

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA ESTUDIOS ECONOMÍA
CONVOCATORIA 2008-2010**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN ECONOMÍA CON
MENCION EN DESARROLLO**

**COMO MEJORAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNOS
INFANTILES EN EL ECUADOR**

Juan Carlos Méndez de la Torre

Quito, enero 2011

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA ESTUDIOS DE ECONOMÍA
CONVOCATORIA 2008-2010**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN ECONOMÍA CON
MENCION EN DESARROLLO**

**COMO MEJORAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNOS
INFANTILES EN EL ECUADOR**

Juan Carlos Méndez de la Torre

**ASESOR DE TESIS: Juan Ponce
LECTORES/AS: José Antonio Sánchez
Sebastián Burgos**

Quito, enero 2011

DEDICATORIA

A quien debería constituir el recurso más importante para el desarrollo del Ecuador, la
niñez.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que contribuyeron para la finalización de este trabajo investigativo. En especial, a Josette Arévalo, quién me apoyó, me enseñó y sobre todo, me acompañó durante todo el trayecto. A mi asesor de tesis Juan Ponce quien me ayudó a crecer tanto académica como profesionalmente con paciencia y liderazgo.

Agradezco a mi familia, a mi madre Susana, mi padre Miguel y mi hermano Diego, quienes son el núcleo de mi identidad y gracias a quienes estoy donde me encuentro. Ellos son quienes me enseñaron que un niño feliz y atendido, es la mejor inversión.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	5
RESUMEN.....	15
CAPÍTULO I.....	17
REVISIÓN TEÓRICA.....	17
Crecimiento económico y desarrollo: introducción.....	17
Crecimiento económico y desarrollo: teoría y modelos.....	19
El Modelo de Solow.....	19
Alternativas al Modelo de Solow.....	20
Crecimiento económico y desarrollo: Capital Humano.....	21
Los efectos de la salud en el crecimiento económico.....	23
Salud Materna-Infantil.....	25
Evidencia empírica sobre los determinantes del acceso a servicios de salud.....	27
Determinantes de acceso a servicios generales desde el lado de la oferta.....	28
Determinantes de acceso a servicios de salud materna infantil desde el lado de la oferta.....	33
Determinantes de acceso a servicios generales de salud y servicios maternos infantiles desde el lado de la demanda.....	39
Conclusiones.....	45
CAPÍTULO II.....	48
METODOLOGÍA Y ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	48
Antecedentes del país y programa a ser evaluados.....	48
Composición legal del programa a ser evaluado.....	49
Metodología.....	53
Datos.....	55
Estadística Descriptiva.....	55
CAPÍTULO III.....	62
RESULTADOS.....	62
CAPÍTULO IV.....	72
RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.....	72
Recomendaciones.....	72
Conclusiones.....	74

BIBLIOGRAFIA.....	77
ANEXO 1	81
ANEXO 2	83

RESUMEN

Una de las razones para estudiar los fenómenos económicos y sociales, es el interés de profundizar en el conocimiento y la información disponible que a su vez nos ayuden en la formulación de políticas. Por ejemplo, queremos comprender las fuentes relacionadas al crecimiento económico, ya que podría ser de interés el momento de formular políticas que coadyuven al desarrollo y crecimiento de un país de renta baja, que esté intentando escapar de la pobreza.

No obstante, en la actualidad, nuestro entendimiento de los instrumentos necesarios para promover políticas y decisiones pertinentes en el ámbito social y económico, si bien es difícil decir que han mejorado, podemos enfatizar que han cambiado, y se han identificado mecanismos alternativos de asumir la información recogida. Los procesos tradicionales u ortodoxos han sido de gran ayuda, pero también han visto el lado negativo de los resultados, lo que enmarcado en el contexto moderno de crisis de mercados, sugiere reflexionar sobre la introducción o priorización de mecanismos complementarios.

Los conceptos de desarrollo en economía han estado mayormente relacionados a las teorías de crecimiento económico, las mismas que se desenvuelven en el margen de conceptos como producción, PIB, capital y acumulación eficiente de bienes y servicios, dejando de lado al beneficiario y el ambiente en el que se desenvuelve la teoría.

Desde esta perspectiva, el sector social¹ no representa una variable altamente significativa en los modelos tradicionales de crecimiento económico, sino más bien, se introduce en teorías de crecimiento con capital humano, haciendo referencia principalmente a la inversión en educación y su aporte a la mano de obra como factor de producción. El caso ecuatoriano, aunque denota una tendencia creciente en la inversión social, sobre todo desde el 2007, sigue siendo en el 2009, 27.5% del Gasto del Gobierno Central (MF, MCDS, 2009) lo que demuestra que siguen siendo prioritarios otros sectores de gasto para tratar de incidir en el crecimiento económico del país.

¿Cómo entra la salud materna infantil en este contexto?, más aún, si el objetivo de la presente tesis es el de identificar mecanismos para mejorar el acceso a servicios

¹ En Ecuador, el sector social está conformado por 5 sectoriales: Educación, Salud, Trabajo, Bienestar Social y Desarrollo Urbano y Vivienda. (MCDS, MF, 2008).

maternos infantiles, la pregunta sería, ¿por qué y para qué?, ¿cuáles son los beneficios desde una perspectiva social, económica?, ¿cuál es el costo-beneficio de un dólar adicional invertido en salud materna infantil?

La presente investigación intenta resolver estas preguntas iniciando por una revisión teórica sobre crecimiento y desarrollo, concluyendo en alternativas a los modelos tradicionales a través, principalmente, de mecanismos como la inversión en salud. Posteriormente, se propone una metodología para analizar el caso ecuatoriano focalizándose en los determinantes de acceso a servicios de salud y de salud materna-infantil, tomando en cuenta que la principal herramienta de gestión para la salud materna-infantil en Ecuador es la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI). Finalmente se presentan los resultados de la metodología y las principales conclusiones y recomendaciones de política.

CAPÍTULO I REVISIÓN TEÓRICA

El objetivo de este capítulo es realizar un análisis introductorio pero detallado sobre los conceptos de crecimiento y desarrollo, inicialmente desde una perspectiva económica neoclásica, y profundizando posteriormente en los modelos de crecimiento con capital humano, el aporte de la salud a los modelos de crecimiento y específicamente salud materna-infantil, con el propósito de justificar la implementación de estudios dirigidos a mejorar el sistema de salud. En la segunda parte del capítulo, se hará un análisis de los determinantes del acceso a los servicios de salud, los determinantes de acceso a servicios maternos-infantiles y cuál es la problemática prevalente en la prestación de servicios de salud que actúan como determinantes en el acceso tanto desde la oferta como desde la demanda. Finalmente, se revisarán diferentes estudios que hacen énfasis en los determinantes de acceso a servicios de salud maternos infantiles en diferentes países.

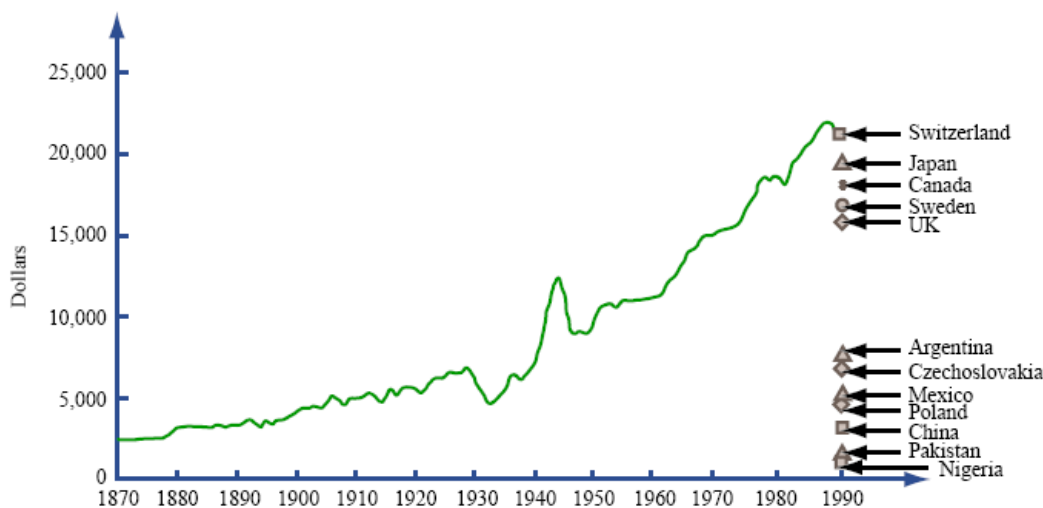
Crecimiento económico y desarrollo: introducción

Las teorías de crecimiento sostienen que el crecimiento gradual, o la constancia en el crecimiento anual del PIB es uno de los puntos de mayor importancia en el desarrollo y crecimiento económico de un país. Por ejemplo, en 1960 Venezuela era uno de los países más ricos del mundo y tenía un PIB por trabajador que representaba un 83% del nivel de Estados Unidos, mientras que Italia, con un 55% del nivel de Estados Unidos, estaba considerablemente rezagada. Sin embargo, el crecimiento anual medio de Italia fue hasta el año 2000 del 2,9%, mientras que en Venezuela fue negativo. Italia, y no Venezuela, es en la actualidad uno de los países más ricos del mundo (Sorensen, Jacobson, 2008, pg.32).

En Estados Unidos y algunos países de Europa, el ingreso promedio real en la actualidad es entre 10 y 30 veces mayor que el siglo pasado. Aunque estas tendencias son similares para la mayoría de países industrializados, las diferencias abismales que existen entre estos países y aquellos en vías de desarrollo, además de la reducción en las tasas de crecimiento en la productividad de los países industrializados (Romer, 2006, pg.5), sugieren que hay un campo extenso de investigación y trabajo referente a los conceptos de crecimiento y desarrollo económico.

El gráfico 1 revela la evolución histórica del Producto Nacional Bruto real per cápita de los Estados Unidos en comparación con otros países.

Gráfico1.1



Fuente: MIT – OCW

Elaboración: Fernando Martin

En el año 1992, los ingresos per cápita de Argentina eran comparables a los de Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial mientras que los de Pakistán eran similares a los de Estados Unidos en 1870 (Helpman, 2004, pg. 3). En 1990 Ecuador tenía un ingreso per cápita aproximadamente de USD1655, similar al de Pakistán.

Los países de la cola superior de la distribución mundial de ingresos son más de 30 veces más ricos que los de la cola inferior. Por ejemplo, en 2000, el PIB per cápita con ppp (purchase power parity) a precios de 2000 en Estados Unidos fue de \$34.000, mientras que en México fue tan solo de \$8.000, en China de \$4.000, \$3.500 en Ecuador, \$2.500 en India, \$1.000 en Nigeria, y más bajo en algunos países de África subsahariana como Chad, Etiopia o Mali. La diferencia entre los países es superior cuando se toma en cuenta el PIB per cápita sin ppp. Por ejemplo, el PIBpc sin ppp de China fue de \$780, mientras que el de India \$440. Ecuador \$1.295, 26 veces menos que Estados Unidos (Acemoglu, 2009).

Uno de los principales mecanismos que permite a un país escapar de la pobreza, o mejorar sus condiciones de vida, es un proceso de crecimiento continuo durante una

sucesión de años, por lo tanto, una de las cuestiones más importantes en economía es determinar cuáles son las fuentes de ese crecimiento. A continuación explicaremos las teorías detrás de los modelos de crecimiento económico que explican, o nos ayudan a entender las diferencias abismales entre países y las fuentes de crecimiento.

Crecimiento económico y desarrollo: teoría y modelos

El Modelo de Solow

El enfoque neoclásico está basado en las conclusiones derivadas del modelo de crecimiento de Robert Solow (1956) en el que se demuestra de manera implícita un proceso de convergencia entre las distintas economías, hacia un estado estacionario (Martin, 2007, pg.36), suponiendo que las economías exhiben rendimientos constantes a escala, rendimientos decrecientes del capital y donde la tecnología es vista como un bien libre que puede ser absorbida por las economías no industrializadas. Bajo esta perspectiva, la intervención del estado sería considerada como redundante.

El modelo concentra su atención en 4 elementos fundamentales, el producto u output (Y), capital (K), mano de obra (L) y una variable un tanto subjetiva que puede ser denominada conocimiento o efectividad de la mano de obra (A).

La dinámica de este modelo hace referencia a una economía cerrada donde existe competencia perfecta y donde la mano de obra y el conocimiento vienen dados de manera exógena, por lo tanto, para caracterizar el comportamiento de la economía y explicar las disparidades entre diversas economías, se debe analizar el tercer input, capital (Romer, 2006, pg.14). Siendo así, la tasa de crecimiento del output dependerá únicamente de la tasa de crecimiento del capital, la cual está determinada de forma endógena y dependerá de la tasa de ahorro, la tasa de crecimiento de la población, la tasa de depreciación y la tasa de progreso tecnológico, todas estas consideradas exógenas y constantes.

Sobre la pregunta ¿Por qué unos países son más ricos que otros? La dinámica del modelo de Solow nos indica que como los países ricos tienen tasas de ahorro más elevadas, menor crecimiento de la población y menores tasas de depreciación del capital, entonces el stock de capital por trabajador en el estado estacionario será mayor

que en los países pobres. Este estado estacionario hace referencia a un punto de equilibrio en el que la tasa de crecimiento es constante e igual a cero.

Finalmente, Solow nos indica que la velocidad de crecimiento de un país que está muy por debajo del estado estacionario será más rápida que aquella de un país más cercano al estado estacionario, lo que garantiza que los países pobres alcanzarán en el largo plazo el nivel de crecimiento económico de las economías ricas (Romer, 2006, pg.25).

Alternativas al Modelo de Solow

Solow hace referencia a un proceso de convergencia lento pero sostenido entre las distintas economías, a un mismo estado estacionario. Esta convergencia, o el ritmo de crecimiento que implica dicha convergencia dependerá, principalmente, de los niveles de capital de las economías donde la mano de obra viene dada de manera exógena.

Podemos encontrar una gran limitante en estos modelos dada por la inflexibilidad o exogeneidad de la mano de obra como factor productivo. Existen variables de gran influencia en el desarrollo de dicho factor a través de agentes como la familia, sectores como la educación y la salud y hábitos humanos, como la nutrición, que son minimizados en los modelos tradicionales de crecimiento, y, concomitantemente, las ideologías que acompañan dichos modelos limitan la potencialidad de estas variables.

Se puede argumentar entonces, que las políticas tradicionales son incompletas, y a veces equivocadas, el momento de aplicarse a las estructuras específicas y particulares de los países en vías de desarrollo debido a que el crecimiento dependerá no solo de hacer funcionar bien los mercados económicos, sino también de políticas para la competencia, que faciliten la transmisión de tecnología y promuevan la productividad dentro de los países.

Nuestro entendimiento de los instrumentos para promover el desarrollo económico y crecimiento, han mejorado. Se deben incluir las estrategias complementarias que promuevan metas prolongadas referentes a desarrollo sostenible, desarrollo humano, desarrollo equitativo y desarrollo democrático.

Existen enfoques alternativos con relación a las teorías de crecimiento económico que se pueden denominar modelos de crecimiento endógeno (Martin, 2007,

pg. 37). Una de las críticas diferenciadas de estos modelos es el supuesto de economías constantes o crecientes de escala provocados por la existencia de externalidades positivas en el capital físico, capital humano, innovaciones, en la falta de movilización de los factores productivos, entre otras.

Estos modelos señalan que el crecimiento económico es un factor endógeno y por lo tanto particular de cada economía, las características específicas de cada economía definirán los niveles causales o las políticas que se deberían aplicar para alcanzar sus niveles específicos de convergencia. Aunque el debate relacionado a estos modelos es muy extenso, la idea principal recae sobre el hecho de que existen factores que influyen y determinan los niveles de crecimiento económico, y estos varían de acuerdo a las características específicas de cada país o en algunos casos de cada región. ¿En dónde queda la inversión en sectores sociales como salud?

La presencia de otros factores como el capital humano puede relajar la restricción de los rendimientos decrecientes de una definición amplia de capital y, en consecuencia permitir la existencia de crecimiento per cápita a largo plazo, sin la presencia de progreso tecnológico exógeno (Barro, Sala-i-Martin, 2004, pg. 240)

A continuación profundizaremos en los modelos de crecimiento económico con capital humano donde la principal motivación es el aporte de la inversión en mano de obra como factor productivo y la interrelación que tiene esta inversión con el capital físico y los niveles de producción de una economía.

Crecimiento económico y desarrollo: Capital Humano

Siguiendo los trabajos de Heckman (2000) y Becker (1964) principalmente, entramos en un capítulo sobre las teorías de crecimiento económico que incluyen un factor adicional denominado capital humano. Este hace referencia a que los agentes individuales o las personas por medio de sus habilidades, conocimientos y esfuerzos, aumentan las posibilidades de producción en la economía.

Si la educación o preparación específica del agente hace que la persona sea más eficiente en la producción de bienes, es claro que hay un mejoramiento del capital humano. Este mejoramiento puede agregar valor a la producción de la economía y aumentar el ingreso de la persona que ha sido educada. Pero aún con el mismo nivel de ingreso, esa persona puede beneficiarse de la educación por la posibilidad de leer,

argumentar, comunicar, elegir con mayor información, ser tomada en cuenta más seriamente por otros y así sucesivamente.

El beneficio que conlleva a nivel individual los años adicionales de preparación específica, se traduce a los mercados. El tratar al capital humano únicamente como una variable dentro de un modelo de crecimiento puede minimizar su rol. Los trabajos de Romer (1990), Nelson y Phelps (1966), entre otros, nos indican que el capital humano puede directamente influenciar la productividad determinando la capacidad de un país de innovar y utilizar nuevas tecnologías adaptadas a la realidad y la producción local. En este contexto, la convergencia hacia niveles de desarrollo y crecimiento similar a los niveles de países líderes dependerá directamente del capital humano.

Los estudios de Benhabib y Spiegel (1994) demuestran que la producción o innovación doméstica (medida como inversión en capital humano) y la velocidad de convergencia tienen interesantes resultados: Primeramente, las tasas de crecimiento difieren claramente entre países por largos períodos de tiempo debido a diferencias en las tasas de capital humano, segundo, países que se encuentran por debajo de los niveles de crecimiento y tecnología de países más desarrollados, tenderán a alcanzar dichos niveles significativamente más rápido mientras más grande y eficientes sean los stocks de capital humano; tercero, el país con los stocks más altos de capital humano siempre tenderá a ser el país que resulte el líder en tecnología en períodos finitos de tiempo y mantendrán su liderazgo mientras perdure su ventaja en cuanto a capital humano.

Como mencionábamos anteriormente, medir el aporte del capital humano al crecimiento únicamente como una variable específica, puede minimizar su rol. Lucas (1990) indicaba que uno de los papeles fundamentales del capital humano era el de atraer capital físico adicional. Una de las razones de que los países menos desarrollados no tengan flujos e ingresos apropiados de capital físico es por sus stocks relativamente bajos de capital humano complementario, que a su vez, deben ser reafirmados por baja inestabilidad política y distribuciones equitativas de ingresos.

En Estados Unidos, los beneficios derivados de un año adicional en educación han sido estimados en 5 a 15 por ciento (Willis, 1986). La tasa de retorno es todavía más amplia para los países en vías de desarrollo, por ejemplo, 24% para la educación primaria en África Subsahariana y un promedio de 23% para todos los países de renta baja (Psacharapoulus, 1994). Los gobiernos deben entonces jugar un papel

fundamental en la provisión de servicios sociales que impulsen y mejoren el capital humano, fortaleciendo el acceso a los fondos necesarios para los sectores sociales².

Si bien la importancia del capital humano no entra en cuestionamiento, la aproximación de los gobiernos para priorizar inversión que mejore y aumente los stocks de capital humano si quedan en duda. La teoría sobre capital humano está mayormente concentrada y vinculada a inversión en educación, vista ésta desde un punto de preparación y acumulación de conocimiento, que coadyuva a la productividad y eficiencia de los mercados, no obstante, esta visión es incompleta. Los países en vías de desarrollo conllevan problemáticas que se deben superar como paso inicial antes de concentrarse en la preparación y educación de las personas. El desarrollo inicial de un niño o niña y el aporte de la madre, la familia y la comunidad, juegan roles importantes en la preparación pre-educación de las personas.

Como se mencionaba anteriormente, la inversión en capital humano puede ser subjetiva. Definir qué se constituye puramente en inversión de gobierno que contribuya al aumento de stock de capital humano eficiente de un país puede todavía recaer en la subjetividad de los tomadores de decisión. A continuación analizaremos la contribución al capital humano desde una perspectiva social, específicamente en el sector salud, y se justificará la importancia de dicha inversión a las teorías de crecimiento y desarrollo económico.

Los efectos de la salud en el crecimiento económico

En la sección anterior resaltamos la importancia de priorizar el capital humano dentro de un país para impulsar el desarrollo y crecimiento del mismo, sin embargo, no se definieron estrategias específicas de cómo hacerlo, solo generales. Autores como Becker (1964), Grossman (1972), Howitt (2005) y Chakravorty (2004), aportan a la literatura del capital humano desde visiones o perspectivas alternativas que ayudan a entender más claramente la extensión de los conceptos de crecimiento y desarrollo económico introduciendo visiones complementarias de desarrollo humano, desarrollo democrático y desarrollo equitativo, las mismas que a su vez, impulsan el crecimiento económico entendido en el concepto tradicional.

² Ver Stiglitz (1989) para una extensa discusión del rol del estado en la provisión de servicios públicos, sociales equitativos.

Los trabajos de Bloom, Canning y Sevilla (2001) demuestran que la salud se constituye en un factor intrínseco en el aporte al capital humano y a su vez al crecimiento dentro de modelos agregados de producción. Los autores demuestran que trabajadores con mejor salud son física y mentalmente más robustos, son más productivos y tienen mejores ingresos; tienen menos probabilidad de ausentarse del trabajo por enfermedad (sobre todo por enfermedades hereditarias) y conexas a tener mejores condiciones de trabajo, tomando en consideración que una gran parte del sector laboral en países menos desarrollados se encuentra en el sector de mano de obra donde la condición física es importante.

Los efectos de un agregado de la población y sus condiciones de salud en el crecimiento económico de cierto país son importantes. No solamente indicadores de salud en general, sino específicamente indicadores como mortalidad materno-infantil y esperanza de vida se han encontrado que tienen efectos altamente positivos y significativos en el crecimiento económico. Cabe mencionar sin embargo que, para no caer en el error de que estas variables sean simplemente proxies de factores no observados o no observables, y tomando en consideración que el capital humano se constituye en un componente multidimensional, se deben incluir todos sus componentes principales, a saber, experiencia, educación, entre otros.

Pero el aporte de la salud al capital humano es específico, no solamente aporta de manera directa a la productividad de un agente económico, sino también genera una variable de tiempo de duración de dicha productividad. En este contexto, los trabajos de autores como Grossman (1972) consideran a la salud como un stock, bien o capital durable que produce un output de tiempo de salud, o productividad eficiente. Se asume que los individuos son dotados o heredan un stock inicial de salud que se deprecia con el tiempo y puede ser incrementado con inversión. En este sentido, existe una desagregación entre lo que se denomina demanda de cuidados de salud y la demanda de buena salud, siendo la última la demanda que tienen los individuos por su bienestar individual, sin tomar en consideración el aporte que esta pueda tener en agregado al capital humano o modelos de crecimiento económico.

Esta teoría coincide con los trabajos de Howitt (2005) donde se toma en consideración no solo la productividad del trabajador por sus condiciones físicas, sino también la esperanza de vida de la persona y por ende, de la productividad, esto es, el

número de trabajadores que han alcanzado un nivel de preparación y productividad se incrementa en períodos determinados de tiempo, lo que también incrementa las tasas de ahorro.

Pero aun no se ha mencionado nada con respecto a la capacidad de aprendizaje, si bien hemos manifestado que el aporte de salud al capital humano va mano a mano del aporte de educación en relación al producto final, existe también una relación directa entre la inversión en salud y la educación de las personas. La salud determina las tasas de retorno de la inversión en educación, esto es, niños y niñas con buenos índices de nutrición y desarrollo inicial serán más vigorosos, alertas y obtendrán más (sacarán más provecho) de una dotación determinada de educación que niños y niñas en situaciones opuestas. Esto a su vez mejora los niveles de creatividad e innovación que puede tener un trabajador dentro de una empresa y será más eficiente en la producción de nuevas ideas.

Finalmente, estudios empíricos de Grossman, Howitt, Deaton, Sen, entre otros, demuestran que existe una relación significativamente negativa entre varios indicadores de salud pública e inequidad de ingresos. Cabe mencionar que este último análisis todavía conlleva algunos problemas de medición causal, sin embargo los estudios demuestran que variables que mejoran los principales indicadores de salud resultan en menor desigualdad dado que su impacto se da principalmente en sectores de bajos ingresos o en sectores donde las personas se verían más afectados por peores condiciones de salud.

Salud Materna-Infantil

Más de un billón de personas sufren de malnutrición en países en vías de desarrollo, donde también se tienen tasas de mortalidad materno-infantil entre 3 y 4 veces mayores con relación a países desarrollados (Banco Mundial, 1993).

La más reciente de las estimaciones interagenciales de Naciones Unidas (2008) sugiere que en 2005, 536,000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo y el alumbramiento. América Latina y el Caribe representa alrededor del 3 por ciento (15,000) del total mundial.

Chakravorty, Meltzer, Barret, Farmer y Hansen (2004), entre otros consideran la alternativa que países menos desarrollados tienen altos índices de pobreza en gran

medida debido a los altos índices de mortalidad materna e infantil. Los modelos presentados por estos autores sugieren que la probabilidad de sobrevivir entre un período determinado y el subsiguiente depende del capital de salud, el mismo que puede ser incrementado con gasto público. Sociedades con altos índices de mortalidad no crecen de manera sostenida en gran parte por el desincentivo de ahorro e inversión para rubros de educación donde los riesgos son difíciles de evadir. Cuando el aporte del capital humano al crecimiento económico es considerable, países que difieren únicamente en sus capitales de salud, no convergen a los mismos niveles de desarrollo y tienen velocidades muy diferentes de convergencia, siendo los países con menos capital de salud los que avanzan más lento.

El aporte de una buena salud a los niveles de resistencia de una persona es también considerable. Howitt (2005) demuestra que una mayor inversión en salud materna-infantil conlleva al desarrollo de niños y niñas con mejores capacidades de resistencia lo que tiene como resultado trabajadores que reaccionan mejor en situaciones de estrés y se adaptan mejor en situaciones de cambio e introducción de nuevas tecnologías.

Cabe resaltar que los trabajos antes mencionados, basan sus teorías en escuelas diversas: clásicas (Solow-Swan), modelos AK, modelos endógenos (Chakravorty) o basados en los estudios de Shumpeter (como los trabajos de Howitt), sin embargo los resultados generales son siempre positivos en la relación de crecimiento frente a inversión en salud. Las magnitudes, no obstante, si difieren, siendo más reducido el impacto de la inversión en salud en las tasas de crecimiento mientras más tradicional es el modelo. Autores como Dickens, Sawhill y Tebbs (2006) demuestran que tomar en consideración factores de incidencia como capacidades de resistencia, disciplina, adaptabilidad, entre otras que son incrementados a causa de inversión en desarrollo inicial (entre 0 y 5 años), tienen como resultados mayores tasas de crecimiento en términos de PIB per cápita (explicado en parte por las significativas diferencias en los ingresos per cápita de niños que recibieron inversión temprana y niños y niñas que no lo hicieron). Dickens, Sawhill y Tebbs realizan un análisis comparativo entre modelos con rendimientos constantes a escala (Solow-Swan), modelos que consideran la inversión en desarrollo inicial como factores que incrementan la productividad del trabajo (Modelos endógenos de Uzawa) y modelos que consideran que inversión en desarrollo inicial

tienen rendimientos crecientes a escala (modelo de Lucas). Como se mencionaba anteriormente los resultados son siempre positivos, pero aumentan a medida que se le da mayor importancia tanto a la endogeneidad de la inversión en desarrollo inicial, como a los efectos adicionales que estos conllevan (endogeneidad del factor mano de obra es un elemento que no se consideraba en modelos clásicos y neoclásicos como el de Sollow Swan).

Lo que se debe rescatar de estos trabajos es la demostración empírica de la rentabilidad de inversión en servicios de salud generales y en servicios de salud maternos infantiles específicamente. La rentabilidad entendida como el retorno en términos de PIB per cápita por un dólar adicional en servicios sociales sigue siendo menos clara y mucho más difícil de colateralizar el momento de tomar decisiones de política económica. Esto deja mucho campo abierto a las interpretaciones políticas de los respectivos gobiernos, lo que tiene como resultados estructuras ineficientes en el sector de salud pública que determinan la capacidad que tendrá un individuo de acceder a servicios de salud de calidad y de manera eficiente y efectiva. Estas estructuras determinarán dichas capacidades tanto desde el lado de la oferta como desde el lado de la demanda y debe ser aquí el análisis específico para determinar políticas de intervención que tengan como resultado mayores retornos de una inversión eficiente en sectores como salud.

A continuación se analizará evidencia empírica de los determinantes del acceso a servicios de salud para América Latina y específicamente, determinantes de acceso a servicios de salud maternos infantiles, lo que tiene como objetivo evidenciar posibles ineficiencias en el sector una vez que se ha revisado la importancia del mismo.

Evidencia empírica sobre los determinantes del acceso a servicios de salud

La exclusión social en el sector de salud se refiere a la falta de acceso de ciertos grupos o personas a un conjunto de bienes, servicios y oportunidades que mejoran o mantienen la condición de salud, que otros individuos o grupos de la misma sociedad disfrutan (OPS, 2008, pg. 37). La exclusión social se constituye en un fenómeno multi-causal y la investigación demuestra que sus raíces se encuentran tanto dentro como fuera del sistema de salud. El acceso, entendido como la capacidad del individuo de ponerse en contacto con los mecanismos dirigidos a satisfacer esas necesidades, está determinado

en gran medida por la cobertura, entendida como la capacidad del proveedor de entregar los bienes y servicios de salud adecuados a quienes lo necesitan.

De manera resumida, nos referimos entonces a dos tipos específicos de determinantes al acceso de servicios de salud: determinantes por demanda y determinantes por oferta, que de manera sistémica nos indican que:

Desde la demanda:

- El individuo que tiene la necesidad de atención o servicios de salud debe poseer los medios (por lo general los medios serán económicos) para acceder al proveedor de los bienes y servicios dirigidos a satisfacer esa necesidad.

Desde la oferta

- El proveedor debe tener la capacidad de proporcionar el servicio o bien requerido de manera oportuna (OPS, 2008).

Para poder entrar en detalle acerca de los determinantes del acceso a servicios de salud, la presente sección realizará un análisis donde inicialmente se explicarán los determinantes de acceso a servicios generales y servicios maternos infantiles desde el lado de la oferta y posteriormente se profundizará en los determinantes del acceso a servicios generales y servicios de salud maternos infantiles desde el lado de la demanda.

Determinantes de acceso a servicios generales desde el lado de la oferta

El análisis se lo realizará con énfasis en evidencia empírica existente para países menos desarrollados, principalmente de América Latina donde es importante mencionar que una serie de factores externos a la salud, los mismos que son de influencia en las estructuras sociales, son relevantes. Por ejemplo, las décadas de los ochentas y noventas introdujeron políticas de ajuste estructural³ que conjuntamente con la crisis

³ Las políticas de ajuste estructural (PAE) consisten en políticas de liberalización de mercados, privatización de empresas públicas, descentralización de servicios y presupuestos, recorte del gasto público, entre otras. Para mayor detalle sobre los PAE se recomienda leer los trabajos de Milanovic (2005) y Franco-Giraldo (2006).

internacional del petróleo, el cambio en las condiciones de intercambio y guerras civiles tuvieron un profundo impacto en el entorno social y económico de América latina y el Caribe.

Enfrentados a una gran presión por parte de las instituciones financieras internacionales, la mayoría de gobiernos de la región optaron por reducir el presupuesto del sector y de los programas sociales. En Ecuador, por ejemplo, al 2008, la ejecución de la inversión social con relación al PIB había crecido de manera significativa en seguimiento a décadas anteriores, sin embargo, aun era de 7.4%, en comparación al 15.8% de América Latina y el Caribe, el mismo que en sí, constituye un porcentaje muy bajo frente a otros países más avanzados (UNICEF, 2008, pg.4). Esto refleja que aun en la actualidad la inversión en dichos sectores no reflejan una priorización dentro del gasto fiscal dando a entender que en décadas anteriores era aun menor.

Autores como Franco-Giraldo, et al (2006), propusieron trabajos sobre el efecto de los programas de ajustes estructurales en los indicadores de salud en América Latina y el Caribe a partir de un modelo de regresión lineal multifactorial ajustado según el PIBpc y utilizando datos del Banco Mundial y la OMS para la región. El ajuste estructural (adelgazamiento del Estado) se evaluó mediante el cambio en el consumo de gobierno (la reducción del gasto público) en la década de 1980–1990. El cambio en los indicadores de salud se midió por la variación porcentual de la esperanza de vida y la mortalidad infantil. Se compararon estas variaciones en América Latina y el Caribe con las observadas en diferentes grupos de países de otras regiones del mundo durante el período de 1980–2000.

Se determinaron las asociaciones entre la reducción del gasto público y los indicadores de salud mediante la prueba de Pearson (prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica). Encontraron que los ajustes estructurales tuvieron efectos negativos sobre los indicadores sociales, específicamente sobre los relacionados con la situación de salud en la región. La disminución del gasto público en el sector social y en programas sociales en las décadas de los 80 y 90 se dio a la par con caídas en el ingreso per cápita, y aumentos en las tasas de desempleo, y a su vez, los esquemas de protección social en salud tanto desde los Ministerios de Salud, como desde los sistemas de Seguridad Social dejaron de cubrir a parte de la población, dejando a millones de personas sin servicios de salud (OIT,

2003). Esto se tradujo en un alto gasto de bolsillo en salud, que al 2003 representó aproximadamente un 50% del gasto total de salud en varios países de América Latina, Ecuador siendo uno de ellos (OPS, 2008, pg. 14), lo que significa que la capacidad de pago se convierte en el factor más importante en determinar si un individuo demandará o no los cuidados de salud que requiere.

Los estudios de Franco-Giraldo nos dan pautas sobre la importancia de la priorización del gasto dirigido a los servicios de atención en salud, sin embargo estos hacen referencia a indicadores a nivel macro para la región. La priorización del gasto en servicios sociales debe tener especificaciones a nivel micro que tomen en consideración las características específicas de estos países, lo que lograría incrementar la eficiencia de dicho gasto.

Lo que se encuentra en el determinante más allá de la capacidad de gasto, es la capacidad de gasto para qué tipo de servicio. Si existen servicios disponibles, y existe la accesibilidad a los servicios por capacidad de gasto, las condiciones de calidad, oportunidad, dignidad, adaptabilidad o condiciones culturales también condicionarán que el individuo demande los cuidados que requiere.

De acuerdo a Carrin y James (2004), en un estudio descriptivo realizado en Ginebra para Naciones Unidas, el problema de oferta se debe tanto a la cobertura de los servicios de salud (servicios de salud adecuados), cobertura de población (servicios de salud para todos) y a la protección financiera (independiente de la capacidad de pago), esto sería, problemas tanto en la conformación de los programas de protección social, en la focalización de los programas de seguridad social y en su financiamiento. La visión de Carrin y James va dirigida a alcanzar una cobertura universal en los servicios de salud vía los servicios de seguridad social, sin embargo cuando esto no es viable, los programas de protección social, su financiamiento y enfoque serán de mayor relevancia.

Estos estudios son necesarios para determinar la influencia de los programas sociales en países donde la universalización de los servicios es aun inalcanzable, sin embargo el análisis que realizan los autores en 8 países es de carácter descriptivo, carece de una metodología de análisis robusta y no entra en detalle de las características específicas que determinarían que tipo de estructura deben mantener los programas en cada país cuando no es posible la universalización de los servicios.

Según la OPS (2008), los programas de protección social juegan un rol fundamental en mejorar el acceso a los cuidados de salud. Aun cuando no son suficientes (y cabe resaltar, no deberían ser necesarios), en la práctica siguen siendo uno de los elementos de mayor relevancia al momento de definir el acceso y la calidad a servicios de salud. Los países industrializados disminuyeron a la mitad sus tasas de mortalidad materna a principios del siglo XX, ofertando servicios profesionales de matronas (con reconocimientos de los Ministerios de Salud) al momento del parto. Se redujeron aún más a través de esquemas de protección social de alta calidad.

Ejemplos de programas de protección social en Latinoamérica son, OPORTUNIDADES (antes conocido como PROGRESA) en México, Bolsa Familia en Brasil, el Bono de Desarrollo Humano en Ecuador, Familias en Acción en Colombia, Chile Solidario en Chile, Asignación Familiar en Honduras, Atención a Crisis en Nicaragua, entre otros. Medir los impactos que han tenido estos programas en el ámbito social donde son aplicados es importante para especificar la incidencia de los mismos, dado que es el Estado quien bajo una perspectiva de desarrollo humano o para contrarrestar la pobreza y mejorar la calidad de vida, implementa dichos programas de manera complementaria a la inversión en los sectores sociales como son educación y salud específicamente.

En México, el programa OPORTUNIDADES se basa en una transferencia monetaria realizada bajo la condición de que los niños entre 0 y 5 años sean inmunizados y acudan cada dos meses a centros de salud y nutrición, las madres en estado de gestación y lactantes deben acudir regularmente a los centros de salud para recibir el cuidado prenatal y postnatal respectivamente. Todos los miembros del hogar deben acudir al menos una vez al año a los centros de salud para un examen médico y los adultos deben participar en reuniones regulares de información y discusión sobre temas y prácticas de salud, higiene y nutrición. Paul Gertler (2000) realizó un análisis de impacto en México de dicho programa, a través de un diseño aleatorizado y controlado y usando un sistema de doble diferencia con datos de panel, con la intención de comparar el cambio en los hogares pobres, antes y después del programa en las localidades de tratamiento, con los cambios dados en las localidades de control. El éxito de la aleatoriedad en los grupos de tratamiento y control es medido a través de estadísticas descriptivas de los niños de 0 a 5 años de edad para los dos grupos. No se

encuentran diferencias significativas entre los dos grupos en las tasas de mortalidad, en el número de consultas para vigilar su alimentación, en la actividad laboral de sus padres y en los salarios percibidos. Sin embargo, se presentan pequeñas diferencias en las condiciones demográficas de la familia. No se encontró impacto significativo en la cantidad de visitas a todos los centros de salud en el último mes tanto, para los niños/as de 0 a 2 años de edad, como para los niños/as de 3 a 5 años de edad. Con respecto al número total de consultas para la vigilancia del estado nutricional los resultados muestran un incremento significativo en el número de consultas para vigilar el estado nutricional en un rango de 30 a 60 por ciento para los niños de 0 a 2 años de edad y, entre 25 y 45 por ciento para niños de 3 a 5 años de edad. Cabe resaltar sin embargo que si bien la herramienta utilizada para medir el impacto en el caso de PROGRESA fue eficiente, los resultados no necesariamente son los más esperados dado que no se presentan mejorías significativas en indicadores de salud maternos-infantiles. Al mismo tiempo, las transferencias monetarias no constituyen tampoco en una herramienta que garantice la sostenibilidad en el tiempo. De cambios de hábito en las personas.

Un caso similar se da en Ecuador con el Bono de Desarrollo Humano, el mismo que se constituye en una transferencia monetaria dirigida a aliviar la pobreza, mejorar el estado de salud de las familias, mejorar el acceso de los niños, niñas y familias a los servicios de salud, incrementar la tasa de matrícula escolar y la asistencia escolar de los niños y niñas entre los 5 y 16 años de edad, mediante la corresponsabilidad en educación. En el 2008, Paxson y Schady realizaron la evaluación de impacto del programa utilizando un método de evaluación experimental, aprovechando el cambio en el 2003 de Bono Solidario a BDH, lo que implicó un incremento en el monto asignado. El BDH se implementó lentamente en todo el país y permitió que se asignen aleatoriamente a las parroquias en el grupo de tratamiento y en el de control dentro de seis provincias seleccionadas. Los resultados de este estudio están basados en una muestra de 1.479 niños/as de 3 a 7 años de edad pertenecientes a 1.124 familias.

Entre los resultados principales cabe mencionar que no se encontró impacto significativo del programa en el crecimiento de los niños con edad entre 3 y 7 años en los últimos 6 meses. Por otro lado, se tuvo efectos positivos sobre el desarrollo físico, cognitivo y socio-emocional de los niños. Los efectos del tratamiento fueron sustancialmente mayores para los niños más pobres en comparación con los menos

pobres, demostrando la importancia de estos programas en los quintiles de mayor pobreza. No obstante, los análisis de impacto tanto de PROGRESA en México, como el BDH en Ecuador sugieren que estos programas aunque progresivos en cuanto a la distribución, tienen impactos muy reducidos en salud y tienen un efecto en ingresos al corto plazo que no garantiza la sostenibilidad.

La importancia de la complementariedad de los programas de protección social al gasto en salud en países en vías de desarrollo es indudable, sobre todo por su progresividad en el gasto, no obstante, no se debe quitar importancia al gasto en salud específicamente. Los programas y estrategias de intervención del sector salud son necesarios en América Latina, donde el mercado es imperfecto y la universalización de los servicios es aún una realidad lejana. En Estados Unidos, un análisis descriptivo realizado por el Comité para las Consecuencias de la Falta de Seguro Médico del Instituto de Medicina Nacional encontró que los niños sin seguro médico tienen una probabilidad tres veces mayor de no recibir cuidados regulares de salud que los niños con cobertura (Institute of Medicine, 2001, pg. 22), mientras que en América Latina, aquellos países que poseen sistemas débiles de protección social en salud generalmente exhiben un gasto de bolsillo mayor en los quintiles más pobres, inclusive con programas de protección social complementarios. A continuación se analizarán los determinantes desde el lado de la oferta del acceso a servicios de salud materna e infantil.

Determinantes de acceso a servicios de salud materna infantil desde el lado de la oferta.

Existe una urgente necesidad de reconocer las principales estrategias que coadyuven a mejores sistemas de salud dirigidos a la población materna e infantil. Como se ha mencionado ya repetidamente, las estructuras sociales, políticas y económicas de América Latina dan ciertos lineamientos de cómo se deben desempeñar los programas de intervención. La OPS (2008), la CEPAL (2005), la OMS (2005) entre otros, identificaron comúnmente 4 puntos estratégicos que determinan la oferta de los servicios de salud, a saber, la inequidad social, las condiciones básicas de vida, la calidad y cobertura y finalmente el contexto específico del país.

La inequidad en el acceso y en la utilización de servicios maternos infantiles es creciente entre quintiles de pobreza en Latinoamérica, lo que se ve reflejado en el lento

progreso de la reducción en las tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil, que a su vez tiene como consecuencia estancamientos en algunos países de la región donde no se han mostrado mejorías en los últimos diez años (OPS, 2008, pg.32).

La priorización de las condiciones básicas de vida es uno de los principales determinantes del acceso a los servicios de salud. La reducción de la mortalidad infantil en los últimos 50 años en países industrializados ha sido un factor directamente asociado con la mejoría de la situación socio-económica y de las condiciones de vida de los países. Durante la década de los 70, el desarrollo socioeconómico y el progreso en las condiciones básicas de vida, es decir, acceso a agua potable, saneamiento y nutrición, comenzaron a ser considerados como los factores clave para incidir en la mejoría de la salud infantil. A su vez, las mejores condiciones de vida causadas por esta priorización temprana en las condiciones socioeconómicas conllevaron a mejorías en el acceso a servicios de salud maternos infantiles, dados por mejores condiciones de salud y educación de las madres. Así mismo, la educación de las mujeres con relación a los hombres, la edad al momento del primer matrimonio y la autonomía reproductiva son factores determinantes y fuertes predictores de mortalidad materna. Los elevados años de escolaridad de las madres a su vez se manifiestan en mayor probabilidad de visitas prenatales, mejor disciplina durante el embarazo y disciplina post-parto (como por ejemplo lactancia materna).

Holmes (2002), en un estudio de carácter comparativo realizado en Pakistán, separando niñas y niños (por la marcada diferencia de inversión en capital humano por género en ese país) plantea que la calidad de las instalaciones de salud a nivel comunitario tiende a sustituir la riqueza del hogar y la educación de la madre en la producción de salud infantil, mientras que la infraestructura de salud pública (como agua potable y saneamiento), tiende a complementar la educación de la madre en la producción de salud infantil. Este, sin embargo es un análisis que carece de una metodología más robusta, a diferencia de los análisis para el sector educación que la misma autora realiza en Pakistán.

La calidad y el acceso oportuno a servicios de salud juegan un rol crucial en el acceso a servicios maternos infantiles y en las tasas de mortalidad materno-infantiles y neonatales. El principal factor determinante de la mortalidad materna y neonatal es el retraso en acceder a cuidados adecuados de salud por personal entrenado durante el

parto y post-parto (OMS, 2005, pg.35). La calidad y la infraestructura oportuna se ven amenazadas por la segmentación y fragmentación⁴ de los servicios de salud, característica prevalente en la región; por la distribución geográfica de la red de entrega de servicios, y, por la falta de asignación de recursos y mala organización de las intervenciones en salud.

El contexto en el que se desenvuelve la región o el país es determinante. El contexto político, social y económico, incluyendo factores tales como fortaleza institucional, gobernabilidad, factores de género y etnicidad, condicionan la composición de los programas de protección y por ende su accesibilidad. Más adelante en el análisis de determinantes por el lado de la demanda se analizará más a fondo el caso de género y etnicidad.

Habíamos mencionado anteriormente que si existen servicios disponibles, y existe la accesibilidad a los servicios por capacidad de gasto, las condiciones de calidad, oportunidad, dignidad, adaptabilidad o condiciones culturales también condicionarán que el individuo demande los cuidados que requiere. El problema de oferta se debe fundamentalmente a la cobertura de los servicios de salud (servicios de salud adecuados). También se había mencionado que los programas de protección social juegan un rol fundamental en mejorar el acceso a los cuidados de salud, los mismos que sin ser suficientes, en la práctica siguen siendo uno de los elementos de mayor relevancia al momento de definir el acceso y la calidad a servicios de salud.

Un ejemplo claro de lo resaltado se da en Perú, donde la ampliación y priorización presupuestaria de los programa de incidencia en salud materna infantil a nivel nacional tuvo resultados positivos. Entre 1997 y 1998 el Ministerio de Salud estableció dos programas de extensión de cobertura en salud orientados a eliminar la barrera económica de acceso a estos servicios: el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI). Estos seguros han sido el cambio de política más importante en cuanto al modo de financiamiento de la atención pública en salud. El

⁴ Se entiende como segmentación a la coexistencia de varios subsistemas de salud con diferentes fuentes de financiamiento, tipos de afiliación y metodologías de aplicación, especializados en diferentes segmentos de la población, y que son determinados por el nivel de ingresos y la posición social del individuo. Fragmentación es la existencia de varios agentes o entidades no integradas, al interior del sistema o en los subsistemas, que operan sin sinergia alguna y con frecuencia compiten entre sí. Para más detalles sobre los trabajos referentes a segmentación y fragmentación, referirse a OPS, 2008.

SEG está dirigido a brindar atención integral en salud a los niños entre 3 y 17 años matriculados en las escuelas públicas. El SMI, a su vez, ha sido diseñado para atender a las mujeres durante el embarazo y el puerperio, y a los niños menores de 4 años.

No obstante, los estudios que realizan Jaramillo y Parodi (2004) en Perú, demuestran que no existe evidencia de progresividad en la afiliación a ninguno de estos seguros, estiman errores de focalización, y encuentran importantes niveles de filtración, similares para ambos programas, además de serios problemas de sub-cobertura en el SMI. Los autores utilizan la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para el año 2000, a partir de las cuales efectúan una evaluación de impacto con las siguientes características: Estiman un modelo de la forma, $M_i = \beta X_i + \alpha Y_i + V_i$, donde M representa una variable dicotómica y toma los valores 0 si la madre no accede al servicio de salud y 1 si es que si lo hace. Esta variable está determinada por una serie de variables explicativas X y la variable de interés está dada por Y , la cual explica si la madre utilizó o no el SMI o SEG. Debido a la endogeneidad de esta última, se utilizan variables instrumentales, donde el instrumento más eficiente fue el aseguramiento promedio del distrito (sin tomar en cuenta a la observación). El instrumento toma la forma $Y_i = \lambda X_i + \delta Z_i + U_i$, donde X representan las mismas variables explicativas que en el modelo original y Z es el instrumento. Como se mencionaba anteriormente, los resultados indican que la problemática principal se da por la alta sub-cobertura (priorización financiera) de los programas y una mala estrategia de focalización de grupos beneficiarios. Demuestran que el impacto sobre la equidad, es negativo. En el caso del SEG, este no ha tenido impacto sobre el quintil inferior, mientras que su efecto sobre los quintiles 2 a 4 es positivo y creciente. El SMI, por su parte, solo tiene impacto significativo sobre el quintil superior lo que demuestra la falta de eficacia en su implementación, con serias repercusiones sobre las condiciones de salud del país. Un problema con el análisis es que la pregunta sobre el aseguramiento al programa solo se hace a las madres que tuvieron parto institucional, y excluye, por tanto, a aquellas que dieron a luz en su domicilio, en casa de una partera o en otro local que no pertenezca a la red de establecimientos públicos o privados. Al no tener datos de la variable de interés en el análisis para una parte sustantiva de la muestra, se tendría que excluir un grupo considerable de observaciones, que no constituyen un grupo aleatorio, sino que se

diferencia precisamente por su demanda de cuidados de salud. La información estaría, entonces, sesgada y tendería a sobreestimar los efectos del SMI, pues es razonable presumir que las madres que no han tenido parto institucional son también las que menos controles prenatales han recibido, estando o no aseguradas al SMI.

El fortalecimiento del SMI y el SEG para la conformación del Seguro Integral de Salud (SIS), fue una estrategia fuerte y específica del Ministerio de Salud que tuvo como fin reducir las altas tasas de mortalidad a través de la eliminación de las barreras económicas, culturales y de información que impiden a los hogares más pobres acceder a servicios de salud, dados en gran parte por los bajos rendimientos y resultados del SMI y SEG. Este prioriza los quintiles más pobres subsidiando al quintil 1 y 2 y semi-subsidiando al quintil 3, pero sobre todo adecuando su atención en orden de las necesidades nacionales y regionales, de acuerdo a criterios de costo-efectividad, y enfoques de interculturalidad. Es importante recalcar que entre el 2007 y el 2008 se incrementó el presupuesto del SIS en aproximadamente el 50% lo que marca de manera muy clara una priorización nacional que ha tenido resultados inmediatos. De acuerdo a diversos estudios, el SIS ha aumentado la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud con énfasis en las poblaciones indígenas, ha aumentado el acceso a servicios de salud para la población materna-infantil, el porcentaje de mujeres embarazadas que habitan en el área de implementación del esquema y que tienen 4 o más controles prenatales aumentó de 32% en el año 2000 a más del 54% en el 2006. El porcentaje de nacimientos atendidos por personal entrenado también se incrementó casi al doble, de 27% a 51% en el mismo período (OPS, 2008, pg.132). Los estudios de impacto realizados para el SIS son similares a los de Jaramillo y Parodi para el SEG y SMI, los resultados demuestran claramente los efectos de una mayor priorización presupuestaria y un mejor enfoque desde la oferta, no obstante, se tiene el mismo problema en las encuestas que con los dos programas anteriores, principalmente, hay un sector que queda fuera del análisis por el cual las estimaciones son sesgadas y se sobrestima el impacto real del SIS. Cabe resaltar sin embargo que, aunque aún persisten problemas de eficiencia y eficacia, principalmente relacionados a la cobertura de los quintiles más bajos de pobreza, zonas dispersas y emergencias, el esquema es el más equitativo de los programas existentes en el país, y la política de priorización del

Gobierno peruano en el SIS, tanto en costos como en cobertura, tuvo impactos importantes. (Vera de la Torre, 2003, pg. 131).

La pobreza y la discriminación (sobre todo en países con altos porcentajes de población indígena) en América Latina siguen siendo barreras en la implementación de programas de salud pública que mejoren el acceso a servicios de salud maternos infantiles. En Bolivia por ejemplo se creó en el 2003 el Seguro Universal Materno-Infantil, reemplazando al Seguro Básico de Salud (SBS) de 1998 y a su vez al Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) de 1996. Igual que en el caso de Perú, se priorizó presupuestariamente al SUMI con referencia a los otros sistemas y se expandió la cobertura con énfasis en madres y niños menores de 5 años. Tras una investigación realizada por la Unidad de Análisis de Política Económica de Bolivia, UDAPE y UNICEF en 2006, utilizando la encuesta Mejoramiento de Condiciones de Vida, MECOVI y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA, se encontró que entre 1994 y 2003, el porcentaje de madres que utilizaron los servicios de salud aumentó de 3.6% a 53.4%. A nivel nacional, la atención calificada del parto aumentó significativamente de 27% a 55,3% y así mismo aumento la utilización de servicios para atención de neumonías en niños menores de 5 años, por lo que se puede considerar exitoso al SUMI en reducir las barreras económicas de acceso a los servicios de salud. Si bien estos son indicadores positivos, el estudio realizado en Bolivia es de carácter descriptivo y no se puede atribuir el impacto causal de dichos resultados únicamente al SUMI.

Diversos determinantes sociales siguen siendo obstáculos en Bolivia siendo los más importantes la pobreza, la discriminación relacionada con el origen étnico y la posición desventajosa de las mujeres. En los últimos dos años la tasa de cobertura ha disminuido y la brecha de equidad entre zonas rurales y urbanas, entre indígenas y no indígenas, ricos y pobres, permanece alta. De acuerdo a datos descriptivos del Ministerio de Salud de Bolivia, en el 2003, la cobertura de partos institucionales fue de 55% en los distritos municipales más ricos y únicamente de 41% en los más pobres. Así mismo, únicamente el 20% del quintil más pobre tenía acceso a atención del parto por personal entrenado comparado con 89% del quintil más rico. Un estudio del Banco Mundial realizado en 2003 en Bolivia estimó que, controlando por ingresos y otras características, la probabilidad de tener atención institucional del parto es 29% más alta

si la familia vive en áreas urbanas y es 17% menor si el jefe del hogar es de origen indígena (Banco Mundial, 2003, pg.58). Este estudio utilizó la encuesta MECOVI y consistió en un análisis de evaluación de un programa de intervención del Banco Mundial en ese país. En este se utilizó un modelo Probit para estimar la probabilidad de atención en parto, controlando por otros factores, sin embargo no consiste en un análisis de impacto del SUMI por lo que es incorrecto sacar conclusiones específicas de la intervención de este programa como causante de los resultados finales.

Aunque existen aun dificultades metodológicas en la medición de impactos, los casos analizados de Bolivia y Perú nos indican que reducir las brechas económicas, a través de programas nacionales de intervención que determinan el acceso a servicios de Salud Materna-Infantil, tiene consecuencias a favor de los grupos beneficiarios (madres y niños entre 0 y 5 años), considerando principalmente que el sector salud en la región sigue siendo un mercado imperfecto, en donde no se puede implementar la universalización de servicios de calidad de manera apropiada. No obstante, se encuentra que estos programas deben también incidir mayormente en resolver dificultades de acceso causadas por dispersiones geográficas, idioma, modalidad de implementación, creencias culturales, entre otras. Esto se analizará más detalladamente en el caso de la demanda.

Determinantes de acceso a servicios generales de salud y servicios maternos infantiles desde el lado de la demanda.

Un estudio realizado por 3 universidades brasileñas, liderado por Mendoza y Béria (2001) sobre los factores relacionados a la utilización de los servicios de salud encontró que dicha utilización está determinada por factores específicos. El estudio consistió en una revisión sistemática que fue realizada para el período 1970 y 1999 y en la cual se priorizaron análisis con diseño transversal, longitudinal, caso-control, de base poblacional o de servicios de salud, realizados mediante muestreo aleatorio para individuos de todas las edades que asistieran a consultas o internaciones medidas como variable discreta o dicotómica, ocurridas en el período máximo de un año. Para cada artículo, fueron extraídos: el año del estudio, el año de publicación, el número de observaciones, el tipo de diseño utilizado, el método estadístico utilizado en el análisis, las variables dependiente e independientes estudiadas, las variables utilizadas para

ajuste, la prevalencia de consultas, la proporción de la población que consultó y los efectos de los factores estudiados. Finalmente, se construyeron tablas de sistematización con los campos antes señalados, lo que permitió posteriormente un análisis comparativo entre los diversos estudios. A partir de las variables identificadas, se definieron categorías analíticas en donde fueron agrupadas las diferentes variables. Las categorías definidas fueron: socioeconómica, demográfica, familiares, soporte social, necesidad en salud y características de los servicios de salud.

Se encontró que la media de consultas, la proporción de personas que consultan y la proporción que concentra el mayor número de consultas fueron similares. Entre los factores demográficos, niños, mujeres en edad fértil y ancianos utilizan más los servicios. Entre los socioeconómicos, la clase social baja y el grupo con menos educación se asociaron con la utilización. El mayor uso está mediado por una mayor necesidad en salud, pero, según el tipo de sistema, estos grupos menos favorecidos pueden recibir una insuficiente atención. Entre los factores relacionados a los servicios de salud, encuentran que tener un médico definido determina una utilización más adecuada. Esto puede servir para atenuar las diferencias en la atención médica entre los diferentes grupos sociales.

Si bien el análisis realizado por Béria y Mendoza cubre todos los sectores de demanda, se deja a un lado los artículos que se ocupen de la utilización de servicios por enfermedades específicas. Aunque el análisis está fundamentado en una metodología comparativa, existen en Brasil varios cambios estructurales en los años escogidos que pueden ser determinantes en los factores que influyen en el acceso a servicios de salud y que a su vez pueden sesgar los resultados haciendo ineficiente un programa de intervención.

Los grupos de mayor demanda de servicios de salud según el estudio de Mendoza y Béria para Brasil, coinciden con lo propuesto por Torres y Knaul (2003) para el caso mexicano. Aquí, los autores proponen un modelo para analizar los determinantes del gasto en bolsillo en servicios de salud en México basado en el trabajo desarrollado por la OMS para medir la justicia en el financiamiento de la salud evaluando el grado de progresividad del gasto en salud y calculando el porcentaje de hogares que cada año incurren en gastos catastróficos. Para medir la justicia en el financiamiento de la salud y gastos catastróficos según la capacidad de pago de las

familias, se evalúa la justicia en la contribución financiera a partir de la contribución al financiamiento por parte de los hogares (HFC, por sus siglas en inglés) mediante la siguiente fórmula:

$$HFC_h = \frac{HS_h}{(Exp + aTax - Food)_h}$$

donde HS_h es la suma de los gastos de salud prepagados y de bolsillo por hogar. Este término incluye todas las contribuciones financieras al sistema de salud atribuibles a los hogares a través de impuestos, seguridad social, seguros privados y pagos directos de bolsillo. Éstos incluyen erogaciones financieras que los hogares no necesariamente están conscientes de realizar, como por ejemplo, participación de las ventas o el impuesto al valor agregado que los gobiernos destinan a la salud. El denominador es una medida del ingreso efectivo de los hogares menos el gasto existente. Las variables que se utilizan son el gasto total del hogar (Exp_h) que es la cantidad destinada a adquirir bienes y servicios, y el gasto total en alimentos ($Food_h$), excluyendo de la sumatoria los artículos considerados de lujo, las bebidas alcohólicas, el tabaco y el gasto en restaurantes. El denominador excluye el pago de impuestos, con excepción del impuesto general y los pagos de seguro social ($aTax_h$) que realiza el hogar. Mediante la utilización de esta fórmula se ha utilizado una definición subjetiva de empobrecimiento por gastos en salud, que se refiere a los hogares que destinan más de 50% de su ingreso efectivo en financiar su salud, se entiende que ha sufrido un gasto catastrófico. Para un país en desarrollo como México se ha definido, sin embargo, que 30% es el porcentaje del ingreso efectivo a partir del cual un gasto en salud se considera catastrófico. Finalmente, utilizando la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos del Hogar, ENIGH, a través de un modelo censurado Tobit se identifican las variables que explican el que las familias gasten una mayor proporción de su gasto disponible en salud. En segundo lugar, se desarrolla un modelo Probit, cuyos estimadores explican la probabilidad de que un hogar tenga un gasto en salud mayor a 30% de su gasto disponible, es decir, que tenga un gasto en salud catastrófico.

Los resultados indican que el gasto total en salud en México representa 5.8% del PIB, y aproximadamente 58% del gasto total en salud proviene del propio bolsillo de las familias. Aun cuando los hogares más ricos son quienes tienen un mayor gasto nominal, se observa que son los más pobres quienes gastan en salud una proporción mayor de su gasto disponible. Estos resultados indican que existe un fuerte limitante en el acceso a servicios de salud generado por brechas financieras y sociales, sin embargo el estudio realizado en México, si bien nos indica dichos determinantes, no explicita los mecanismos para contrarrestarlos a través de un programa de intervención, por ejemplo, el análisis no considera grupos como mayores de edad, costos adicionales al gasto de bolsillo como traslado a los centros de salud y tampoco entra en detalle de los programas existentes en el país para concluir con estrategias de implementación, como es el caso de OPORTUNIDADES, mencionado anteriormente.

En el caso de Perú, se había encontrado que el SMI y el SEG fueron fortalecidos al no presentar resultados progresivos ni eficientes en el acceso a servicios de educación y salud, sin embargo si tuvieron un efecto positivo: Jaramillo y Parodi (2004) estiman un modelo de demanda de cuidados de salud que intenta aislar el efecto de dichos seguros tomando en cuenta las características del individuo, del hogar y la localidad. Los resultados indican que ambos seguros han tenido un impacto positivo sobre la probabilidad promedio de acceso a servicios de salud al realizar dichas diferenciaciones por características específicas lo que tuvo como resultado un incremento en la demanda por servicios maternos y servicios infantiles en general de aproximadamente 10% (entre 2000 y 2004). Estos resultados se dieron claramente al identificar los aspectos específicos de los individuos en el ámbito cultural y socio-demográfico en Perú, no obstante no se ha logrado incrementar la oferta de los servicios a la par con la demanda y se dan quejas por reembolsos atrasados (o inadecuados) a los proveedores de los servicios (USAID, 2005, pg.131). Estos son resultados que surgen de análisis cualitativos que debieron haber complementado la evaluación de impacto de los autores.

El caso específico del Perú resalta la importancia de reconocer que diferentes grupos sociales tienen comportamientos diferenciados, y por ende, una política de intervención en salud debe reconocer estas diferencias en la demanda tanto a nivel regional, como específico dentro de cada país. Un ejemplo destacado es el caso del género, el cual juega un rol fundamental en las diferencias de gasto de bolsillo en salud.

En la región, las encuestas de hogares que incluyen información sobre gastos individuales, muestran que el gasto de bolsillo en salud de las mujeres es sistemáticamente más alto que el de los hombres, este es el caso para Brasil, República Dominicana, Ecuador, Paraguay, Chile y Perú (CEPAL, 2005).

En Chile los pocos estudios existentes muestran que, en general, las mujeres a todas las edades, especialmente las más pobres, consultan más que los hombres y tienen mayor percepción de enfermedad. Un estudio importante realizado por Vega, et al, de 2003 que consistió en un análisis de prevalencias seriadas basada en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN, realizada por el Ministerio de Planificación y Cooperación y que comparó datos recogidos en 1994 y 1998 tuvo resultados significativos. Utilizaron como variables independientes "sexo", "edad", "sistema previsional" y "posición socioeconómica" (quintil de ingresos). Las variables dependientes fueron: "percepción de enfermedad"; y "utilización de servicios de salud" (prestaciones) como medida de acceso a los servicios. Las encuestas CASEN 1994 y 1998 no preguntan por la "percepción del estado de salud" y se optó por la utilización de un "proxi" de esta variable con la pregunta: ¿Sufrió alguna enfermedad o accidente en los últimos tres meses?. Estas variables permiten analizar el nivel de equidad de acceso a la utilización de servicios. El procesamiento estadístico inicial fue un análisis descriptivo univariado y multivariado simple a través de medidas de frecuencia y medidas de tendencia central para las variables continua.

Los resultados encuentran que las mujeres utilizan los servicios de salud en promedio 1,5 veces más que los hombres siendo que sus salarios son 30% más bajos en todos los quintiles y además, en los quintiles más ricos, las mujeres tienden a gastar más en premiums de seguros privados. Cabe resaltar además que factores externos, como el hecho de que Chile ha experimentado profundos cambios en las décadas recientes, con un crecimiento mantenido del PIB (5% anual entre 1991 y 2006), y un incremento del porcentaje destinado al gasto social de 86,4% entre 1989 y 1998 no han incidido de manera positiva, o no han causado mejorías de la misma magnitud para mujeres y hombres.

El acceso al sistema de salud en Chile y la utilización de los servicios ofrecidos depende del sistema previsional al cual la persona está adscrita, pudiendo ser beneficiario del sistema público, FONASA (Fondo Nacional de Salud), o del sistema

privado, ISAPRE (Institución de Salud Previsional), de acuerdo a su capacidad de ingreso. En el segundo caso, los cotizantes pueden comprar planes de salud con mejores coberturas, pero con mayores costos que debe cubrir el afiliado. Las ISAPRE, además, cobran primas diferenciadas según riesgo, las cuales son más elevadas para las mujeres y los adultos mayores. Tanto en la utilización de servicios de salud como en el financiamiento de la atención en salud en Chile, hay una importante inequidad de género lo que hace ineficaz la oferta de servicios (Vega, Bedregal, Jadue, Delgado, 2003, pg.8). Dado que las necesidades de atención en las mujeres son mayores y por ende la demanda de atención, se debería considerar, en una perspectiva de género estas diferencias desde la oferta.

En el caso chileno también es importante resaltar que no se realiza un análisis de los programas destinados a mejorar las condiciones maternas infantiles, ni tampoco se tiene una evidencia empírica de los resultados del FONASA o ISAPRE, sino únicamente un análisis general de los determinantes del acceso a los servicios de salud, con énfasis en la variable “sexo”, que si bien nos indican cuales son los puntos de enfoque que se debería tener el momento de implementar políticas públicas, esto no necesariamente significa cómo se deben implementar.

Así mismo vimos que en el caso Boliviano el SUMI había logrado reducir las brechas económicas en el acceso a servicios de salud maternos infantiles, sin embargo, se mantuvieron las brechas marcadas de inequidad entre zonas rurales y urbanas, indígenas y no indígenas, ricos y pobres (donde cabe resaltar hay una mayor prevalencia de pobres indígenas que pobres no indígenas). Esto nos lleva al siguiente determinante de acceso desde el lado de la demanda, la cultura y etnicidad.

Considerado como un determinante externo al sistema de salud, el principal problema surge de la ruptura entre la medicina occidental y la medicina tradicional o ancestral que tiene como consecuencia servicios de salud provistos en un idioma o modalidad que a su vez causan que el usuario con mayor necesidad de asistencia de dichos programas, de los quintiles más pobres, donde hay mayor prevalencia de población indígena dispersa, no acceda a los servicios de salud por no entender la modalidad o no estar de acuerdo con ella (OPS, 2008, pg.40).

El caso ecuatoriano es un ejemplo empírico de lo antes expuesto, siendo un país donde conviven 21 pueblos y 14 nacionalidades indígenas reconocidas. Vos, et al

(2006) realizó un estudio en Ecuador, que analizó los determinantes del acceso a servicios maternos infantiles y analizó el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud para Ecuador. Para ello, utilizando la encuesta ENDEMAIN de 1999, modelan los determinantes de acceso a cuidados de salud y elección entre proveedores públicos y privados, controlando por factores de oferta, a partir de un modelo logit multinomial (que incluye una función de utilidad condicional de elegir el tipo de proveedor de salud). Los autores encuentran que las madres indígenas tienen una más baja probabilidad de hacer uso de asistencia médica profesional durante el parto una vez el resto de determinantes son controlados. Encuentran que ser una madre indígena incrementa las probabilidades de un parto no atendido profesionalmente en un 27%. No ser una madre indígena, en cambio, incrementa la probabilidad de demandar servicios tanto públicos como privados de atención al parto, de forma muy similar para ambas provisiones (alrededor del 13%-14%).

El estudio realizado por los autores utiliza herramientas econométricas innovadoras, que controlan por errores de endogeneidad en el grupo de variables independientes y que tiene resultados no sesgados y significativos, sin embargo, el análisis es realizado para el sector salud en general y no analiza el programa de intervención que el Estado utiliza como herramienta principal para erradicar la mortalidad materna e infantil y mejorar las condiciones de oferta en salud (que a su vez inciden en la demanda de los servicios). Adicionalmente, el análisis es realizado con una base de datos de 1999 por lo que es pertinente mantener que se han dado varios cambios estructurales desde esa fecha, lo que implicaría, en seguimiento a los estudios de Franco-Giraldo arriba mencionados, que existen cambios significativos en los resultados de los programas sociales de atención en salud en el país que no han sido hasta la fecha estudiados.

Conclusiones

Reconocer el papel de las cualidades humanas en la promoción y el sostenimiento del crecimiento económico es importante. Se debe dar énfasis a la expansión de la libertad humana para vivir el tipo de vida que la gente juzga valedera, el papel del crecimiento económico en la expansión de esas oportunidades debe ser integrado a una comprensión

más profunda del proceso de desarrollo, como la expansión de la capacidad humana para llevar una vida más libre y más digna.

Esta distinción tiene importantes consecuencias prácticas para la política pública. Aunque la prosperidad económica contribuye a que la gente lleve una vida más libre y realizada, también lo hacen una mayor educación, unos mejores servicios de salud y de atención médica y otros factores que influyen causalmente en las libertades efectivas de las que realmente gozan las personas. Estos desarrollos sociales deben ser considerados directamente como avances en el desarrollo puesto que contribuyen a tener una vida más larga, más libre y más provechosa, además del papel que juegan en el aumento de la productividad, el crecimiento económico o los ingresos individuales.

Pese a la utilidad del concepto de capital humano como recurso productivo, es importante considerar a los seres humanos desde una perspectiva más amplia que la del capital humano. Se debe ir más allá del concepto de capital humano, luego de reconocer su pertinencia y su alcance. La ampliación necesaria es aditiva y acumulativa, más que alternativa a la perspectiva del capital humano. Entender así al retorno de la inversión en servicios de salud y demás sectores sociales tendría como consecuencia una priorización mayor, eficiente y eficaz (en todos los aspectos, no solo financieros).

El sector salud, y su aplicación en los modelos tradicionales de la economía a partir del capital humano va ganando campo y cada vez más se justifica con estudios de mayor vanguardia y mejor nivel. Después de que es empíricamente demostrable el retorno de un dólar adicional en el sector salud, el siguiente paso es cómo gastar ese dólar y dónde. La eficacia del gasto solo se dará si se logran identificar los factores determinantes del acceso a servicios de salud en la región tanto desde el lado de la oferta, como desde la demanda, y ya sean determinantes dentro del sector salud o fuera del mismo.

La necesidad en salud es uno de los factores más importantes y, si se desea analizar la equidad del sistema, es necesario tener en cuenta el patrón de utilización entre los grupos sociales para el nivel de mayor necesidad en salud. Una mejor prestación de servicios de salud en cuanto a calidad, modalidad y equidad de acceso se constituye en una herramienta progresiva y estratégica para combatir varios indicadores de pobreza en América Latina, con consecuencias no solo sociales, sino económicas.

Un análisis detallado de varios programas públicos y privados en diferentes países de América Latina, pero sobre todo, el análisis de estudios que han utilizado herramientas econométricas para demostrar los impactos de dichos programas, nos ha permitido identificar los principales determinantes del acceso a servicios de salud generales y posteriormente, servicios de salud maternos-infantiles. Se ha encontrado que los programas de ajuste estructural que realizan los países, factores como la priorización financiera de programas de protección social y específicamente de salud, la distribución de los recursos, la calidad de los servicios y su infraestructura son factores que inciden desde el lado de la oferta, mientras que, el aislamiento geográfico, la incapacidad de gasto, factores culturales o de género inciden desde el lado de la demanda.

Los casos específicos de México, Perú, Chile, Brasil, Bolivia, entre otros analizados coadyuvarán a la identificación de mecanismos eficientes y eficaces, al momento de entrar en detalle para el caso ecuatoriano.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA Y ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Después de haber analizado la literatura existente con referencia a evaluaciones sobre el acceso a servicios de salud maternos infantiles en varios países de la región y el mundo, el presente trabajo realizará una evaluación para Ecuador sobre la situación a nivel nacional del acceso a servicios de salud maternos infantiles. Para esto, se evaluarán los determinantes de acceso a dichos servicios y se evaluará la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, LMGYAI, al constituirse esta en la principal estrategia que tiene Ecuador para ofertar servicios maternos infantiles de salud.

Con estos antecedentes, la siguiente sección realizará inicialmente una breve introducción sobre el país y el programa a evaluar, la LMGYAI; posteriormente se explicará la metodología que se utilizará para realizar la evaluación y los determinantes del acceso a los servicios; se presentarán estadísticas descriptivas referentes a la situación del sector materno infantil en Ecuador y finalmente, se presentarán los principales resultados y conclusiones.

Antecedentes del país y programa a ser evaluados

Ecuador es un país en vías de desarrollo de nivel medio bajo con altas tasas de pobreza y desigualdad. El Producto Interno Bruto (PIB) se encuentra en USD 52 mil millones al cierre de 2008. Con relación al sector salud, actualmente en Ecuador, la mayoría de la población no tiene garantía explícita de acceso a los servicios de salud que necesita, la oferta institucional es desarticulada y presenta graves deficiencias de cobertura y calidad. Debido a esto, 1 de cada 4 personas no es atendida en ninguna institución y más del 70% no tiene seguro de salud. El porcentaje de gasto de bolsillo es de 49%, lo que está por encima de la mayoría de países de Latino América y El Caribe y las formas de financiamiento y cobertura siguen siendo inequitativas e ineficientes.

En 1990, Ecuador exhibía altas tasas de mortalidad materna e infantil. El anuario de estadísticas vitales del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) informa que en 1990 la mortalidad materna alcanzó a 117 muertes por 100.000 nacimientos y la mortalidad infantil era de 30 muertes por 1000 recién nacidos. (OPS, 2008, pg. 84).

Como respuesta a este desafío, en 1994 el Gobierno aprobó la primera versión de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI). Desde entonces la ley ha enfrentado reformas considerables, la más importante de ellas en 1998 y en 2000 cuando fue enmendada para mejorar los mecanismos gerenciales y de asignación de recursos. La ley establece que todas las mujeres tienen derecho a servicios de salud de calidad gratuitos durante el embarazo, parto y el post parto y que todos los niños menores de 5 años tienen derecho a cuidados de salud para el tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia.

Uno de los principales objetivos de la LMGAI también es reducir la brecha económica entre ricos y pobres para poder acceder a servicios maternos infantiles de calidad. No obstante, siendo éste un programa de desarrollo humano sostenible de gran importancia, hacia fines del 2003, únicamente 30% de las mujeres embarazadas estaban cubiertas por el programa, el cual solo llega a una pequeña proporción de los grupos vulnerables. La cobertura entre mujeres indígenas y rurales es solo de 19% y de 20% para el tercio más pobre de la población. (OPS, 2008, pg. 90).

Existen brechas importantes en el acceso a servicios de salud para la población materno-infantil de origen indígena que vive en comunidades rurales y las mujeres más pobres quedan excluidas del servicio de la ley. Más aun, del total de mujeres que iniciaron su primer control prenatal dentro del programa de la LMGAI, 49% salieron del sistema y optaron por ser atendidas fuera de la LMGAI. Al mismo tiempo sólo 3 de los 4 partos registrados dentro del sistema ocuparon prestaciones de control post-parto (OPS, 2008).

Esta situación a breves rasgos demuestra que el sistema de salud a través de la LMGAI, es débil para garantizar la atención completa y continua de madres y niños, desde el primer control prenatal hasta parto y post-parto, lo que es indicativo de que políticas dirigidas a corregir los errores o ineficacias, desde el lado de la oferta, para determinar el acceso son necesarias.

Composición legal del programa a ser evaluado

La LMGAI fue promulgada por el Congreso Nacional en septiembre del 1994, y al cabo de quince años de su promulgación ésta ha experimentado varias reformas que han estado enfocadas fundamentalmente a convertirla en un instrumento de garantía de los

derechos sexuales y reproductivos, así como a establecer un modelo de gestión innovador en el país, incorporando a diversos actores sociales, tanto del Gobierno Central, como de los Gobiernos Locales, informados por espacios formales de vigilancia ciudadana, a través de los Comités de Usuarías de la Ley.

El propósito desde su inicio fue contribuir a la reducción de la mortalidad y enfermedad de mujeres niñas y niños menores de cinco años, y su objetivo principal es reducir la barrera económica de acceso a atención de salud en los servicios públicos, a través de la eliminación del gasto de bolsillo con énfasis en las mujeres para acceder a los medicamentos e insumos necesarios.

La LMGAI provee financiamiento a las áreas de salud y hospitales del Ministerio de Salud Pública para la adquisición de ciertos rubros necesarios para entregar una prestación de salud, que los venían asumiendo las usuarias. Los rubros que financia la Ley son:

- Medicamentos
- Insumos
- Insumos y reactivos para exámenes básicos y complementarios de laboratorio
- Sangre y hemocomponentes
- Micronutrientes
- Suministros

El primer artículo de la LMGAI define los grupos de población y las prestaciones que son financiadas: Art. 1 “Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado” (LMGYAI, 2007, pg. 15).

Las prestaciones cubiertas por la Ley están relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y las enfermedades prevalentes de la infancia, se incluyen en estas la atención odontológica y la dotación de sangre y hemocomponentes.

Según el texto de la Ley, ésta tendría cuatro principales fuentes de financiamiento:

- 3% del impuesto a los consumos especiales – ICE-,
- USD. 15'100.000 del Fondo de Solidaridad
- Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la Población Infantil ecuatoriana – FONNIN-,

- Fondos destinados a la reducción de la mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva del Instituto Nacional de la Niñez y la Familia –INNFA-.

Hasta el 2008 la Ley ha contado únicamente con el financiamiento de las dos primeras fuentes mencionadas, alcanzando un presupuesto de aproximadamente USD. 21'000.000 anuales (es decir el ICE aportó algo más de cinco millones de dólares).

Las reformas al marco jurídico del país, han incluido en su texto disposiciones que dejan entrever la decisión de garantizar los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo a partir del año 2007, sin embargo, la producción de prestaciones contempladas en la LMGAI mantiene un constante incremento, el mismo que no se corresponde con el presupuesto, ya que es prácticamente estático a través de los años. Desde el año 2005, este divorcio entre el incremento de la producción y el presupuesto ha generado un déficit económico que ha impedido que se pueda reconocer todas las producciones reportadas por la Áreas de Salud y Hospitales del Ministerio de Salud Pública, lo que podría estar determinando que las unidades operativas, al no contar con recursos económicos, deban establecer mecanismos de generación de fondos, entre los que están los cobros directos a las y los pacientes, afectando de esta manera los derechos de las mujeres y niños y niñas del país.

Cuadro 2.1

AÑOS	Total Recursos Recibidos (1)	% var.	Total Recursos Requeridos	% var.	Superávit (+) / Déficit (-)	Superávit (+) / Déficit (-) (%)
2002	11.940.000,00	base	12.341.815,00	base	-401.815,00	-3%
2003	18.717.991,04	56,77%	16.717.989,00	35,46%	2.000.002,04	12%
2004	19.548.928,42	4,44%	19.053.701,00	13,97%	495.227,42	3%
2005	18.769.599,53	-3,99%	24.584.545,00	29,03%	-5.814.945,47	-24%
2006	20.683.772,02	10,20%	25.699.085,00	4,53%	-5.015.312,98	-20%
2007	19.158.135,21	-7,38%	31.016.428,00	20,69%	-11.858.292,79	-38%
2008	26.821.788,44	40,00%	34.546.291,00	11,38%	-7.724.502,56	-22%
2009 (2)	27.858.447,88	3,86%	39.015.280,69	12,94%	-11.156.832,81	-29%

Nota:

(1) Recursos económicos efectivamente recibidos

(2) Los recursos requeridos para el 2009 corresponde a una proyección en base al reporte histórico de las producciones reportadas por las UEL

Fuente: UELMGAI / MSP

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia garantiza la participación ciudadana en la vigilancia del cumplimiento de la Ley a través de la veeduría y corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

La Ley también encarga al Consejo Nacional de las Mujeres –CONAMU- la responsabilidad de promover la participación de las mujeres y organización de los Comités de Usuarias.

En la actualidad no se tiene un conocimiento claro del estado de conformación y funcionamiento de los Comités de Usuarias, pero se podría suponer que a partir de la expedición del Decreto que determina la desaparición del Consejo Nacional de las Mujeres (25 de mayo del 2009), éstas organizaciones de la sociedad civil atraviesan una situación crítica, al no tener un referente institucional en el cual apoyarse, pese a que el mencionado decreto establece también la constitución de la Comisión de Transición hacia la conformación del Consejo Nacional de Igualdad de Género; comisión que debería desempeñar algunas de las funciones del CONAMU.

Según las estadísticas del ENDEMAIN del 2004, el 44% de los partos reportados en ese año se realizaron en establecimientos del ministerio de salud, 19,2% en instituciones de las FFAA., policía y otras públicas, 16,8% en establecimientos privados, y 20,2% a través de partera, en casa sola, o con un familiar.

Esto nos indica que hay un alto número de partos realizados fuera de los servicios de salud de manera tradicional, parteras, en casa, etc. aproximadamente un 20% de los nacimientos aun no son atendidos (INEC, 2005). Este promedio nacional esconde porcentajes mucho mayores en algunas áreas: mientras que menos de un 12% de los nacimientos en áreas urbanas no reciben atención institucional, 49% de todos los nacimientos que ocurren en el área rural no son atendidos y esta cifra sube a más del 70% en la región Amazónica (INEC 2005).

Después de analizar la situación de salud materna infantil en Ecuador queda claro que existen aun ineficiencias e ineficacias que tienen como resultado una inadecuada cobertura para prestación de servicios con serias repercusiones tanto en la demanda como en la oferta. Para poder identificar de manera detallada los determinantes, a continuación se indicará la metodología que se utilizará en el presente trabajo para evaluar la LMGYAI.

Metodología

En la sección anterior se identifica que el principal objetivo de la introducción de la LMGYAI es la reducción de las brechas de acceso a servicios de salud maternos infantiles, que a su vez, deben estar acompañados por una atención oportuna y de calidad.

Para evaluar la incidencia del programa de LMGYAI se desarrolló un modelo de elección multinomial discreto (multinomial logit), dirigido a analizar los determinantes del acceso a servicios de salud maternos infantiles durante el parto considerando 3 posibles opciones de demanda de servicios: demanda por establecimientos públicos, demanda por establecimientos privados o no demanda servicios (en este se incluye atención en domicilio por lo que incluirá servicios por parteras u otras formas de atención no institucional). Adicionalmente, se implementó un modelo de máxima verosimilitud, probit, que analizó la probabilidad de pagar por servicios de salud durante el parto y los determinantes asociados al pago.

Principalmente, el modelo analiza la incidencia del conocimiento de la LMGYAI en la demanda de servicios de salud públicos y en el pago por los servicios, siendo estos dos puntos los indicadores del cumplimiento de los objetivos del programa, el primero en la oferta de servicios y el segundo por la gratuidad de los servicios para reducir brechas de acceso. Cabe resaltar que el modelo no utiliza una metodología de evaluación de impacto, sin embargo, analiza los determinantes que están asociados con la demanda de los servicios y el pago por los mismos durante el parto, ilustrados a través de cambios marginales.

Formalmente, se analizó para el servicio del parto, el siguiente modelo multinomial logit:

$$Y_{ij} = X_i\beta + \alpha DMG_i + \epsilon_i$$

Donde Y_{ij} corresponde a una variable que representa la demanda de la alternativa j para el individuo i , en otras palabras, se analizan 3 posibles resultados: la decisión de hacerse atender en hospitales o centros de salud oficiales⁵ para el individuo i , la decisión de

⁵ Se entenderá por oficial, establecimientos de salud del MSP: Hospitales, Centros y Sub-centros.

Actualmente se están promoviendo convenios entre el MSP y los establecimientos del IESS y FFAA para extender la LMGYAI a dichos establecimientos, sin embargo en el presente estudio a los últimos no se los tomará en cuenta como establecimientos oficiales.

hacerse atender en hospitales o servicios privados por el individuo i , o la decisión de no atenderse. X_i es un vector de diversas características del individuo analizado y ϵ_i es el término de error. El efecto de interés es proporcionado por el parámetro α el mismo que constituye en una dummy que representa el acceso a información (conocimiento) sobre la LMGYAI y tomará el valor de 1 si el individuo i conoce sobre la ley y 0 si no conoce. Para el análisis de determinantes de pago por los servicios, se desarrolló un segundo modelo (máxima verosimilitud, probit) donde la variable Y_i representa una variable dicotómica correspondiente al pago por atención en establecimiento de salud del individuo i , y tomará el valor 1 si la persona pagó por el servicio o 0 si no pagó. La estructura de las demás variables se mantendrá como en el párrafo anterior.

Adicionalmente, se debe destacar que se utilizaron 3 especificaciones, la primera detalla los resultados únicamente de la variable de interés (conocimiento de la LMGYAI), la segunda utiliza variables de especificación a nivel del individuo y la tercera especificación representa variables de análisis a nivel del hogar, las mismas que se detallarán más adelante. Se utilizaron errores estándares robustos para heterocedasticidad⁶ y se utilizó factor de expansión para representatividad a nivel nacional.

Considerando que el programa está dirigido a la disminución de brechas de acceso a servicios oficiales de salud, el análisis de los modelos multinomial logit y de máxima verosimilitud, probit, se realizaron específicamente para los quintiles 1 y 2 de pobreza según la regla de selección de beneficiarios SELBEN.

Finalmente, adjunto al presente documento, se incluye como anexos distintos análisis de robustés de los resultados que tienen las siguientes características: primero, se aplican los dos modelos a los quintiles 3 4 y 5 donde se demuestra que para estos quintiles no existe una consistencia en los resultados (no son significativos), fortaleciendo los resultados encontrados en los modelos anteriores para los quintiles 1 y 2 y respaldando los resultados del conocimiento de la LMGYAI para el cumplimiento de los objetivos del mismo. Además se introducirá una cuarta especificación que incluye una variable de interacción entre la variable de interés (dmg) y un índice de

⁶ La heterocedasticidad constituye la violación del supuesto de homocedasticidad, y se da cuando existe un aumento en la varianza o los errores estándar no son de varianza mínima. Esto implicaría un problema de eficiencia en nuestro modelo que se corrige al utilizar errores estándares robustos.

pertenencia de bienes del hogar que nos permita identificar si *entre* las personas de los quintiles 1 y 2, las menos pobres conllevan mayor probabilidad de acceder a servicios de salud oficiales, lo que tendría como consecuencia una fortaleza en la necesidad de fortalecer el programa para los grupos de mayor vulnerabilidad.

Datos

Para la investigación se utilizó la base de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida ECV (Quinta Ronda) 2005-2006 elaborada por el INEC en Ecuador, la cual constituye el medio estadístico más importante, completo y oportuno con que dispone el país para la evaluación, análisis y diseño de políticas económicas y sociales. La ECV permite hacer la evaluación y seguimiento de las condiciones sociales y de las situaciones de pobreza de los hogares, así como también investiga con mayor profundidad el impacto de políticas y programas sociales en el bienestar de diferentes sectores de la población.

La Encuesta de Condiciones de Vida fue levantada entre los meses de abril a junio del año 2006 y tiene una cobertura urbano-rural con desagregación provincial (la amazonía se considera como una sola provincia debido a que las provincias de esta región no tienen representación a nivel muestral). Se recoge información para 13.581 hogares con representación provincial. La periodicidad con la que se realiza el levantamiento de este tipo de encuestas no es uniforme.

Por otra parte, esta encuesta posee un nivel de desagregación espacial importante ya que se puede obtener información con representación provincial. Una ventaja muy importante de la ECV es la posibilidad de combinar la información de gastos con información socioeconómica y demográfica, nutricional, antropométrica, etc. lo que facilita el análisis y la identificación de grupos vulnerables. Adicionalmente la ECV posee una sección de fecundidad donde contiene diversas preguntas referentes a los servicios maternos-infantiles del sector social salud, que serán complementadas con las herramientas de registros del miembro del hogar, personas, equipamiento del hogar y actividades económicas.

Estadística Descriptiva

La LMGYAI tiene como principal objetivo la reducción de brechas en el acceso a servicios maternos infantiles por lo que el énfasis del programa está dirigido a la

población más vulnerable en el aspecto social y económico. En Ecuador, el índice de selección de beneficiarios SELBEN constituye un indicador de bienestar que divide a la población por quintiles de pobreza basado en la información de las características individuales, de la vivienda y del acceso de los hogares a servicios básicos. El quintil 1 corresponde a la población de mayor pobreza y el quintil 5 al de menor pobreza. Las familias de los quintiles 1 y 2 de pobreza, estos es, familias por debajo del puntaje de 50,65 del SELBEN reciben el Bono de Desarrollo Humano, programa de gran incidencia nacional en el sector social para combatir la pobreza a través de transferencia de recursos no reembolsables.

El cuadro 2.2 contiene variables relacionadas al embarazo y fecundidad, parto y post- parto dividido por población pobre y no pobre según SELBEN, esto es, diferencias entre personas del quintil 1 y 2 (pobres) según SELBEN, comparadas con personas no pobres (quintiles 3,4 y 5) según SELBEN referentes a variables de salud materna-infantil:

Cuadro 2.2

Diferencias entre no pobres y pobres en indicadores de salud materna-infantil

Variables embarazo y fecundidad	Total de la población	Pobres	No pobres	Diferencia no pobres-pobres	Diferencia significativa⁷
Conoce la LMGYAI	35%	31%	40%	9%	***
No. controles durante el embarazo	3	2,62	4,37	1,75	***
Conoce de Planificación Familiar	89%	84%	94%	10%	***
Pagó durante el embarazo	60%	48%	73%	25%	***

Variables parto	Total de la población	Pobres	No pobres	Diferencia no pobres-pobres	Diferencia significativa
No se atendió el parto por servicios de salud públicos o privados	21%	31%	3%	-28%	***
Pagó por el parto	59%	53%	70%	17%	***

Variables post-parto	Total de la población	Pobres	No pobres	Diferencia no pobres-pobres	Diferencia significativa
% que no accedió a médico por EDAs del niño o niña	44%	47%	37%	-10%	***
% que no accedió a médico por IRAs del niño o niña	39%	43%	31%	-12%	***

*** 99% de confiabilidad

** 95% de confiabilidad

* 90% de confiabilidad

Fuente: ECV 2005-2006 / Elaboración propia

⁷ Para calcular las diferencias en los cuadros 2.2 y 2.3 se realizaron tests de medias.

En el ámbito más general, podemos observar que el conocimiento de la LMGYAI difiere entre no pobres y pobres en un 9%, esto es, del total de la población que conoce sobre la LMGYAI (35%), 40% entre los no pobres conocen (quintiles 3, 4 y 5 según SELBEN) mientras que solo 31% entre los pobres conocen (quintiles 1 y 2 según SELBEN). Aquí podemos observar que los canales de información del programa no son eficaces dado que existe un mayor conocimiento de la LMGYAI en los grupos que demandan menos los servicios maternos infantiles en hospitales públicos y quienes si tienen la capacidad de acceder a servicios de salud, inclusive privados.

De acuerdo a las normas de salud, las mujeres embarazadas deben realizarse 12 controles prenatales durante el embarazo, sin embargo en la práctica, el promedio de embarazos atendidos es de apenas 3, incluido el primer control reglamentario (LMGYAI, 2007). Esto demuestra que existe un determinante ya sea desde la demanda por la falta de conocimiento por parte de las embarazadas sobre la importancia de asistir a los controles a lo largo del período de gestación o por la oferta, que podría explicarse por la mala calidad de los servicios. El programa debería incluir campañas fuertes que motiven a las mujeres a realizarse todos los controles necesarios considerando que en promedio, los no pobres asisten a más controles prenatales que los pobres, pero al mismo tiempo los servicios deben ser capaces de atender la demanda de los mismos. Este análisis será complementado en el siguiente capítulo.

Los mismos resultados se pueden evidenciar para planificación familiar y pagos durante el embarazo, en ambos casos la diferencia entre no pobres y pobres es positiva indicando mayores porcentajes de planificación familiar y pagos durante el embarazo entre los no pobres en comparación a los pobres. En lo que se refiere a pagos durante el embarazo, podemos evidenciar que en promedio el 60% pagó durante el embarazo donde entre los pobres casi la mitad (48%) sigue pagando por servicios durante el embarazo, contando con un programa como la LMGAI, lo que también evidencia una falta de cobertura e inversión del Estado para difusión del programa a nivel nacional siendo la reducción de brechas económicas uno de sus principales objetivos de implementación. Cabe indicar que la estadística descriptiva señala que el programa no está alcanzando sus objetivos de oferta y cobertura, sin embargo, en el siguiente capítulo se analizará mediante los dos modelos, que si entre los individuos que conocen la LMGYAI existe una mayor probabilidad de acceder a los servicios durante el

embarazo de manera gratuita, se estaría indicando que el conocimiento de la ley está asociado con una menor probabilidad de pago por lo que la recomendación de política será la mayor inversión por parte del Estado en la difusión del programa.

Pasando a las variables referentes al parto, podemos apreciar que en promedio, 21% de la población no se atendió el parto por servicios de salud públicos o privados sino alternativamente se atendieron por parteras, o no se atendieron en lo absoluto, incidiendo en un alto riesgo tanto para la madre como para el niño en caso de complicaciones durante el parto. La diferencia entre no pobres y pobres es altamente negativa donde entre los pobres el 31% obedecen a este caso y entre los no pobres únicamente el 3%. Cabe destacar que aunque no se muestre en la tabla, el análisis estadístico incluyó variables como, tiempo de acceso a servicios de salud y modo de acceso, variables que podrían explicar la decisión de no acceder a un centro de salud. En todos los casos sin embargo, los resultados no son tan impactantes sugiriendo por un lado una falta de difusión del programa y los derechos inherentes para la población, y por otro lado una inconformidad con la oferta de los servicios tanto por razones de calidad de la oferta o diversidad de la oferta (servicios no son culturalmente adecuados). También con relación al parto, en promedio 59% de la población ha pagado por el último parto donde entre los no pobres, el 70% ha pagado y entre los pobres el 53%. Este resultado indica que pese a la existencia de la LMGYAI un alto porcentaje de la población, más de la mitad, sigue pagando por servicios del parto, donde, en el caso de la población pobre, que en mayor parte no accede a seguros públicos ni privados, significa gasto de bolsillo.

En lo referente a variables post-parto, la LMGYAI, como se indico previamente, cubre prestaciones a madres y niños entre 0 y 5 años de edad tomando en consideración las principales enfermedades por prevalencia en ese período de la infancia. Para esto, como detalla el recuadro anterior, se han analizado las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDAs) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) siendo éstas indicadores de salud infantil inicial utilizadas en este período a nivel internacional.

Podemos ver que ente los pobres, el 47% no accedió a servicios de salud por EDAs del niño o niña, mientras que para IRAs es el 43%. En ambos casos, la diferencia es altamente significativa y negativa en comparación a los no pobres, 10% para EDAs y

12% para IRAs, indicando también una subutilización de los servicios de la LMGYAI en la etapa post-parto por la población más vulnerable.

Alternativamente, en el recuadro siguiente se hace el mismo análisis para las 3 etapas de cobertura del programa, utilizando la diferencia entre no conocer la LMGYAI y si conocer.

Cuadro 2.3

Diferencias entre población que no conoce y población que conoce la LMGYAI en indicadores de salud materna-infantil

Variables embarazo y fecundidad	Total de la población	Conoce la LMGYAI	No conoce la LMGYAI	Diferencia no conoce - conoce	Diferencia significativa
No. controles durante el embarazo	3	4	3	-1	***
Conoce de Planificación Familiar	89%	96%	85%	-11%	***
Pagó durante el embarazo	60%	54%	66%	12%	***

Variables parto	Total de la población	Conoce la LMGYAI	No conoce la LMGYAI	Diferencia no conoce - conoce	Diferencia significativa
No se atendió el parto por servicios de salud públicos o privados	21%	13%	28%	15%	***
Pagó por el parto	59%	56%	61%	5%	***

Variables post-parto	Total de la población	Conoce la LMGYAI	No conoce la LMGYAI	Diferencia no conoce - conoce	Diferencia significativa
% que no accedió a médico por EDAs del niño o niña	44%	42%	48%	6%	***
% que no accedió a médico por IRAs del niño o niña	39%	37%	44%	7%	***

Determinante por lado de la demanda	Total de la población	Conoce la LMGYAI	No conoce la LMGYAI	Diferencia no conoce - conoce	Diferencia significativa
No accedió a servicios por falta de dinero	45%	40%	47%	7%	***

*** 99% de confiabilidad

** 95% de confiabilidad

* 90% de confiabilidad

Fuente: ECV 2005-2006 /Elaboración propia

De la misma manera que en el cuadro 2.2, vemos que en promedio, el total de la población se realiza aproximadamente 3 controles prenatales donde entre los que conocen el programa se realizan en promedio 1 control adicional. Con relación a

planificación familiar vemos que la diferencia es mucho mayor entre los que conocen la ley en comparación a los que no conocen, siendo 96% los primeros y 85% los últimos.

Entre los que no conocen la ley, el 66% siguen pagando por servicios durante el embarazo con una diferencia del 12% para los que si conocen la ley (54%).

Todos los resultados estadísticos para variables durante el embarazo señalan una mejor demanda de servicios de salud por el conocimiento de la LMGYAI y altamente significativos, más adelante se introducirá el modelo probit para formalizar estos resultados, no obstante cabe resaltar también que resultados como el de pago por servicios aunque se reduce significativamente entre los que si conocen la ley, sigue mostrando altos porcentajes (54%) de pago por los servicios lo que sugiere que desde el lado de la oferta no se está implementando de manera apropiada el programa y en muchos casos habría que analizar si establecimientos de salud pública en efecto están cobrando por servicios cubiertos por la ley o si están ofertando los servicios de manera inapropiada. Adicionalmente cabe mencionar que los Comités de Usuarías encargadas de la veeduría de implementación de la ley en los establecimientos de salud, son organizaciones de la sociedad civil no remuneradas lo que no garantiza su adecuada participación.

Con respecto a variables del parto, una vez más vemos que la diferencia es fuerte y altamente significativa entre los que conocen y no conocen la LMGYAI. Con relación al acceso a servicios por el parto, existe una diferencia del 15% donde entre los que no conocen la ley 28% no accedió a servicios de salud y entre los que si conocen la ley baja al 13%. Así mismo, con una diferencia del 5% vemos que entre los que no conocen la ley el 61% pagó por el parto y baja al 56% entre los que si conocen la ley. Para esta última el análisis es similar al párrafo anterior dado los altos porcentajes de pago por el parto.

Las variables post-parto también indican diferencias positivas entre los que no conocen la ley y los que si conocen. Con referencia a las EDAs, podemos ver que del porcentaje poblacional de 44% que no accedieron a servicios de salud por atenciones post-parto, entre los que no conocen la ley son 48% bajando a 42% entre los que si conocen la ley, mientras que para IRAs baja de 44% a 37%.

Finalmente, en seguimiento al análisis efectuado en el primer capítulo, específicamente con relación a los determinantes de acceso a servicios maternos

infantiles por el lado de la demanda, donde, de los casos revisados a nivel regional y mundial, se identificó que el principal determinante de acceso era la falta de recursos, (sobre todo en países menos desarrollados), se creó la variable *no accedió a servicios de salud por falta de dinero*, reflejada en el cuadro 2.3. Se observa que en promedio el 45% no accedió a servicios de salud por falta de dinero de los cuales, entre los que no conocen la ley reflejan el 47% y se reduce a 40% entre los que si conocen.

La estadística descriptiva indicada en el presente capítulo señala una aparente mejoría asociada con la población que conoce la LMGYAI en comparación con los que no conocen, al mismo tiempo se nota un notable empeoramiento en las variables analizadas durante el embarazo, parto y post-parto para pobres en comparación a no pobres clasificados según SELBEN, donde pobres pertenecen a los quintiles 1 y 2 y no pobres a los quintiles 3, 4 y 5.

En el siguiente capítulo se introducirán los modelos de máxima verosimilitud, probit, y multinomial logit, para intentar identificar los cambios asociados, *ceteris paribus*, con la introducción del programa de LMGYAI en relación al acceso a servicios de salud maternos-infantiles y también con relación al pago por los servicios.

CAPÍTULO III RESULTADOS

Como se mencionó en el capítulo anterior, para evaluar la incidencia del programa de LMGYAI se desarrolló un modelo multinomial logit y un modelo de máxima verosimilitud, probit, dirigidos a analizar los determinantes del acceso a servicios de salud maternos infantiles, específicamente la atención por el parto. Los dos modelos hacen énfasis en la incidencia del conocimiento de la LMGYAI en la demanda de servicios de salud públicos y en el pago por los servicios, siendo estos dos puntos los indicadores del cumplimiento de los objetivos del programa, el primero en la oferta de servicios y el segundo por la gratuidad de los servicios para reducir brechas de acceso. Cabe resaltar una vez más que el modelo no utiliza una metodología de evaluación de impacto, sin embargo, analiza los determinantes que están asociados con la demanda de los servicios y el pago por los mismos, para la población clasificada como pobres según SELBEN, esto es, los que se encuentran por debajo de 50,65 en dicho indicador o alternativamente los quintiles 1 y 2 de pobreza.

El primer paso estuvo dirigido a analizar los principales determinantes del lado de la demanda y oferta a través de la revisión de la literatura realizada en el capítulo 1, posterior a lo cual se dividieron las variables en tres especificaciones: la primera está asociada únicamente con la variable de interés que en el caso del presente estudio es el conocimiento de la LMGYAI a través de la variable Dmg. La segunda especificación incluye variables a nivel del individuo donde se analizan además de la variable Dmg, variables de edad, estado civil, etnia, escolaridad, área, provincia y región. Finalmente, la tercera especificación corresponde a variables del hogar donde se incluye, además de la variable Dmg, variables para identificar si es un hogar de prevalencia indígena, si el jefe del hogar es mujer, los promedios de edad del hogar y un índice de equipamiento del hogar que hace referencia a bienes adquiridos.

A continuación se detallan los resultados del modelo multinomial logit:

Cuadro 3.1

Determinantes de acceso a servicios maternos infantiles por el parto

Variable	Efecto en la probabilidad de acceso a servicios de salud oficiales por el parto (%)		Efecto en la probabilidad de acceso a servicios privados de salud por el parto (%)		Efecto en la probabilidad de acceso a servicios no profesionales de salud por el parto (%)	
Variable de interés						
Conoce la LMGYAI	0,1445	***	-0,0617	***	-0,0829	***
Variables del Individuo						
Edad	-0,0057		0,0026		0,0031	
Edad al cuadrado	0,0001		0,0000		0,0000	
Persona indígena	-0,0040		-0,0098		0,0138	
Persona no es casada	-0,0306		0,0058		0,0247	
Escolaridad	0,0092	***	0,0124	***	-0,0217	***
Sierra	0,2533	*	-0,2397	**	-0,0137	
Costa	0,3209	**	-0,3930	***	0,0722	
Residencia rural	-0,1014	***	-0,0405		0,1419	***
Conoce de planificación familiar	0,0013		0,0841	*	-0,0853	***
Variables del Hogar						
Azuay	-0,1085	*	0,0350		0,0735	*
Bolivar	0,0487		-0,1479	***	0,0993	
Cañar						
Carchi	0,2027	***	-0,1355	***	-0,0672	***
Cotopaxi	0,0743		-0,1615	***	0,0871	
Chimborazo	-0,0394		-0,1318	**	0,1712	***
El Oro	-0,0260		0,0990		-0,0730	*
Esmeraldas						
Guayas	-0,1749	***	0,3413	***	-0,1664	***
Imbabura	0,1440	***	-0,1855	***	0,0415	
Loja	-0,0447		-0,0623		0,1069	**
Los Rios	-0,1825	***	0,3096	***	-0,1271	***
Manabi	-0,0995	*	0,1702	***	-0,0707	
Morona Santiago	0,1240		-0,2079	***	0,0839	
Napo	0,3435	***	-0,2089	***	-0,1347	***
Pastaza	0,1790		-0,1900	***	0,0110	
Pichincha	0,1162	***	-0,0968	***	-0,0195	
Tunhurahua	0,0305		0,0225		-0,0531	
Zamora Chinchipe	0,1126		-0,1766	**	0,0640	
Galápagos	0,1876		-0,1749	***	-0,0126	
Sucumbios	0,2023	*	-0,1924	***	-0,0099	

Jefe del hogar indígena	-0,1704	***	-0,0616		0,2321	***
Jefe del hogar es mujer	0,0715	***	-0,0266		-0,0448	***
Hogar con niños entre 0 y 5 años	0,0308	***	-0,0415	***	0,0107	
Hogar con personas entre 6 y 17 años	-0,0068		-0,0126		0,0194	***
Hogar con personas entre 18 y 44 años	-0,0196	*	0,0068		0,0128	
hogar con personas entre 45 y 64 años	0,0228		0,0123		-0,0350	***
hogar con mayores de 65 años	0,0166		0,0170		-0,0335	
Índice	0,0141		0,0335	***	-0,0475	***

*** 99% de confiabilidad

** 95% de confiabilidad

* 90% de confiabilidad

Fuente: ECV 2005-2006 /Elaboración propia

El cuadro 3.1 detalla los determinantes del acceso a servicios maternos infantiles por el parto y tiene 3 diferentes resultados, indicados en las tres columnas: la primera columna hace referencia al acceso a servicios oficiales de salud o servicios de salud públicos; la segunda columna indica el acceso a servicios privados de salud y la tercera columna hace referencia a un escenario donde no se accede a servicios profesionales de salud.

El modelo multinomial logit permite observar los efectos marginales (cambios marginales) asociados a las variables detalladas a nivel de individuo, del hogar y la variable de interés que consiste en el conocimiento de la LMGYAI. Se puede observar que el conocimiento de la ley está asociado con una mayor probabilidad (14%) de acceder a servicios de salud oficiales en los quintiles 1 y 2 según SELBEN, una vez las demás variables son controladas. El resultado es altamente significativo (99% de confiabilidad) y se ve complementado con los resultados de las dos columnas siguientes. En el caso de acceso a servicios privados de salud, vemos que el conocimiento de la ley está asociado con una menor probabilidad (6%) de acceder a servicios de salud privados y con una menor probabilidad (8%) de no acceder a servicios de salud profesionales, indicando que existe un cambio considerable en los quintiles 1 y 2 asociado al conocimiento de la ley.

Otra variable que coincide con la mayoría de investigaciones es la escolaridad de la madre, la misma que es altamente significativa, no obstante, el cambio asociado a un año adicional de escolaridad en la probabilidad de acceder a servicios oficiales por el

parto es muy modesto (0,8%). Se debe inferir que la mayor escolaridad de la madre estará asociada mayormente a factores económicos (por ejemplo, mayor ingreso), que en sí reducirá las brechas de acceso a servicios maternos infantiles, más no específicamente al acceso a servicios de salud considerados como oficiales en el presente estudio. Es importante, sin embargo, observar que entre los quintiles 1 y 2, un año adicional de escolaridad está asociado a una mayor probabilidad de acceso a servicios públicos pero al mismo tiempo con una mayor (y también modesta) probabilidad de acceder a servicios privados (1,2%), no obstante, un año adicional de escolaridad está asociado a una menor probabilidad (2,1%) de no acceder a servicios profesionales (parteras, comadronas, entre otros).

Las estimaciones para las variables de ubicación y etnicidad permiten alcanzar importantes conclusiones. Como se esperaba, un hogar donde el jefe es indígena está asociado con una probabilidad menor de 17% de acceder a servicios oficiales por el parto, una vez controladas las demás variables. Así mismo, vivir en un área rural está asociado con una menor probabilidad (10%) de acceder a servicios oficiales por el parto, en comparación a personas del área urbana.

La implementación de políticas dirigidas a mejorar la salud materna infantil deberán considerar los aspectos de la oferta además de los canales de información y difusión de la ley en zonas de difícil acceso, puesto que las razones de acceder a servicios oficiales de salud para grupos étnicos en Ecuador no son solo por las características del hogar o el individuo que requiere de los servicios, su cultura y tradición (determinantes por el lado de la demanda), sino también por la falta de adecuación y equipamiento de los servicios para atender la demanda de estos tipos alternativos de servicios de salud en hospitales, sub-centros y centros de salud oficiales (determinante por el lado de la oferta).

Este análisis se ve complementado al ver los resultados de las columnas 2 y 3, acceso a servicios privados y no acceso a servicios profesionales, para el caso de hogares indígenas y zonas rurales. En ambos casos, el efecto marginal de la probabilidad de no acceder a servicios profesionales de salud por el parto es positivo y altamente significativo. En el caso de hogar indígena la probabilidad de no acceder a servicios profesionales es mayor (23%) mientras que para personas de zonas rurales incrementa en un 14%. Cabe destacar que el resultado de la columna 3 no accede a

servicios profesionales de salud, incluye métodos alternativos como atención por parteras o comadronas donde existe un alto riesgo de mortalidad materna infantil en el caso de complicaciones en el parto. La oferta de servicios debe satisfacer estos grupos de atención para mejorar las condiciones de salud pública en el país.

Un resultado interesante también en ubicación se da entre provincias. Dos provincias de la región costa, Guayas y Los Ríos se caracterizan por tener efectos negativos y altamente significativos asociados al conocimiento de la ley. En el caso de Guayas, el conocimiento de la ley está asociado con una menor probabilidad (17%) de acceder a servicios oficiales mientras que en Los Ríos es de 18%. Aunque la probabilidad de no acceder a servicios profesionales disminuye en ambos casos, parece existir un efecto sustitutivo inclinado a una mayor utilización de servicios privados en ambas provincias. Esto implicaría que existe una fuerte recomendación dirigida a la implementación de campañas informativas, o un mayor presupuesto designado a posicionamiento de la LMGYAI en la costa en relación a las otras regiones del país, tomando también en cuenta que aunque no son altamente significativos, los resultados de otras provincias como Manabí cumplen con las mismas características.

El conocimiento sobre planificación familiar es de suma importancia, el mismo está asociado con una menor probabilidad (9%) de no acceder a servicios profesionales de salud, y es altamente significativo, sin embargo también está asociado a una mayor probabilidad de acceder a servicios privados de salud.

Habíamos visto en el capítulo anterior, bajo estadística descriptiva, que existe una diferencia entre pobres y no pobres y entre los que conocen frente a los que no conocen la ley, con relación a controles pre-natales. Al respecto, es importante notar que como aporte al proceso materno-infantil, los controles prenatales constituyen un espacio instructivo donde el médico o profesional de salud deben estar capacitados para enseñar al paciente mecanismos, metodologías y procesos de planificación familiar que a su vez se constituyen en espacios de difusión e información sobre los derechos inherentes a la LMGYAI. Así mismo, se indicaba que en promedio los no pobres y los conocedores de la ley asisten a un control prenatal adicional lo que podría afectar positivamente al conocimiento de planificación familiar y por ende al acceso a servicios de salud materna infantil. Este resultado también nos permite inferir acerca de los determinantes desde la oferta, concluyendo que las personas que conocen la ley, aunque asisten a un control

adicional y aunque han asistido a controles prenatales durante la etapa inicial del embarazo, no están realizando todos los controles y posteriormente no acceden a servicios oficiales por el parto, sugiriendo que los servicios no satisfacen la demanda del paciente en su totalidad como para garantizar su permanencia dentro del programa de maternidad gratuita inclusive cuando los pacientes conocen sobre la Ley, quitando la responsabilidad al programa y recayendo sobre los servicios.

Con relación a los grupos etarios podemos observar que los hogares donde hay niños y adolescentes están asociados con una mayor probabilidad de acceso a servicios oficiales en el parto para los quintiles 1 y 2, después de controlar por otras variables y concurrentemente, están asociados con una menor probabilidad de acceder a servicios privados lo que implicaría que haber tenido hijos previamente conlleva a mejores prácticas de acceso a servicios maternos infantiles. Los mismos resultados se encuentran en hogares cuyo jefe es mujer.

El cuadro 3.2 corresponde al efecto de determinantes en la probabilidad de pagar por servicios de salud maternos infantiles, específicamente por el servicio del parto. Esta sección está relacionada con el principal determinante de acceso, la posibilidad de pagar por servicios (brecha económica), en seguimiento a la revisión de la literatura existente y con relación a análisis realizados sobre acceso en otros países. Adicionalmente, se debe considerar que en el Ecuador, el mecanismo de funcionamiento de los servicios de salud materna infantil es la LMGYAI cuyo principal objetivo es reducir las brechas de acceso, sin embargo como vimos en la sección anterior, estadística descriptiva, una gran parte de la población sigue pagando por los servicios, situación que es reducida entre los conocedores de la ley y quienes no conocen.

El cuadro 3.2 refleja los resultados del modelo probit para los quintiles 1 y 2:

Cuadro 3.2

Probabilidad de pagar por servicios maternos infantiles

Variable	Efecto en la probabilidad de acceso a servicios de salud oficiales por el parto (%) Df / dx	
Variable de interés		
Conoce la LMGYAI	-0,1143	***
Variables del Individuo		
Edad	-0,0012	
Edad al cuadrado	0,0000	
Persona indígena	-0,0004	
Persona no es casada	-0,0499	*
Escolaridad	0,0128	***
Sierra	0,1343	*
Costa	0,3021	***
Residencia rural	0,0293	*
Conoce de planificación familiar	0,0755	***
Variables del Hogar		
Azuay	0,0839	*
Bolivar	-0,0333	
Cañar		
Carchi	0,0555	
Cotopaxi	-0,1186	**
Chimborazo	-0,1178	**
El Oro	0,0987	**
Esmeraldas		
Guayas	0,2782	***
Imbabura	-0,0218	
Loja	-0,0169	
Los Rios	0,2379	***
Manabi	0,1554	***
Morona Santiago	-0,0514	
Napo	0,2777	***
Pastaza	-0,0407	
Pichincha	0,0875	*
Tunhurahua	0,0334	
Zamora Chinchipe		
Galápagos	0,2251	***
Sucumbíos	0,1293	
Jefe del hogar indígena	-0,0964	***

Jefe del hogar es mujer	0,0163	
Hogar con niños entre 0 y 5 años	-0,0490	***
Hogar con personas entre 6 y 17 años	-0,0073	
Hogar con personas entre 18 y 44 años	0,0330	***
hogar con personas entre 45 y 64 años	0,0101	
hogar con mayores de 65 años	-0,0114	
Indice	0,0314	***

*** 99% de confiabilidad

** 95% de confiabilidad

* 90% de confiabilidad

Fuente: ECV / Elaboración propia

Como se esperaba, el conocimiento de la LMGYAI está asociado con una menor probabilidad (11%) de pagar por servicios de salud maternos infantiles, resultado que es altamente significativo. Este resultado, sumado a la relación positiva y altamente significativa en el acceso a servicios oficiales de salud nos permiten alcanzar conclusiones técnicas y recomendaciones de política dirigidas a mantener y fortalecer la estrategia de la LMGYAI, tomando en consideración los otros determinantes para obtener mejores resultados.

Una vez más la ubicación juega un rol importante en conclusiones referentes a estrategias de implementación y difusión de la LMGYAI, podemos observar en el cuadro 3.2 que vivir en la costa está asociado con una probabilidad mayor (30%) de pagar por servicios entre los quintiles 1 y 2, resultado que es altamente significativo. Este resultado es un indicativo de que la implementación de la ley está teniendo mayores problemas en la costa que en otras regiones del país y no está cumpliendo sus objetivos a cabalidad, por lo que la Unidad de Maternidad Gratuita del Ministerio de Salud deberá revisar los causantes de este resultado en la costa para determinar si los problemas surgen por el lado de la demanda (falta de información sobre la LMGYAI) o por la oferta (los servicios no satisfacen la demanda).

Habíamos revisado en el cuadro anterior que el conocimiento de planificación familiar estaba asociado con una mayor probabilidad de acceso a servicios de salud oficiales por el parto, no obstante, en el cuadro 3.2 tenemos que existe una relación positiva (8%) entre el conocimiento de planificación familiar y el pago por servicios del parto, resultado que estaría acorde con el análisis realizado en el cuadro 2.2 de que la oferta de servicios puede estar siendo inconsistente con los objetivos de la LMGYAI y

por ende puede estar determinando la demanda de los servicios. Esta conclusión surge también por la relación entre los controles prenatales y la planificación familiar y adicionalmente por la inconsistencia de la demanda de servicios dentro de los hogares indígenas y de zonas rurales. Los resultados señalan que los servicios de salud oficiales pueden estar cobrando por servicios maternos infantiles a personas que conocen y que no conocen la ley. Se debe mencionar que para los quintiles 1 y 2 y principalmente personas indígenas y de zonas rurales, la visión del paciente al doctor es de autoridad, por lo que el conocimiento de la ley por parte del paciente podría redundar en que efectivamente se cobre por los servicios ofrecidos en los centros de salud.

Así mismo, hogares cuyo jefe es indígena están asociados con una menor probabilidad (13%) de pagar por servicios del parto en los quintiles 1 y 2 una vez se controla por las demás variables. Este resultado sin embargo, y también en seguimiento al cuadro 3.1, levanta conclusiones respecto a los determinantes por el lado de la oferta (calidad y calidez de los servicios) puesto que habíamos visto que los hogares indígenas no están accediendo a servicios oficiales por el parto. La interpretación por un lado podría ser que la mayor probabilidad de no pagar por los servicios se da por la cosmovisión de salud indígena y la cultura, lo que llevaría a que se hagan atender por parteras, comadronas, u otros medios no oficiales, sin embargo se debe analizar si estos grupos están asistiendo a controles durante el embarazo, (donde des ser el caso que si están utilizando el programa en un inicio), habría una fuerte sugerencia de que los servicios no garantizan su permanencia dentro del sistema, y por ende el determinante de no acceder (y concomitantemente no pagar) estaría determinado por la oferta y no por razones de cultura y tradición (demanda).

Finalmente, el cuadro 3.3 señala en resumen los cambios asociados al conocimiento de la LMGYAI (Dmg) para los 3 resultados (acceso a servicios públicos, privados y no acceso a servicios profesionales) y las 3 especificaciones (variable de interés DMG, variables del individuo y variables del hogar), entre los quintiles 1 y 2 (modelo multinomial logit), denotando una consistente y significativa tendencia positiva en el acceso a servicios oficiales durante el parto, y una tendencia negativa y significativa en el acceso a servicios privados y el no acceso a servicios profesionales. Por otro lado, se detalla también el resumen de los cambios asociados al conocimiento de la LMGYAI en el pago por los servicios del parto para las 3 especificaciones en los

quintiles 1 y 2, denotando también una tendencia negativa, consistente y altamente significativa en las 3 especificaciones:

Cadro 3.3

Resumen de los cambios asociados al conocimiento de la LMGYAI

Efecto en la probabilidad de acceso a servicios de salud oficiales por el parto (%)			
	Esp 1	Esp 2	Esp 3
Dmg resultado 1	0,2831	0,1454	0,1455
Error Estándar 1	0,0224	0,0211	0,0211
Significancia	***	***	***
Dmg resultado 2	-0,1084	-0,0624	-0,0617
Error Estándar 2	0,0232	0,0214	0,0207
Significancia	***	***	***
Dmg resultado 3	-0,1754	-0,0823	-0,0829
Error Estándar 3	0,0102	0,0223	0,0215
Significancia	***	***	***

Efecto en la probabilidad de pago por el parto (%)			
	Esp 1	Esp 2	Esp 3
Dmg	-0,1101	-0,1151	-0,1143
Error Estándar	0,0211	0,0223	0,022
Significancia	***	***	***

*** 99% de confiabilidad

** 95% de confiabilidad

* 90% de confiabilidad

Fuente: ECV / Elaboración propia

CAPÍTULO IV RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Recomendaciones

La estadística descriptiva presentada en el capítulo 2 refleja una mejoría asociada con la población que conoce la LMGYAI en comparación con los que no conocen, al mismo tiempo se nota un notable empeoramiento en las variables analizadas durante el embarazo, parto y post-parto para pobres en comparación a no pobres clasificados según SELBEN, donde pobres pertenecen a los quintiles 1 y 2 y no pobres a los quintiles 3, 4 y 5.

Posteriormente, en el capítulo 3 se presentan los principales resultados del modelo multinomial logit y los resultados del modelo probit (máxima verosimilitud), los mismos que analizan los cambios porcentuales (efectos marginales) asociados a variables determinantes del acceso a servicios maternos infantiles durante el parto, así como también el cambio asociado a estas variables en la probabilidad de pagar por servicios maternos infantiles dada la existencia de la LMGYAI en el Ecuador.

Se han identificado dos grandes recomendaciones que recogen los resultados encontrados en los dos capítulos anteriores, los mismos que se detallan a continuación:

Recomendación 1 – Difusión: debe haber una mayor inversión en promoción, difusión y posicionamiento del programa de LMGYAI a nivel nacional:

Del total de la población que conoce sobre la LMGYAI (35%), 40% entre los no pobres conocen mientras que solo 31% entre los pobres conocen. Entre los principales objetivos de la ley, la reducción de brechas entre ricos y pobres para el acceso a servicios maternos infantiles constituye el principal objetivo, sin embargo podemos observar que los canales de información del programa no son eficaces dado que existe un mayor conocimiento de la LMGYAI en los grupos que demandan menos los servicios maternos infantiles en hospitales públicos y quienes si tienen la capacidad de acceder a servicios de salud privados o seguro de salud. Adicionalmente, se debe considerar que la inversión pública en la ley debe ser mayor y debe priorizar recursos significativos para promoción, difusión y posicionamiento dado que el conocimiento de la ley está asociada a mayor acceso a servicios durante el embarazo, el parto y también está asociado a menor probabilidad de pagar por servicios según los resultados encontrados en el modelo probit del capítulo 3. Adicionalmente, se deben incluir

criterios de gasto en la inversión dirigida a difusión dado a que en la costa según los resultados de los cuadros 3.1 y 3.2 vimos que existe una menor probabilidad de acceder a servicios oficiales por el parto comparado a otras regiones y una mayor probabilidad de pagar por dichos servicios. Otro criterio para posicionamiento deben ser los grupos objetivos identificados por características del individuo: a nivel cantonal y parroquial se deben dar mejores mecanismos de control y seguimiento de los pacientes con énfasis en madres solteras y padres de familia que no hayan tenido hijos previamente.

Recomendación 2 – Oferta: los servicios de salud deben ser culturalmente adecuados y se debe invertir en la capacitación de personal que oferte servicios de salud materna infantil de calidad y con calidez:

Los hogares cuyo jefe es indígena están asociados con una menor probabilidad de pagar por servicios del parto en los quintiles 1 y 2, sin embargo los hogares indígenas y de áreas rurales están asociados con una menor probabilidad de acceder a servicios oficiales durante el parto. Estos resultados levantan conclusiones respecto a los determinantes por el lado de la oferta (calidad y calidez de los servicios). La interpretación por un lado podría ser que la mayor probabilidad de no pagar por los servicios se dan por la cosmovisión de salud indígena y la cultura, lo que llevaría a que se hagan atender por parteras, comadronas, u otros medios no oficiales, comportamiento causado por la inconformidad de las personas con los mecanismos de tratamiento en hospitales, la vestimenta, la manera de atención, los alimentos y hasta la iluminación de los cuartos. Se deberá analizar el comportamiento de estos grupos durante el embarazo dado que si existe una utilización de los servicios durante el embarazo por estos grupos, habría una fuerte sugerencia de que los servicios no garantizan su permanencia dentro del sistema, y por ende el determinante de no acceder (y concomitantemente no pagar) vendría por la oferta y no por razones de cultura y tradición.

Cabe destacar que aunque no se muestre en los cuadros del capítulo 2, el análisis estadístico incluyó variables como tiempo de acceso a servicios de salud y modo de acceso, variables que podrían explicar la decisión de no acceder a un centro de salud. En todos los casos sin embargo, los promedios de tiempo y modo de acceso no son impactantes como para determinar dicho acceso (promedio de media hora en acceder a servicios, el cual no es elevado), sugiriendo por un lado una falta de difusión del programa y los derechos inherentes para la población, y por otro lado una

inconformidad con la oferta de los servicios tanto por razones de calidad de la oferta o diversidad de la oferta (por ejemplo, protocolización del Parto Tradicional Humanizado en todos los centros de salud pública del país y personal capacitado en la oferta de dichos servicios).

Finalmente, se debe tomar en consideración que los Comités de Usuarías, organizaciones de la sociedad civil encargadas de vigilar el cumplimiento de la ley, constituyen grupos que no son reconocidos como trabajadores de salud en el MSP y concomitantemente, no reciben una remuneración formal, siendo en su gran mayoría personas de bajos ingresos. Si bien la conformación de los Comités de Usuarías fueron una estrategia vital en la ampliación y el mejoramiento del programa de maternidad gratuita en Ecuador en los últimos años, su implementación no garantiza el apropiado cumplimiento de la ley en todos los centros, sub-centros y hospitales públicos, teniendo como consecuencia una pobre ejecución de la ley y altos porcentajes de la población de los quintiles 1 y 2 que están pagando por los servicios maternos infantiles, como se señalaba en las tablas 2.2 y 2.3. El conocimiento de la LMGYAI efectivamente está asociado con una menor probabilidad de pagar por servicios maternos infantiles, resultado que es altamente significativo y constante a través de las diferentes especificaciones, sin embargo, los porcentajes que continúan pagando son elevados.

Esto demuestra la necesidad de priorizar recursos dirigidos al programa para superar los promedios de población que continúan pagando por los servicios y eso se logrará únicamente atacando el problema desde la oferta a través del apropiado control y manejo de las transferencias y el funcionamiento de la ley en los servicios oficiales.

Conclusiones

El presente estudio estuvo dirigido al análisis de la situación de los servicios maternos infantiles en Ecuador, donde el principal mecanismo para ofertar dichos servicios por parte del estado es la LMGYAI. Concomitantemente, el estudio priorizó la identificación de determinantes del acceso de las personas a establecimientos que proporcionen los servicios inherentes a la ley con la intención de identificar recomendaciones de cómo mejorar la oferta de dichos servicios y donde se podrían encontrar los cuellos de botella que tengan como consecuencia ineficiencias o ineficacias en la aplicación del programa a nivel nacional.

Inicialmente, la investigación estuvo dirigida al análisis del crecimiento económico, los principales modelos que explican crecimiento económico y las alternativas, desde una perspectiva de desarrollo económico a los modelos de crecimiento. En un ámbito general, esto permitió introducir la importancia de estudiar temas relacionados a la inversión en sectores específicos como es en este caso el sector salud, al respecto, reconocer el papel de las cualidades humanas en la promoción y el sostenimiento del crecimiento económico es importante. Se identificó la importancia de dar énfasis a la expansión de la libertad humana para vivir el tipo de vida que la gente juzga valde, el papel del crecimiento económico en la expansión de esas oportunidades debe ser integrado a una comprensión más profunda del proceso de desarrollo, como la expansión de la capacidad humana para llevar una vida más libre y más digna.

El análisis fue apuntando cada vez más hacia el sector salud específicamente, siguiendo la misma perspectiva de la importancia en la inversión en salud y su aporte al crecimiento económico (modelos tradicionales como Solow) y alternativamente, al desarrollo económico (modelos alternativos incluyendo capital humano).

Esta distinción tiene importantes consecuencias prácticas para la política pública. Aunque el crecimiento económico contribuye a que la gente lleve una vida más libre y realizada, también lo hacen una mayor educación, unos mejores servicios de salud y de atención médica y otros factores que influyen causalmente en las libertades efectivas de las que realmente gozan las personas. Estos desarrollos sociales deben ser considerados directamente como avances en el desarrollo puesto que contribuyen a tener una vida más larga, más libre y más provechosa, además del papel que juegan en el aumento de la productividad, el crecimiento económico o los ingresos individuales.

Pese a la utilidad del concepto de capital humano como recurso productivo, se identificó la necesidad y la importancia de considerar a los seres humanos desde una perspectiva más amplia que la del capital humano. Se debe ir más allá del concepto de capital humano, luego de reconocer su pertinencia y su alcance. Entender así al retorno de la inversión en servicios de salud y demás sectores sociales tendría como consecuencia una priorización mayor, eficiente y eficaz (en todos los aspectos, no solo financieros).

El sector salud, y su aplicación en los modelos tradicionales de la economía a partir del capital humano va ganando campo y cada vez más se justifica con estudios de mayor vanguardia y mejor nivel. Después de que es empíricamente demostrable el retorno de un dólar adicional en el sector salud, el siguiente paso es cómo gastar ese dólar y dónde. La eficacia del gasto solo se dará si se logran identificar los factores determinantes del acceso a servicios de salud en la región tanto desde el lado de la oferta, como desde la demanda, y ya sean determinantes dentro del sector salud o fuera del mismo.

La necesidad en salud es uno de los factores más importantes y, si se desea analizar la equidad del sistema, es necesario tener en cuenta el patrón de utilización entre los grupos sociales para el nivel de mayor necesidad en salud. Una mejor prestación de servicios de salud en cuanto a calidad, modalidad y equidad de acceso constituye una herramienta progresiva y estratégica para combatir varios indicadores de pobreza en América Latina, con consecuencias no solo sociales, sino económicas.

Adicionalmente, dentro del sector salud, el estudio se concentró en la salud materna-infantil dado su importancia estratégica y humana como punto de arranque de los individuos que posteriormente se constituirán en el capital o recurso humano necesario para dar un impulso al desarrollo y por ende al crecimiento económico de un país.

Los determinantes de acceso a servicios de salud maternos infantiles coinciden en mayor parte con los determinantes de acceso a servicios generales de salud según la mayoría de estudios realizados a nivel mundial sobre determinantes de acceso y estudios realizados en Ecuador como el de Vos (2006), et.al, no obstante la existencia del programa de la LMGYAI en Ecuador es una estrategia importante y única para garantizar un sistema adecuado y seguro de atención en servicios maternos infantiles, que deben ser priorizados técnica y financieramente para promover no solo su cumplimiento adecuado, sino eficiente y eficaz dirigido a motivar los determinantes de acceso hacia servicios que a su vez deben ofertar atención de calidad por su valioso aporte al sistema económico.

BIBLIOGRAFIA

- UNICEF, Grupo Faro (2007) *La Inversión Social en el Ecuador*, Quito, Boletín No. 20
- UNICEF, Ministerio de Finanzas, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2008) *La Inversión Social en el Ecuador*, Quito, Boletín No. 22
- Romer, David (2006) *Advanced Macroeconomics*, New York, McGraw-Hill.
- Sorensen, Peter y Hans Jacobsen (2008) *Introducción a la macroeconomía avanzada, Volumen I: crecimiento económico*, España, McGraw Hill.
- Helpman, Elhanan (2004) *The Mystery of Economic Growth*, Cambridge Mass, Harvard University Press.
- Acemoglu, Daron *Introduction to Modern Economic Growth*, Princeton University Press, en presentación Power Point: *Introducción y Hechos Estilizados*, por Fernando Martín, curso Crecimiento Económico, Septiembre 2009, FLACSO Ecuador.
- Martin, Fernando (2008) *Determinantes del desarrollo económico y humano en América Latina a través del análisis de convergencia*, en *Nuevas Estrategias Nacionales de Desarrollo: Realidades y Retos para Ecuador*, compilado por Juan Ponce y Leonardo Vera, Quito, Editorial Delta.
- Barro, Robert y Xavier Sala-i-Martin (2004) *Crecimiento económico*, España, Editorial Reverte.
- Willis, Robert, *Wage Determinants: a survey and reinterpretation of human capital earnings functions*, 1986, en Stiglitz, Joseph, *Más instrumentos y metas más amplias para el desarrollo. Hacia el Consenso de Post-Washington*, Conferencia Anual para 1998 del Instituto Mundial para la Investigación de Economía del Desarrollo.
- Psacharopoulos, George, *Returns to investment in education: a global update*, 1994, en Stiglitz, Joseph, *Más instrumentos y metas más amplias para el desarrollo. Hacia el Consenso de Post-Washington*, Conferencia Anual para 1998 del Instituto Mundial para la Investigación de Economía del Desarrollo.
- Benhabib, Jess y Mark M. Spiegel (1994) *The role of human capital in economic development Evidence from aggregate cross-country data*, New York, Journal of Monetary Economics, New York University, Department of Economics.

Grossman Michael (1972) *On the concept of health capital and the demand for health*, Chicago, The Journal of Political Economy, Volume 80, Issue 2, University of Chicago Press.

Howitt, Peter (2002) *Health, human capital and economic growth: a Schumpeterian perspective*, basado en la presentación para la Organización Panamericana de la Salud sobre Senior Policy, Washington, Human Capital and Economic Growth, Brown University.

Chakraborty, Shankha (2004) *Endogenous lifetime and economic growth*, Oregon, Journal of Economic Theory, Department of Economics, University of Oregon.

Bloom, David E., David Canning y Jaypee Sevilla (2001) *The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach*, Cambridge, World Development, National Bureau of Economic Research.

Stiglitz, Joseph (1993) *The economic role of the State: Efficiency and Effectiveness*, Cambridge.

Sen, Amartya (1997) *Capital Humano y Capacidad Humana*, Conferencia del Banco Mundial sobre Justicia Social y Política Pública, World Development 25.

OPS (2008) *Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones aprendidas en la región de América Latina*, Washington, OPS.

Franco-Giraldo, A., M. Palma, C. Álvarez-Dardet (2006) *Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe 1980-2000*, Rev. Panamericana de Salud Pública.

Milanovic Branko (2005) *Why did the poorest countries failed to catch up?* Carnegie Papers, Carnegie Endowment for International Peace, No. 62, November 2005, www.CarnegieEndowment.org/pubs

OIT (ILO) (2003) *International Symposium Solidarity and Social Protection in Developing Countries*, Italy, Proceedings.

Dickens, Sawhill, Tebbs (2006) *The effects of investing in early childhood on economic growth*, Washington, Brookings Institute.

Carrin G., James C. (2004) *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transitional period*, Geneva, WHO, en OPS (2008) *Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones aprendidas en la región de América Latina*, Washington OPS.

Vera de la Torre, J. (2003) *Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*, Lima, Foro Salud, Cuaderno de Trabajo No.2, en OPS (2008) *Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones aprendidas en la región de América Latina* Washington, OPS.

Jaramillo Miguel y Sandro Parodi (2004) *El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso*, Perú, Grupo de Análisis para el Desarrollo GRADE.

Institute of Medicine (2001) *Coverage matters: Insurance and health care*, USA, National Academy Press, en OPS (2008) *Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones aprendidas en la región de América Latina*, Washington, OPS.

Jeanette Vega, Paula Bedregal, Liliana Jadue e Iris Delgado (2003) *Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile*, Santiago, Revista Médica de Chile, v.131 n.6.

Holmes Jessica (2002) *Does health infrastructure substitute or complement mother's education and household resources?* Middlebury College Working Papers No. 0240.

World Bank (2003) *Implementation completion report on an adaptable program credit in the amount of 17.8 million to the Republic of Bolivia for a health sector reform project*, (APL-I), Report No. 28270-BO.

Mendoza-Sassi R. y J. Béria (2001) *Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados*, Río de Janeiro, Cuadernos de Saúde Pública, Vol.17, No.4.

Ana Cristina Torres y Felicia Marie Knaul (2003) *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000*, México, Funsalud.

Gertler, Paul (2000) *Final Report: The Impact of PROGRESA on Health*, Washington, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Política Alimentaria.

Paxson, Christina y Norbert Schady, *Does Money Matter? The Effects of Cash Transfers on Child Health and Development in Rural Ecuador* en: Impact Evaluation Series No. 15. 2007, Disponible en línea: <http://www->

wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/05/03/000016406_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf . Fecha de acceso: 20/Mayo /2009.

Vos, Rob, José Cuesta, Mauricio León, Ruth Lucio y José Rosero (2006) *Mortalidad Infantil, Equidad y Eficiencia: Un Análisis Costo-Efectivo de Alcanzar la Meta del Milenio en Ecuador*, Ecuador, European Journal of Development Research; Jun2006, Vol. 18 Issue 2, p179-202

Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (2007) *Reproducción y codificación de la LMGAI y Reglamento*, Quito, Tecnograf.

ANEXO 1

Como se mencionó a lo largo de los capítulos 2 y 3, uno de los principales objetivos de la LMGYAI es la reducción de brechas entre ricos y pobres en el acceso a servicios de salud maternos infantiles. Los dos modelos utilizados fueron aplicados a los quintiles 1 y 2 según SELBEN, donde la significancia y magnitud de los resultados reflejan una aparente mejoría asociada al conocimiento de la ley para estos grupos.

Adicionalmente, el criterio antes mencionado sugeriría que al aplicar los modelos a los quintiles 3, 4 y 5 no debe existir la misma consistencia en los resultados dado que el conocimiento de la LMGYAI está dirigido a las personas con menos ingresos.

El cuadro A.1 refleja lo antes expuesto:

Cuadro A.1

Determinantes de acceso a servicios maternos infantiles por el parto, no pobres

Efecto en la probabilidad de acceso a servicios de salud oficiales por el parto (%), no pobres			
	Esp 1	Esp 2	Esp 3
Dmg resultado 1	0,12	0,104	0,101
Error Estandar 1	0,017	0,028	0,028
Significancia	***	***	***
Dmg resultado 2	0,193	-0,103	-0,1
Error Estandar 2	0,017	0,028	0,029
Significancia	***	***	***
Dmg resultado 3	-0,314	-0,001	-0,001
Error Estandar 3	0,003	0,001	0,0007
Significancia	***	*	*

*** 99% de confiabilidad

** 95% de confiabilidad

* 90% de confiabilidad

Fuente: ECV 2005-2006 / Elaboración propia

Como se esperaba, los coeficientes (y sus errores estándar) no muestran una consistencia entre los resultados y entre las especificaciones, siendo el principal punto de inconsistencia la última especificación, especificación 3, donde se incluyen las variables de individuo y del hogar (y por ende donde se esperaría una alta significancia

de los resultados). Así mismo, en la especificación 1 del resultado 2 existe una inconsistencia puesto que, aunque el resultado es significativo, difiere de las demás especificaciones al reflejar una mayor probabilidad de acceder a servicios de salud privados, asociada al conocimiento de la ley.

Estos resultados fortalecen los cambios asociados al conocimiento de la ley para los quintiles 1 y 2.

ANEXO 2

El presente anexo tiene como objetivo mostrar la heterogeneidad dentro de los quintiles 1 y 2 en el acceso a los servicios maternos infantiles dado el conocimiento de la LMGYAI. Se creó una variable de interacción donde se multiplica el índice de equipamiento del hogar y la variable de interés (Dmg). Se aplicó el modelo multinomial logit con las variables del individuo, variables del hogar (sin incluir el índice) y finalmente la variable de interacción. Cabe resaltar que en este modelo no se incluye la variable de interés individualmente sino únicamente dentro de la variable de interacción.

El cuadro A.2 indica los resultados de la variable de interacción.

Cuadro A.2

Determinante de acceso a servicios maternos infantiles por el parto, variable de interacción

Efecto en la probabilidad de acceso a servicios de salud oficiales por el parto (%), quintiles 1 y 2			
	Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3
Variable de interacción	0,0654	-0,0192	-0,0463
Error Estandar	0,011	0,0121	0,0102
Significancia	***	***	***

*** 99% de confiabilidad

** 95% de confiabilidad

* 90% de confiabilidad

Fuente: ECV 2005-2006 / Elaboración propia

La construcción del índice, utilizando la sección de equipamiento del hogar de la ECV, consistió en tomar 7 bienes, que de ser el caso de haber adquirido dichos bienes, reflejen una evidente mejor condición económica con relación a quienes tienen menos unidades o no tienen unidades de esos bienes. Entre los bienes escogidos se encuentran, lavadora, equipo de sonido, dvd, consolas de videojuegos, refrigeradora y televisión a color.

En el cuadro A.2 podemos observar que un aumento de un punto en el índice, entre los que conocen la ley, está asociado con una mayor probabilidad (7%) de acceder

a servicios de salud oficiales por el parto una vez controlado los otros factores, para los quintiles 1 y 2 de pobreza. Así mismo, está asociado con una menor probabilidad (2%) de acceder a servicios y privados y una menor probabilidad (5%) de no acceder a servicios profesionales. Los resultados son consistentes y altamente significativos. Podemos inferir que entre los pobres (quintiles 1 y 2 según SELBEN), los menos pobres reflejan mejores resultados (medidos por una mayor probabilidad de acceso a servicios oficiales y una menor probabilidad de acceder a servicios privados o no acceder) por el conocimiento de la LMGYAI, denotando una evidente heterogeneidad entre el grupo objetivo de la ley y resaltando las conclusiones levantadas respecto a los grupos objetivos para los programas de difusión que debe implementar el programa.