las nuevas autoridades elegidas removieron los pagos de bolsillo de todos los servicios públicos en Jamaica en abril de 2008.

MODELOS DE INTERACCIÓN PREDOMINANTES

Dadas las características de la convocatoria en el marco de la cual se desarrollaron los estudios, todos los equipos de investigación debieron desplegar estrategias de vinculación con los tomadores de decisiones, tales como la discusión conjunta de los protocolos de investigación, la integración de los equipos de gestión en actividades de recolección de información, el desarrollo de instancias de discusión conjunta de resultados parciales de los estudios y el desarrollo de actividades de transferencia de conocimientos. No obstante, la interacción en cada caso asumió distintas modalidades e intensidades. Asimismo, para lidiar con la incertidumbre y la resistencia a las investigaciones, cada equipo puso en práctica estrategias específicas que incluyeron la identificación e involucramiento de socios de otras agencias del Estado o de la sociedad civil, la integración de técnicos en los equipos de investigación y la difusión de los resultados de las investigaciones en medios de comunicación masiva.

Los equipos de investigación valoraron positivamente, con mayor o menor énfasis, la concreción de lazos entre los equipos de investigación y gestión. En todos los casos la interacción se consideró como una vía clave para aumentar las posibilidades de influencia en el proceso político. En el caso de Argentina, la interacción también se valoró por su potencialidad para mejorar la pertinencia de la investigación – mediante la integración del punto de vista de los tomadores de decisiones en el diseño del estudio– y su factibilidad.

La estabilidad de la participación de los investigadores fue una constante. Los equipos de gestión por el contrario, imbuidos en la dinámica intrínseca del proceso político, sufrieron cambios trascendentes, generando, en ciertos casos, importantes niveles de incertidumbre. Frente a esta situación, los investigadores elaboraron estrategias complementarias para asegurar la continuidad de la interacción. En los casos de Argentina, Bogotá y Medellín un aspecto que facilitó la interacción fue el desarrollo de interfases entre tomadores de decisiones e investigadores que se conocían previo al inicio del estudio. Asimismo facilitó la interacción el hecho de que ciertos investigadores tenían experiencia en la gestión y/o que los gestores tenían experiencia en investigación.

Si bien el hecho de que varios de los investigadores y los tomadores de decisiones se hubiesen desempeñado tanto en el campo de la gestión como en el de la academia facilitó la comprensión mutua, también impuso retos en cuanto a la necesidad de delimitar los campos de acción y autonomía de cada grupo para evitar conflictos vinculados a posibles situaciones de competencia.

Es posible afirmar que en distinta medida todos los estudios contribuyeron al proceso decisorio de la política bajo estudio. En todos los casos se reconocen transformaciones en las actitudes de los tomadores de decisiones, vinculadas al fortalecimiento del pensamiento evaluativo. En el caso de Jamaica, si bien este elemento estuvo presente, fue muy fuerte el proceso de incidencia basado en la producción de evidencias.

Considerando los modelos de interacción entre investigadores y tomadores de decisiones reconocidos en el marco conceptual, es posible caracterizar al caso de Jamaica bajo el modelo de Diseminación, mientras que los otros cuatro casos se ubican como experiencias más afines al modelo de Uso del proceso. Si bien el establecimiento de un modelo de relación tipo uso del proceso comporta grandes ventajas en cuanto a la transferencia de herramientas conceptuales y a la aceptación y utilización de resultados parciales y finales, se observa que el modelo de interacción supone importantes niveles de incertidumbre en cuanto al desarrollo de la investigación. Este aspecto obligó a los investigadores a desarrollar capacidades y actividades adicionales para fortalecer la interacción. En este marco, la adopción de una postura de “neutralidad” y distanciamiento tradicionalmente asumido por los investigadores resultó impracticable y el posicionamiento de los investigadores como actores de un proceso político se puso más de manifiesto (Sauerborn, et al. 1999).

CONSIDERACIONES FINALES

En síntesis, es posible afirmar que el modo de articulación entre investigadores y tomadores de decisiones estuvo fuertemente determinado por el elemento innovador que impuso la convocatoria a proyectos de investigación lanzada por el IDRC y la OPS en el 2003, al establecer como requisito la presentación de propuestas elaboradas conjuntamente por equipos compuestos por investigadores y tomadores de decisiones. Este elemento imprimió en el desarrollo de los estudios una riqueza y complejidad adicionales a las formas tradicionales de investigación, en las que se practican formas de interacción de tipo Empuje de la ciencia o Tracción de la demanda. Como resultado de este condicionamiento, la relación entre investigadores y tomadores de decisiones se desarrolló predominantemente en el marco de modelos de

relación tipo Interacción o Uso del proceso.

Aunque la experiencia de Jamaica es la única en la que los resultados de la investigación se tradujeron en transformaciones inmediatas y comprobables en la formulación y puesta en marcha de una política (ya que en el caso de Bogotá se requeriría una decisión normativa para la plena implementación de la política de desplazados), en todos los proyectos se constató algún grado de influencia en el proceso político. En la mayoría de los casos los efectos de la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones se tradujo en modificaciones de los valores, el comportamiento y/o posicionamiento de los tomadores de decisiones que influyeron sobre los cambios en el desarrollo de las políticas como en Argentina, o en la formulación de nuevas políticas como en Bogotá, Medellín y Brasil. Los cambios se efectuaron a raíz de la incorporación de nuevas herramientas conceptuales, con la finalidad de capitalizar políticamente la investigación o como efecto de la presión generada por la visibilización de la práctica de los tomadores de decisiones, técnicos y proveedores de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida, C., Bazzani, R. y Pittman, P. (Eds.). (2000). *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe* (Research on Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean) (p.183). Washington, DC.: PAHO.

Báscolo, E., Yavich, N. y Sánchez de León, A. (2006). El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: un estudio de caso. *Cad. Saúde Pública* [en línea], 22, suppl., 47-56.

Bazzani, R., Levcovitz, E., Urrutia, S. y Zarowsky, C. (2006). Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. *Cad. Saúde Pública* [en línea], 22, 109-112.

Cardona, A., Nieto, E., Restrepo, R., Sierra, O., Cárdenas C.E., Aguirre F. (2006). Una propuesta de innovación en políticas de aseguramiento en salud, basada en hallazgos de investigación: el caso de los trabajadores cesantes en Medellín, Colombia. *Cad. Saúde Pública* [en línea], 22, 87-96.

Central West Health Planning Information Network-CWHPIN (2000). *A framework for evaluating the utilization of health information products*. Recuperado de <http://cwhweb.mcmaster.ca>

Davies, H., Nutley, S. y Walter, I. (2005). *Assessing the impact of social science research: conceptual, methodological and practical issues. A background discussion paper for ESRC Symposium on Assessing Non-Academic Impact of Research*. St. Andrews: Research Unit for Research Utilisation, School of Management, University of St. Andrews.

Denis, J.L. y Lomas, J. (2003). Convergent evolution: the academic and policy roots of collaborative research. *J Health Serv Res Policy*, 8, 1-6.

Gordon-Strachan, G., Bailey, W., Lalta S., Ward, E., Henry-Lee, A. y LeFranc E. (2006). Linking researchers and policy-makers: some challenges and approaches. *Cad. Saúde Pública* [en línea], 22, 69-76.

Hernández Bello, A. y Vega Romero, R. (2006). Más allá de la diseminación: lecciones de la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones en un proyecto de investigación en Bogotá, Colombia. *Cad. Saúde Pública* [en línea], 22, 77-85.

Kirkhart, K.E. (2000). Reconceptualizing Evaluation Use: An Integrated Theory of Influence. En V. Caracelli y H. Preskill (Eds.). *The Expanding Scope of Evaluation Use. New Directions for Evaluation* N° 88. San Francisco: Jossey-Bass.

Landry, R., Amara, N. (2001a). Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research Policy*, 30(2), 333.

Landry, R., Amara, N. y Lamari, M. (2001b). Climbing the Ladder of Research Utilization. *Science Communication*, 22, 396-422.

Patton, M.Q. (2002). A Vision of Evaluation that Strengthens Democracy. *Evaluation* 8(1), 125-139.

Pittman, P. y Almeida, C. (2006). Cross-sector learning among researchers and policy-makers: the search for new strategies to enable use of research results. *Cad. Saúde Pública* [en línea], 22, suppl., 97-108.

Pyra, K. (2003). *Knowledge Translation: A Review of the Literature*. Nova Scotia Health Research Foundation. Recuperado de <http://www.nshrf.ca/AbsPage.aspx?id=1059&siteid=1&lang=1>

Sauerborn, R., Nitayarumphong, S. y Gerhardus, A. (1999). Strategies to enhance the use of health systems research for health sector

reform. *Tropical Medicine and International Health*, 4(12), 827-835.

Trostle, D., Bronfman, M. y Langer, A. (1999). How do researchers influence decisionmakers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy Plan*, 14, 103-14.

Viana, A., et al. (2006). Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [en línea], 22, 57-67.

Weiss, C.H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Adm Rev*, 9, 426-431.

EDITORAS, AUTORES Y EVALUADORES

EDITORAS

Amparo Hernández Bello (Colombia). Médica, Máster en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana. Candidata a Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora asociada de los posgrados en Administración de Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Directora del grupo de investigación Gerencia y Políticas de Salud. Sus campos de investigación: equidad y justicia social en salud, perspectiva de género y análisis de determinantes de la salud. Ha sido investigadora y consultora de organismos internacionales en problemas de salud y estrategias de atención para poblaciones pobres y vulnerables y en estudios sobre equidad de género y reforma del sector salud. Autora de numerosas publicaciones sobre estos temas. Miembro correspondiente de la Red de Mujer y Equidad de Género y miembro de la Red de Exclusión Social de la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS. Fue presidenta de la Asociación Colombiana de Escuelas de Salud Pública (Acoesp) en el período 2006-2009.

Correo electrónico: ahernand@javeriana.edu.co.

Carmen Rico de Sotelo (Uruguay/Canadá). Socióloga, Doctora en Ciencias de la Información. Profesora titular de la Universidad de Quebec en Montreal. Es especialista en Comunicación Internacional y Desarrollo y miembro del Grupo de Investigación en Comunicación Internacional y del Grupo de Investigación en Comunicación y Salud GRMS. Fue decana de la Facultad de Comunicación (1993-1996) y directora de Relaciones Internacionales (1996-2002) de la Universidad Católica del Uruguay. Es miembro de la Red Orbicom de cátedras Unesco de Comunicación de la que fue vicepresidenta por dos períodos. Directora y coordinadora de numerosos proyectos internacionales para Orbicom, el PIDC-Unesco, la red AUSJAL de universidades jesuitas de América Latina, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, la Federación Latinoamericana de Estudios Canadienses y la Red Latinoamericana de Facultades de Comunicación. Dirige el instituto internacional de estudios UQAMERCOSUD y el Observatorio de la comunicación internacional e intercultural. Consultora del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo IDRC en temas de comunicación, gobernanza, equidad, protección social y salud. Autora de libros y artículos de su especialidad en francés, español, portugués e italiano.

Correo electrónico: rico.carmen@uqam.ca

AUTORES Y COMITÉ EDITORIAL

Dillon Alleyne (Jamaica). Doctor en filosofía de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), en Mona, Jamaica. Actualmente, se desempeña como Oficial de Asuntos Económicos y Coordinador de la Unidad de Desarrollo Económico, Sede Subregional para el Caribe de la Comisión Económica para América Latina CEPAL, en Puerto España. Fue catedrático en el Departamento de Economía de la UWI. También, es miembro de la Asociación Canadiense de Economía y de la Asociación Nacional de Impuestos. Es autor, junto con Nikolaos Karagiannis, del libro *A New Economic Strategy for Jamaica: With Special Consideration of International Competition and the FTAA (Una nueva estrategia económica para Jamaica: un enfoque especial sobre la competencia internacional y el ALCA)* Publicaciones Arawak, 2003 y de *Taxation and Equity in Jamaica 1985-1992: Who Bears the Burden? (Impuestos y equidad en Jamaica 1985-1992: ¿quién lleva la carga?)*, University Press of the West Indies, 2000. Correo electrónico: dill_all@yahoo.com

Wilma Bailey (Jamaica). Profesora de Geografía Médica. Ocupó el cargo de Directora del Departamento de Geografía y Geología en la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) en Mona, Jamaica. Se formó en Gran Bretaña en las universidades de Newcastle-upon-Tyne y de Leicester, y en la Universidad de las Indias Occidentales, además de cursar un año en la Escuela de Salud Pública de Harvard con una beca Fulbright de investigación. Es profesora en Salud Ecosistémica en la Unidad de Gestión Ambiental de la Universidad y ha estado involucrada en un número de proyectos multidisciplinarios de investigación trabajando con la Unidad de Gestión de la Fertilidad en el efecto de los cobros a usuarios y asuntos relacionados con la aceptación de la planificación familiar. Autora de libros, monografías y artículos académicos en temas de género y salud en el Caribe, junto con un equipo de investigadores del Instituto de Investigación Social y Económica Sir Arthur Lewis. Por su trabajo sobre familia este equipo recibió el Premio a la Investigación Destacada en 2003.

Correo electrónico: baileywilma@yahoo.co.uk

Jasper Barnett (Jamaica). Economista en Salud de la División de Planeación y Desarrollo del Ministerio de Salud de Jamaica. Tiene más de diez años de experiencia en planeación de políticas y ha trabajado de cerca con el mecanismo de toma de decisiones del gobierno sobre costos para los usuarios y financiamiento de la salud en general. Es miembro del grupo ministerial de trabajo para la Renovación de la Atención Primaria.

Ernesto Báscolo (Argentina). Licenciado en Economía y Máster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina), Máster en Economía y Políticas de Salud (Universidad de Birmingham-Reino Unido). Actualmente, finaliza el Doctorado en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Director de la Maestría de Gestión en Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Rosario y del Departamento de Economía y Gestión en Salud del Instituto de la Salud Juan Lazarte. Consultor de distintos organismos internacionales (CEPAL, BID, OPS, PNUD). Ha publicado artículos y libros vinculados con políticas de salud y gobernanza en América Latina. Algunas de sus recientes publicaciones son: *Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina* (2009); “Características institucionales del sistema de salud en la Argentina y limitaciones de la capacidad del Estado para garantizar el derecho de la salud de la población” (2008), en: *Las capacidades del Estado y las demandas ciudadanas: condiciones políticas para la igualdad de derechos*; “Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario” (2010), en *Rev. Salud Pública*, 12(1): 89-104. y “Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina” (en coautoría con J. L. Haggerty y N. Yavich, 2009), en: *Rev Panam Salud Pública*, 26(5): 377-84.

Correo electrónico: ebascolo@gmail.com

Roberto Bazzani (Uruguay). Doctor en Medicina con Especialidad en Salud Pública y Administración de Salud y vasta experiencia en temas vinculados con investigación en políticas y sistemas de salud, salud y ambiente, enfoque de ecosistemas para la salud humana y salud comunitaria. Desde 2002 a la fecha, es Especialista Principal de Programa del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá (IDRC), integrando las iniciativas programáticas de Gobernanza, Equidad y Salud (GES) y de Ecosistemas y Salud Humana (Ecosalud). Correo electrónico: rbazzani@idrc.org.uy

Álvaro Cardona Saldarriaga (Colombia). Médico y Máster en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Doctor en Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor titular y Decano académico de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Ha sido consultor de la Fundación Social, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud –OPS–. Ha estado vinculado como director y miembro activo de diferentes entes públicos del municipio de Medellín: la Agencia de Cooperación Internacional, la Oficina de Turismo, la Comisión Nacional de Seguridad Social, el Consejo de Medellín, la Secretaría de Bienestar Social y el Instituto Metropolitano de Valorización. Autor de siete libros, más de cuarenta publicaciones en revistas científicas y numerosas ponencias nacionales e internacionales en el área de la salud pública.

Correo electrónico: alvarocardona@guajiros.udea.edu.co

Oscar Cetrángolo (Argentina). Licenciado en Economía de la Universidad de Buenos Aires y Máster en Filosofía (Estudios de Desarrollo) de la Universidad de Sussex, Reino Unido. Fue Subsecretario de Relaciones con las Provincias del Ministerio de Economía de Argentina (1999-2001), ocupó diversos cargos en el sector público argentino y fue consultor de varios organismos internacionales. Actualmente se desempeña como experto en políticas públicas de la CEPAL y es profesor titular de Finanzas Públicas de la Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: oscar.cetrangolo@cepal.org

Ana Luiza d’Ávila Viana (Brasil). Economista, Doctora en Economía del Instituto de Economía de la Universidad de Campinas. Profesora del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo. Coordinadora (con Barjas Negri), de *O SUS em dez anos de desafio*, (2002) y (con Barjas Negri y Regina Faria) *Recursos Humanos em Saude-Política, Desenvolvimento e Mercado deTrabalho* (2002). Coautora (con Paulo Elias y Nelson Ibanez) de *Proteção Social: dilemas e desafios* (2005). En 2009 coordinó (con Nelson Ibanez y Paulo Elias) *Saúde, Desenvolvimento e Território*. Es autora de artículos sobre política de salud y metodología de análisis en políticas públicas, entre otros, en el libro *Políticas e Sistema de Saúde no Brasi*, editado por Fiocruz en 2008 y reeditado en 2010. Ha dirigido investigaciones sobre política de salud para instituciones brasileñas e internacionales. Actualmente coordina la Comisión de Política, Planeación y Gestión de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco).

Correo electrónico: anaviana@usp.br

Luciana Dias de Lima (Brasil). Médica de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Máster y Doctora en Salud Colectiva del Instituto de Medicina Social de la Universidad de Río de Janeiro. Es profesora e investigadora adjunta de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz, con experiencia en el área de política, planeación y administración en salud. Actualmente desarrolla las siguientes líneas de investigación: desarrollo, Estado y salud; formulación e implementación de políticas públicas en salud; planeación y gestión en salud; evaluación de políticas, sistemas y programas de salud; federalismo, relaciones intergubernamentales y políticas de salud; regionalización y descentralización en salud; economía de la salud. Autora del libro *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais* (Federalismo, relaciones fiscales y financiamiento del Sistema Único de Salud: la distribución de los ingresos vinculados a salud en los presupuestos municipales y

estatales), 2007 y de varios artículos y capítulos de libros sobre políticas y sistemas de salud.

Correo electrónico: luciana@ensp.fiocruz.br

Fernando Filgueira (Uruguay). Doctor en Sociología de la Universidad de Northwestern. Representante auxiliar del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA para Uruguay. Ha escrito y publicado libros y artículos sobre modelos de desarrollo socioeconómico, sistemas de bienestar y política social, estratificación social y estructura social. Algunas de sus publicaciones más recientes: *El desarrollo maniatado en América Latina: Estados superficiales y desigualdades profundas* (2009); *Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social* (2007) y “The Latin American Social States: Critical Junctures and Critical Choices” (“Los Estados sociales latinoamericanos: coyunturas y decisiones críticas”), en el libro *Democracy and Social Policy (Democracia y política social)*, editado por Yusuf Bangura (Palgrave Macmillan, 2007). Sus cargos anteriores incluyen: Oficial de Asuntos Sociales de la CEPAL, Coordinador del Programa de Estudios de Integración, Pobreza y Exclusión en la Universidad Católica del Uruguay; Investigador Principal del Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay (CIESU), y Director del Área de Gestión y Evaluación del Estado (AEGU) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de Uruguay.

Correo electrónico: filgueira@unfpa.org

Georgiana Gordon-Strachan (Jamaica). Doctora en Bioquímica de la Universidad de las Indias Orientales, Mona, Jamaica, y Máster en Health Policy, Planning and Financing (Máster en Políticas de salud, planeación y financiamiento) de la London School of Economics and Political Science. Anterior directora de investigación y análisis epidemiológico del Ministerio de Salud de Jamaica. Actualmente, es profesora de epidemiología en la Unidad de Recursos de Investigación en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI). Sus campos de interés incluyen salud infantil, salud en la adolescencia, daños relacionados con la violencia, financiación de los servicios médicos y transformación de la investigación en política.

Correo electrónico: georgiemarie@gmail.com

Marta Lucía Gutiérrez Bonilla (Colombia). Enfermera, Máster en Desarrollo Rural y entrenamiento en Salud Internacional. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá, y coordinadora del Observatorio Javeriano de Juventud. Investigadora y consultora en políticas públicas sociales, políticas públicas saludables y promoción de la salud, políticas públicas poblacionales y en metodologías participativas para el trabajo colectivo, el diseño y la evaluación participativa de políticas públicas sociales. Ha sido profesora de investigación social por más de veinte años en campos aplicados en la ciencia política, la política social, el desarrollo rural y áreas de la salud. Editora de libros, entre los cuales están *Familias en Bogotá, realidades y diversidad* (2008), *Cultura política y democrática en Bogotá* (2004) e *Inclusión social y nuevas ciudadanías* (2003).

Correo electrónico: ml.gutierrez@javeriana.edu.co

Aldrie Henry Lee (Jamaica). Doctora en Filosofía y Máster en Ciencias de la Universidad de las Indias Occidentales en Mona, Jamaica. Investigadora principal del Instituto de Investigación Social y Económica Sir Arthur Lewis. Sus áreas de investigación incluyen pobreza, salud y derechos de los niños. Entre sus publicaciones recientes se cuentan: *Women in prison: The impact of the incarceration of Jamaican women on themselves and their families (Mujeres en prisión: el impacto del encarcelamiento de mujeres jamaicanas sobre sus familias y sobre sí mismas)* 2005; *Gender, contrast and conflict in the Caribbean: lessons from community based research (Género, contraste y conflicto en el Caribe: lecciones de una investigación basada en la comunidad)* en coautoría con Wilma R. Bailey, Clement Branche y Aldrie HenryLee, 2002; “Conflict, gender relations and the health of women in two low income communities In Jamaica”. (Conflicto, relaciones de género y salud de las mujeres dentro de dos comunidades de bajos ingresos en Jamaica) En: Arber, Sara; Khlat, Myriam (ed.). *Social and economic patterning of health among women (Patrones sociales y económicos de salud en mujeres)*, en coautoría con Aldrie Henry-Lee, Wilma R. Bailey y Clement Branche, 2003.

Correo electrónico: aldrrie.henrylee@uwimona.edu.jm

Stanley Lalta (Jamaica). Actualmente es consultor del proyecto sobre financiamiento de la salud y desarrollo del programa de prescripción de medicamentos para enfermedades crónicas en las Bahamas. Fue economista de la salud del Ministerio de Salud de Jamaica y profesor de economía y financiamiento de la salud en la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), en Mona, Jamaica. Su experiencia atraviesa la economía, las finanzas y las políticas en salud en relación específica con el Caribe.

Fabiola Lana Iozzi (Brasil). Geógrafa y Máster en Geografía Humana de la Universidad Estatal de Campinas. Doctoranda e investigadora del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Actualmente sus líneas de investigación son: planeación territorial, uso del territorio, procesos de regionalización, políticas de ciencia, tecnología e innovación en salud en Brasil y América Latina, y economía de la salud.

Correo electrónico: iozzi@usp.br

Eduardo Levcovitz (Brasil). Médico, Máster en Salud Pública y Doctor en Políticas y Planificación. Representante en Uruguay de la

Organización Panamericana de Salud OPS/OMS, donde se desempeñó también como asesor principal y Coordinador del Equipo de Políticas y Sistemas de Salud y Protección Social. Es Profesor adjunto (en licencia) del Instituto de Medicina Social/UER. En Brasil, ocupó también varios cargos públicos, inclusive Secretario de Asistencia a la Salud/Ministerio de Salud y Secretario de Medicina Social/INAMPS. Ha publicado numerosos artículos, capítulos de libro y documentos institucionales y ha sido conferencista en 22 países alrededor del mundo en temas relacionados con exclusión, protección social, descentralización y organización y gestión de sistemas de salud.

Correo electrónico: levcovie@paho.org

Luz Mery Mejía Ortega (Colombia). Administradora de Empresas, Máster en Salud Pública. Doctoranda en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Profesora auxiliar de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Miembro del Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud –Línea Seguridad Social–, con publicaciones en las áreas de protección social, aseguramiento en salud y políticas públicas en salud. Experiencia profesional en cargos y procesos administrativos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas. Se ha desempeñado como coordinadora de los programas académicos Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud y Maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Correo electrónico: luzmmejia@hotmail.com

Emmanuel Nieto López (Colombia). Economista. Máster en Epidemiología. Diplomado en Economía de la Salud de la Universidad Autónoma de México. Profesor asistente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Miembro del Grupo de Investigación Salud y Sociedad –línea Economía de la Salud–, con publicaciones en las áreas de economía de la salud, protección social y economía del mercado laboral. Experiencia laboral como docente, investigador y director de la Escuela Nacional Sindical.

Correo electrónico: emmanuel@guajiros.udea.edu.co

Néstor Ponce (Argentina). Médico, Posgrado Universitario en Medicina General y Familiar y Máster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Investigador del Departamento de Economía y Gestión en Salud del Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario, Argentina.

Correo electrónico: nestorponce@gmail.com

Oscar Rodríguez Salazar (Colombia). Economista y Licenciado en Ciencia Política de la Universidad de los Andes. Doctor en Economía, París XIII; Doctor en Sociología, París VI; Máster en Sociología, París VI. Profesor emérito y titular de la Universidad Nacional y profesor titular de la Universidad Externado de Colombia. Investigador y Director del Grupo de Protección Social del Centro para Estudios del Desarrollo CID de la Universidad Nacional de Colombia. Sus campos de investigación son: historia económica del siglo XVIII, XIX y XX; historia de la protección social; regulación macroeconómica y seguridad social; mercado laboral y equidad social; economía institucional y exclusión social. Dentro de sus publicaciones recientes como autor, se encuentran los libros *Estado y mercado en la economía clásica* y *Efectos de la Gran Depresión en la industria colombiana* y como coautor en *Gremios, reformas tributarias y administración de impuestos y estructura y crisis de la seguridad social en Colombia*.

Correo electrónico: orosrod@hotmail.com

Luiza Sterman Heimann (Brasil). Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo, Máster en Salud pública de Harvard University y Máster en Medicina Preventiva de la Universidad de São Paulo. Médica sanitarista del Instituto de Salud SES/SP. Tiene experiencia en el área de salud colectiva y dirige el grupo de investigación en Servicios y Sistemas de Salud con sus líneas de evaluación en salud y políticas públicas y sistemas de salud. Trabaja en los temas de equidad en salud; descentralización, condiciones de vida y políticas de salud; modelos de gestión de servicios y sistemas de salud.

Correo electrónico: isaude@isaude.sp.gov.br

Soledad Urrutia (Chile). Psicóloga clínica con Máster en Políticas Públicas. Ha trabajado en diversos programas sociales en Chile y apoyando a diversos ministerios en la estrategia de superación de la pobreza y en iniciativas de desarrollo social. Fue profesora e investigadora del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA de la Universidad de Chile. Funcionaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde el año 2003, su trabajo se ha focalizado en el desarrollo de sistemas de salud y la renovación de la Atención Primaria en Salud. Fue coordinadora del proyecto IDRC/OPS en el tema de Estrategias para la Extensión de la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe.

Correo electrónico: urrutias@paho.org

Martín Valdivia (Perú). Doctor en Economía Aplicada de la Universidad de Minnesota. Desde 1993, investigador principal y, actualmente, director de investigación del Grupo de Análisis para el Desarrollo GRADE. Director de la oficina para América Latina de la Red de Investigación en Políticas Económicas y Pobreza (PEP); miembro del grupo consultivo de la Iniciativa de Investigación sobre Evaluación de Impacto de Políticas (PIERI) y coordinador de la Alianza para la Equidad en Salud (AES) en el Perú. Miembro de asociaciones

internacionales como la Asociación de Economía de América Latina y el Caribe (Lacea); Network on Inequality and Poverty (NIP); International Initiative for Impact Evaluation (3IE) y Global Development Network (GDN). Sus áreas de investigación incluyen pobreza, desigualdad y políticas sociales, salud y desarrollo humano; desarrollo rural y microfinanzas. Sus estudios recientes sobre la etnicidad como determinante de las desigualdades en salud en el Perú se enmarcan en la intersección de las dos primeras áreas. Autor de varios artículos en revistas y libros nacionales e internacionales. Consultor frecuente del BID, Banco Mundial, OMS/OPS, FAO, OIT, entre otros.

Correo electrónico: jvaldivi@grade.org.pe

Román Vega Romero (Colombia). Médico de la Universidad Nacional de Colombia. Máster en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en *Research Training in Social Research* y Doctor en Administración (Pensamiento sistémico crítico con énfasis en políticas de salud) de la Universidad de Hull, Inglaterra. Perfeccionamiento en Sociología Política de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor asociado e investigador en el área de Políticas de Salud, Posgrados en Administración de Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; profesor de la Maestría en Política Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales y profesor del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas de la Pontificia Universidad Javeriana. Experto en las áreas de políticas de salud, atención primaria en salud y equidad en salud.

Correo electrónico: roman.vega@javeriana.edu.co

Mariana Vercesi de Albuquerque (Brasil). Doctoranda e investigadora del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Máster en Geografía Humana de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de São Paulo y Bachiller en Geografía del Instituto de Geociencias de la Universidad Estatal de Campinas. Desarrolla investigaciones sobre el territorio, procesos de regionalización y políticas públicas de salud en Brasil.

Correo electrónico: mari_valb@yahoo.com.br

Cristiani Vieira Machado (Brasil). Médica de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Especialista en Políticas Públicas y Gestión Gubernamental de la Escuela Nacional de Administración Pública. Máster y Doctora en Salud Colectiva del Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro. Ejerce actividades en la gestión pública del sistema de salud de Brasil en las esferas municipal, estatal y federal. Es profesora e investigadora del Departamento de Administración y Planeación en Salud de la Escuela Nacional de Salud Sergio Arouca de la Fundación Oswaldo Cruz en Río de Janeiro. Desarrolla investigaciones en las áreas de análisis de políticas de salud, protección social en salud y planeación y gestión de sistemas de salud. Autora del libro *Direito Universal, Política Nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002* (2007) y de varios artículos y capítulos de libros sobre políticas y sistemas de salud.

Correo electrónico: cristiani@ensp.fiocruz.br

Natalia Yavich (Argentina). Licenciada en Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires; Máster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario, International Program for Development Evaluation Training de Carleton University y candidata a Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Departamento de Economía y Gestión en Salud del Instituto de la Salud Juan Lazarte. Docente de la Maestría de Gestión en Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Rosario. Investigadora de proyectos sobre análisis y evaluación de políticas de salud y atención primaria de salud realizados con apoyo del International Development Research Centre IDRC, Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Canadian Institutes of Health Research, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Ministerio de Salud de la Nación, y el Social Sciences and Humanities Council of Canada. Publicaciones recientes: “Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina”, en *Rev. Salud Pública* (2010); “Construyendo un marco de evaluación de la APS para Latinoamérica”, *Rev Salud Pública* México (2010); “Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina”, *Rev Panam Salud Pública* (2009) y “Governance and Effectiveness of the Buenos Aires Public Health Insurance Implementation Process”, *J Ambulatory Care Manage* (2009).

Correo electrónico: nyavich@gmail.com

EVALUADORES

Françoise Barten (Holanda). Epidemióloga social y médica en salud pública del Departamento de Atención Primaria y Salud Comunitaria de la Universidad Radboud de Nijmegen. Desde enero de 1992, coordina un grupo de trabajo interdisciplinario sobre globalización, urbanización, pobreza urbana, ambiente y salud y, desde 2010 colabora con el Ministerio de Salud de El Salvador. Es autora de *Health and Sustainable Development. Challenges at the Local Level* (Salud y desarrollo sostenible. Retos a nivel local) y coautora de *Healthy Cities in Developing Countries: Lessons to be Learned* (Ciudades sanas en países en desarrollo: lecciones por aprender). Ha escrito sobre temas de política y participación en salud, salud y derechos humanos, salud de los trabajadores y salud ambiental, desarrollo sanitario municipal y educación en las profesiones de la salud. Obtuvo el título de profesora honoraria de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua (1993), de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Simón en Cochabamba (2000) y de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León (2005). A partir de un interés investigativo inicial sobre determinantes ambientales de la salud, sus intereses se trasladaron gradualmente hacia la implementación y estudio de nuevos enfoques sobre la influencia de los determinantes sociales, políticos y

ambientales de las desigualdades sanitarias. Colaboró con la Red de Conocimiento sobre Ambientes Urbanos para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CDSS-OMS).

Correo electrónico: francoiseb@gmail.com

Jeannie Haggerty (Canadá). Máster y Doctora en Epidemiología y Bioestadística de la Universidad de McGill en Montreal. Tuvo una beca de investigación postdoctoral en análisis de políticas de salud de la Universidad de Montreal. Titular de una cátedra de investigación sobre los impactos de los servicios de salud en la salud de la población en el Departamento de Estudios de la Salud Comunitaria de la Universidad de Sherbrooke. Experta en la investigación acerca de factores relacionados con la accesibilidad y calidad de la atención primaria en Canadá y otros países. Ha trabajado con colegas latinoamericanos en la adaptación de marcos de evaluación para la atención primaria en salud. Actualmente, es profesora asociada del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina en McGill University y titular de una cátedra de investigación en medicina familiar y comunitaria en la Universidad de McGill y el St. Mary's Hospital. Correo electrónico: jeannie.haggerty@mcgill.ca

Lise Lamothe (Canadá). Con un BSc. en Farmacia, un MBA y un PhD. en Teorías de la Organización, es profesora asociada del Departamento de Administración de la Salud en la Universidad de Montreal e investigadora regular en el Instituto de Investigación en Salud Pública de dicha universidad. Está vinculada como profesora investigadora de la cátedra GETOS. Es miembro investigador de GREAS, investigadora asociada de CEFRIO e investigadora asociada de CAPP. Sus investigaciones se centran en la gobernanza y la transformación de las organizaciones de salud, en las dinámicas profesionales asociadas a la transformación de las organizaciones sanitarias, las dinámicas relacionadas con la fusión de instituciones y la formación de redes de servicios integrados, los efectos estructurales de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en la transformación de los procesos de cuidado y servicios, y las dinámicas asociadas con la cooperación público-privada en la gestión de proyectos de transformación. Es miembro del comité ejecutivo del consejo de administración del Hospital del Sagrado Corazón de Montreal, miembro del consejo administrativo del Centro para Estudios en Ciencias Sociales (CSSS) en Bordeaux-Cartierville-St.Laurent y miembro del Consejo del Medicamento.

Correo electrónico: lise.lamothe@umontreal.ca

Ronald Labonté (Canadá). Doctor en Filosofía de la Universidad de York en Canadá. Titular de la Cátedra Canadiense de Investigación en Globalización y Equidad en Salud en el Instituto de Salud Poblacional. Es profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ottawa. Fue director fundador de la Unidad de Investigación y evaluación en salud de la población de Saskatchewan y miembro fundador de la Coalición Canadiense para la Investigación en Salud Mundial. Presidió la Red de Conocimiento sobre Globalización para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y codirige un proyecto internacional de investigación sobre la revitalización de la atención primaria integral en salud. Autor de numerosas publicaciones sobre globalización y salud, salud poblacional, promoción de la salud y desarrollo/fortalecimiento de la comunidad. Correo electrónico: rlabonte@ottawa.ca



Este libro fue realizado en caracteres Gentium Basic y Adobe Garamond Pro, en Bogotá, D.C., Colombia.