



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junio de 2002

Punto 4.7 del orden del día provisional

CE130/14 (Esp.)

10 mayo 2002

ORIGINAL: ESPAÑOL

AMPLIACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN MATERIA DE SALUD: INICIATIVA CONJUNTA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

La extensión de la protección social en salud (EPSS) es una poderosa herramienta de política pública destinada principalmente a combatir la exclusión en salud. Aunque el concepto de exclusión en salud es multicausal y por ende, difícil de medir, se estima que en América Latina y el Caribe unos 100 millones de personas, 20% del total, no están cubiertas por los sistemas de salud existentes y unos 240 millones de personas no están protegidas por esquemas de seguridad social o seguros privados de salud.

La EPSS se puede definir como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Son tres las condiciones que se deben cumplir para que la EPSS pueda funcionar en la práctica como una garantía : a) acceso a los servicios, b) seguridad financiera del hogar y c) dignidad de la atención.

El análisis de las experiencias tenidas hasta ahora señala que las intervenciones que parecen ser más eficaces en el combate a la exclusión son de naturaleza múltiple y requieren articularse con criterios de sostenibilidad financiera, de aseguramiento solidario y con un modelo coherente de atención.

Desde 1999, la OIT y la OPS comenzaron a trabajar conjuntamente en el tema. Con esta finalidad, suscribieron un Memorando de entendimiento que dio lugar a una colaboración para efectuar estudios y definir conceptos y metodologías sobre el tema, así como a la realización de una conferencia regional de consulta al respecto.

La OIT y la OPS se han comprometido a desarrollar en los próximos años una iniciativa regional que promueva y establezca un proceso sistemático de análisis, diagnóstico, identificación de soluciones y ejecución de las acciones pertinentes encaminada a reducir la exclusión en salud en los países de la Región y a fortalecer las capacidades institucionales de los países miembros para extender la protección social en salud.

La propuesta incluye un componente regional de desarrollo de metodologías e instrumentos de entrenamiento y de investigación así como de intercambios y recomendaciones de prácticas exitosas. A nivel de los países, se considera todo el mecanismo de refuerzo institucional destinado a apoyar la defensa de esta causa, el acompañamiento del diálogo social, y el apoyo al proceso de implementación de los planes nacionales que se deriven del proceso.

Un componente esencial de la propuesta es la realización de procesos nacionales de diálogo para entender la magnitud del problema en cada país, analizar posibles soluciones e implementarlas por intermedio de un programa nacional. Las principales características de dicha iniciativa se presentan también en este documento con el propósito doble de informar al Comité y de recibir sus comentarios y sugerencias al respecto.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción	3
2. El concepto de extensión de la protección social en salud.....	4
3. La exclusión en salud: su magnitud y dificultades para su medición.....	6
4. La extensión de la protección social en salud y los sistemas de salud	7
5. Causas de la exclusión.....	8
5.1 La primera dimensión son los problemas de acceso	8
5.2 La segunda dimensión son los problemas en materia de financiamiento.....	9
5.3 La tercera dimensión es la de la dignidad en la atención.....	9
6. Estrategias para la extensión de la protección social en salud	9
6.1 Examen de intervenciones pasadas	9
6.2 Estrategias propuestas	11
6.3 Economía política de la EPSS	13
7. La respuesta conjunta de la OIT y la OPS para apoyar a los Estados Miembros en el campo de la EPSS.....	14
7.1 Meta	14
7.2 Propósito	14
7.3 Resultados esperados	14
7.4 Estrategia propuesta	15
7.5 Actividades principales	16
7.6 Presupuesto	17
8. Intervención del Comité Ejecutivo	17

1. Introducción

A pesar de las reformas emprendidas en los sistemas de salud durante los últimos quince años, en la actualidad un porcentaje importante de los habitantes de los países de América Latina y el Caribe se encuentran excluidos de los mecanismos de protección social frente al riesgo de enfermar o las consecuencias de estar enfermos. Sin embargo, la exclusión de la protección social en salud no suele encontrarse en la lista de temas prioritarios de la agenda nacional e internacional de la política social. Por lo general, la extensión de la protección social en salud no aparece en forma explícita en las agendas de salud de los países de la Región. Las reformas sectoriales de salud no se han concentrado tampoco en este campo más que de manera indirecta y fragmentaria.

Las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas que se conocen comúnmente como "extensión de la protección social en salud" (EPSS). La EPSS comprende no sólo estrategias para incluir a los excluidos; también abarca estrategias destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención de salud para aquellos que, a pesar de estar afiliados a algún sistema de protección social, lo están incompleta o inadecuadamente.

La lucha contra la exclusión en salud a través de la EPSS se enmarca dentro de los mandatos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OPS/OMS. La meta principal de la OIT es promover oportunidades para que las mujeres y los hombres puedan obtener trabajos decentes y productivos, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. Uno de los objetivos estratégicos para lograr el trabajo decente es mejorar la cobertura y la eficacia de la protección social para todos, incluida la protección social en salud. Para la OPS/OMS, la lucha contra la exclusión en salud se relaciona directamente con su mandato de reducir las iniquidades en el acceso a los servicios de salud y en su financiamiento. Asimismo, esta lucha se inscribe dentro de las tareas que la Organización ha definido como prioritarias para lograr el acceso universal a los servicios que permita alcanzar la meta de la salud para todos.

En respuesta a la necesidad de extender la protección social en salud en las Américas, en 1999, la OIT y la OPS lanzaron una iniciativa regional para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros en este campo. Ese año se firmó un Memorando de entendimiento entre ambas organizaciones, el cual establece un marco de cooperación para formular y ejecutar una iniciativa conjunta destinada a promover la extensión de la protección social en la salud en América Latina y el Caribe.

En noviembre de 1999, en la Ciudad de México, la OIT y la OPS organizaron una reunión tripartita regional de gobiernos, trabajadores y empleados sobre *Extensión de la protección social en salud a grupos excluidos en América Latina y el Caribe*. La reunión, que agrupó a los interesados clave, tuvo como objetivo establecer la necesidad de apoyar los

países en sus esfuerzos para extender la seguridad social en la atención de salud al sector informal y a las poblaciones excluidas.

Sobre la base de las recomendaciones de esa reunión, la OIT y la OPS se comprometieron a ejecutar una iniciativa regional que promueva y establezca un proceso sistemático de análisis, diagnóstico, identificación de soluciones y ejecución de las acciones pertinentes, encaminada a reducir la exclusión en salud en los países de la Región y a fortalecer las capacidades institucionales de los países miembros para extender la protección social en salud.

2. El concepto de extensión de la protección social en salud

Las estrategias de protección social en salud destinadas a eliminar la exclusión en salud son intervenciones públicas orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a la atención a la salud digna y efectiva y a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos personales adversos —como las enfermedades o el desempleo— o generales —como los desastres naturales— sobre la población o sobre los grupos sociales más vulnerables. En este contexto, se puede definir la protección social en salud como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud.

La EPSS abarca un conjunto de mecanismos destinados a procurar que la población tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud mediante la asignación de recursos de diverso origen y no sólo por las medidas que toma directamente el Estado para asegurar la atención de salud por medio de la prestación pública de servicios. De este modo, la protección social se entiende como la garantía por parte del Estado de un derecho exigible por parte de los ciudadanos, y no como una función de tipo asistencial, que podría ser administrada con criterios discrecionales.

Son tres las condiciones que se deben cumplir para que la EPSS pueda funcionar en la práctica como una garantía, a saber:

- *Acceso a los servicios*: es decir, que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud y que las personas puedan tener acceso física y económicamente a ellos;

- *Seguridad financiera del hogar*: que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica de las familias ni para el desarrollo de sus miembros;
- *Dignidad en la atención*: que la atención de salud se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios, definidas mediante un proceso de diálogo social.

Estas tres dimensiones son imprescindibles y la ausencia de una o más de ellas determina alguna forma de exclusión en salud.

La pobreza es una de las condicionantes más importantes de la exclusión en salud. Aun cuando ambas no son idénticas se superponen. La pobreza no sólo impide —en ausencia de sistemas de protección social— el acceso a las prestaciones de alto costo, sino que además los pobres viven y trabajan en ambientes que los exponen a mayores riesgos de enfermar y morir. Entre otras cosas, estos riesgos están directamente relacionados con una menor disponibilidad y calidad de los alimentos, con la ausencia de vivienda adecuada, con el hacinamiento y con la escasez de espacios apropiados de recreación. Las enfermedades transmisibles se concentran en los pobres. Las enfermedades y lesiones tienen costos directos (en prevención, curación y tratamiento) y costos de oportunidad (pérdida de días de trabajo o escuela) que dependen de la duración y gravedad de la incapacidad y que, a menudo, profundizan la condición de pobreza.

La pobreza tiene efectos aún más devastadores sobre las personas: genera dificultades en las llamadas “capacidades básicas de funcionamiento de las personas”; deteriora la calidad de vida, acorta la esperanza de vida y origina el “círculo perverso de la exclusión”: familia pobre, educación incompleta, desocupación y pobreza. Este círculo interactúa con otros círculos perversos como el de: falta de acceso a servicios básicos, enfermedad, dificultades laborales o deserción escolar; o el de: delincuencia, imposibilidad posterior de encontrar trabajo, reincidencia y marginalidad. Todo ello profundiza y perpetúa la situación de exclusión en salud.

La EPSS constituye un arma importante en la lucha contra la pobreza y en el desarrollo de un mayor grado de cohesión social en los países miembros. No sólo es un eje de política social de carácter netamente incluyente, sino que se traduce en un salario social que otorga seguridad social en salud y mejora las condiciones de vida. La mejora en el acceso a los servicios de salud posibilita que los miembros de la familia tengan un mejor estado de salud y puedan optar al desarrollo productivo que les permitirá salir de la pobreza.

3. La exclusión en salud: su magnitud y dificultades para su medición

La medición de la exclusión en salud es compleja, ya que se trata de un problema multicausal. Hay diversas maneras de medir la exclusión y ninguna de ellas da cuenta del fenómeno en toda su dimensión. La exclusión se puede medir directamente por medio de encuestas de población, pero éstas tienden a ignorar parte de la población excluida (como la población rural, pobre o que habita en lugares de difícil acceso) o no indagan adecuadamente las diferentes dimensiones del tema. Debido a ello, habitualmente se utilizan mediciones indirectas basadas en las causas de exclusión. En el cuadro siguiente se presentan algunos indicadores que se usan para medir la exclusión en salud.

Cuadro 1. Niveles de exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe

Indicador	Año de referencia	Estimación de excluidos (%)	Población excluida (Miles)
De cobertura			
Población sin seguro de salud	1995	46,0	217.779
De acceso			
Económico	1989 – 1994	27,0	121.245
Geográfico	1995	22,0	107.013
De infraestructura			
Escasez de camas hospitalarias	1996	55,3	267.537
De procesos de atención			
Nacimientos no atendidos por personal entrenado	1996	17,0	83.558

Fuente: Elaboración sobre la base de niveles de exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe, OIT/OPS, México, 1999.

Estas cifras se refieren a estimaciones globales y resultan útiles para tener una idea acerca de la magnitud de la exclusión en la Región en términos generales. Sin embargo, no ponen de relieve las enormes diferencias que existen entre los países y en el interior de ellos. Asimismo, los datos no arrojan información referente a la exclusión por razones culturales, de empleo o por factores asociados a la calidad de la atención, al sexo o a la edad. Con todo, se ha estimado que alrededor de 20% a 25% de la población total de la Región (alrededor de 100 a 150 millones de personas), se encuentra excluida de la atención de salud, de acuerdo a alguna de estas mediciones.

4. **La extensión de la protección social en salud y los sistemas de salud**

El ámbito en el que tiene lugar la satisfacción de las demandas de salud de la población es la prestación de servicios. No obstante, la red de provisión es sólo la parte más visible de un conjunto complejo de instituciones, normas y valores que tienen que ver con la rectoría, el financiamiento y el aseguramiento, que condicionan considerablemente el funcionamiento de la red de provisión. Es decir, la organización de los sistemas de salud no es neutral respecto de la exclusión en salud, sino que constituye un elemento determinante de ella.

En general, se puede afirmar que hay cuatro factores asociados a una baja capacidad de respuesta de los sistemas:

- a) **La segmentación** o coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestaciones, generalmente compartimentalizados, que cubren diversos segmentos de la población, por lo general determinados por su nivel de ingreso o su capacidad para contribuir. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público deficiente y mal atendido —frecuentado por los pobres e indigentes— y en un sector privado —con más recursos y orientado al cliente— concentrado en los segmentos más ricos. Entre ambos se sitúan los sistemas de seguro social que cubren a los trabajadores formales y a sus dependientes. Este tipo de organización genera y profundiza las desigualdades en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud.
- b) **La fragmentación** o existencia de muchas entidades no integradas dentro de un mismo subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción en el sistema en su conjunto y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas atendidas por los diversos subsistemas. La suma de segmentación más fragmentación conduce con frecuencia a dobles y triples coberturas dentro del mismo grupo familiar, con la consiguiente ineficiencia en la asignación de recursos.
- c) **El predominio del pago directo parcial o total** en el punto de atención o en el gasto en medicamentos que determina que la posibilidad de recibir la atención de salud requerida depende parcial o totalmente de la capacidad de pago de cada persona. Este tipo de financiamiento determina un alto grado de iniquidad en el sistema y una alta proporción de gasto de bolsillo lo que revela la falta de protección.
- d) **Rectoría débil o poco desarrollada**, que impide el establecimiento de reglas del juego justas en la relación entre el usuario y el proveedor de servicios y adolece de una formulación explícita insuficiente de los conjuntos básicos de prestaciones garantizadas por los diferentes esquemas de aseguramiento.

5. Causas de la exclusión

A pesar de que en la mayoría de los países de la Región la legislación vigente consigna el derecho de todos los ciudadanos a algún tipo de cobertura de salud, en la práctica esto dista de ser así. En América Latina y el Caribe cerca de 218 millones de personas carecen de protección contra sus riesgos de enfermar, mientras que alrededor de 107 millones no tienen acceso a los servicios de salud por razones geográficas.

La exclusión en salud tiene su origen en tres dimensiones.

5.1 *La primera dimensión son los problemas de acceso*

Estos problemas pueden ser de tres tipos:

- a) Falta de acceso a las prestaciones asociadas con el suministro de bienes públicos (como agua potable o vacunas);
- b) Falta de acceso a los servicios individuales de atención de salud, en general, o a algunas de ellas en particular;
- c) Falta de acceso a un sistema de protección contra los riesgos económicos y sociales de enfermar.

En todos estos casos, la exclusión suele relacionarse con alguna de las siguientes causas o con todas :

- a) Déficit de infraestructura adecuada, ya sea para la provisión de atención de salud individual o colectiva (es decir, inexistencia de establecimientos de salud, falta de cobertura funcional de programas de salud pública);
- b) Existencia de barreras que impiden el acceso a la atención de salud, aunque haya la infraestructura adecuada. Estas barreras pueden ser geográficas, (transporte, carreteras), económicas (incapacidad de financiar la atención de salud) y culturales (modelos de atención inapropiados). Pueden estar determinadas por la situación contractual o de empleo (desempleo, informalidad del empleo), o por la estructura de los sistemas (los sistemas con alto grado de segmentación muestran mayores grados de exclusión), o por la falta de modelos de atención basados en un enfoque intercultural.

5.2 *La segunda dimensión son los problemas en materia de financiamiento*

Se refieren particularmente a la ausencia de mecanismos solidarios. Ningún hogar debe contribuir con más de una proporción aceptable de sus ingresos totales (que evite el empobrecimiento o la indigencia) para tener acceso a los servicios de salud. Además de las consideraciones éticas que sustentan la solidaridad en el financiamiento, la necesidad de contar con un financiamiento solidario se funda en las pruebas de que el costo de los servicios constituye un obstáculo al acceso (en particular, para los más pobres), representa un costo de oportunidad elevado para mantener o desarrollar el bienestar de la familia (particularmente con respecto a evitar o superar la condición de pobreza), y es altamente regresivo (es decir, los hogares más pobres, se ven obligados a costear más de su bolsillo que los menos pobres, en ausencia de un sistema adecuado de cobertura).

5.3 *La tercera dimensión es la de la dignidad en la atención*

Se refiere a aspectos que no están relacionados con la utilización ni con el financiamiento, y que se juzgan elementales para la satisfacción de las legítimas aspiraciones de los miembros de la sociedad. Incluye, entre otras dimensiones, el respeto a las tradiciones y culturas de los grupos sociales de características étnicas distintas de las de la mayoría. Este factor conduce también al fenómeno de la autoexclusión; es decir, personas que teniendo derecho y acceso a servicios, prefieren no utilizarlos por estos motivos. Tienen que ver con esta dimensión de la exclusión, factores como el idioma, las creencias o la sensación de un trato inhumano o poco respetuoso de los pacientes.

6. *Estrategias para la extensión de la protección social en salud*

6.1 *Revisión de intervenciones pasadas*

La información disponible muestra que en América Latina y el Caribe, no se han llevado a la práctica, en la magnitud necesaria, estrategias con el objetivo específico de reducir la exclusión en salud. La década de los setenta y la mitad de los ochenta vio crecer las políticas y programas de ampliación de la cobertura de servicios de salud, sobre todo a áreas rurales marginales, especialmente a partir de la formulación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y de la Reunión de Alma Ata en 1978. Las políticas desplegadas durante los últimos 15 ó 20 años en la mayoría de los países han estado más bien orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud, como consecuencia de las restricciones financieras y presupuestarias, producto de las crisis económicas. Con todo, los esfuerzos han ido mas dirigidos hacia algunas tareas de focalización y de incremento de la oferta pero no tanto a la definición creciente de esquemas de aseguramiento en salud garantizados públicamente.

No obstante, las intervenciones llevadas a la práctica, que de alguna manera han contribuido a reducir la exclusión, se pueden agrupar en varias categorías:

6.1.1 *Experiencias de establecimiento de regímenes especiales de seguro social sin esquema contributivo*

Se han practicado en varios países y están orientados a satisfacer las demandas de grupos especiales de población (madres, ancianos), sectores productivos (cultivadores de caña de azúcar y de café) o a temas específicos que se ha decidido priorizar (atención maternoinfantil). Estas experiencias tienen éxito en el corto plazo y efectivamente logran incorporar a los grupos excluidos a quienes van dirigidas. Su principal dificultad radica en la falta de sostenibilidad, ya que generalmente son financiadas por recursos extraordinarios (como préstamos de las instituciones financieras internacionales) y no se integran adecuadamente con otras actividades sectoriales. Una vez terminada la cooperación financiera, usualmente se abandonan o se diluyen al no haberse previsto la asignación presupuestaria regular para el futuro.

6.1.2 *Esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental*

Permiten que algunos grupos excluidos se conviertan en derechohabientes de un esquema de seguridad social pero, sin cumplir con todos los requisitos de afiliación. En este sentido, rompen con una de las características de exclusión de los sistemas de seguridad social. Esta modalidad resuelve la problemática de la población excluida en la medida en que la autoridad pública esté dispuesta a seguir financiando el proceso. En caso de que la provisión de servicios a este grupo sea diferente de los regímenes ordinarios del seguro social, resulta una modalidad inequitativa y puede ser percibida así por parte de los derechohabientes.

6.1.3 *Expansión limitada de la oferta*

En este caso se trata de prestar servicios específicos a ciertos grupos poblacionales focalizados. Hay una amplia gama de experiencias en el continente que indican que esta modalidad puede contribuir a hacer ingresar a los servicios a una población que estaba excluida por diversas razones, y que puede resultar exitosa en el corto plazo. Las principales desventajas de este tipo de estrategia son la posible falta de sostenibilidad financiera y la falta de coherencia con las otras prestaciones de servicios. Al mismo tiempo, estas intervenciones suelen realizarse sin un esfuerzo mayor de consulta, por lo que tal vez no reflejen las necesidades reales o percibidas de atención de la población considerada.

6.1.4 *Sistemas comunitarios de protección social*

Su principal característica es la gestión directa por los usuarios potenciales. En las Américas, las experiencias generalmente se refieren a comunidades en tales niveles de

exclusión que no tienen otra alternativa, dada la ausencia de mecanismos de protección social en salud. Para tener éxito, estos sistemas requieren de una adecuada integración con los otros sistemas públicos, a los que suelen comprar servicios. Otro problema es el impacto de las enfermedades de alto costo (por ejemplo, el SIDA), las cuales pueden agotar rápidamente las reservas financieras. Los casos exitosos observados en la Región reflejan situaciones en que se ha logrado articular bien estos sistemas con los servicios públicos y combinar distintas fuentes de financiamiento, a la vez que se respeta la participación comunitaria en los procesos de decisión.

6.1.5 *Desarrollo gradual de sistemas unificados*

Suelen combinar un subsistema público, al cual tiene acceso con exclusividad la mayoría de la población y un subsistema privado complementario (seguros privados de salud), que simultáneamente puede tener acceso a los servicios del sistema público. Esta modalidad combina diversas fuentes de recursos (impuestos generales de los tres niveles de gobierno, impuestos especiales y contribuciones). Las principales limitaciones están asociadas a la carencia de recursos y a la garantía de acceso a los niveles más complejos de la atención de salud, que generan la necesidad de poner en marcha procesos de construcción de redes integradas de servicios a nivel regional y microregional. Un ejemplo de esta modalidad es el Sistema único de salud del Brasil.

6.2 *Estrategias propuestas*

Una primera conclusión de las experiencias descritas es que la reducción de la exclusión en salud conlleva un abordaje que permita sumar diversas modalidades de intervención. Es necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la rectoría, del financiamiento, del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se refuercen entre ellas.

En el ámbito de la rectoría, el desafío consiste en situar el tema de la extensión de la protección social en salud en el centro de la agenda política gubernamental y en insertar en la lucha contra la exclusión en salud a todos los actores relevantes. En este sentido, la inclusión de la extensión de la protección social en salud dentro de la función esencial de salud pública de garantía del acceso a los servicios, es determinante. El seguimiento y la evaluación periódicos del grado en que se desempeña dicha función puede contribuir a mantener los esfuerzos dirigidos a contribuir a reducir la exclusión.

En el ámbito del **financiamiento**, el desafío consiste en organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento para permitir abordar los requerimientos en salud de la población en un marco de equidad. En particular, es indispensable garantizar el financiamiento solidario y sostenible tanto de los servicios de salud personales como de los no personales. Aunque esta estrategia debe ser diseñada dentro del marco de las políticas macroeconómicas y

sociales de cada país, el mecanismo de fondos unificados con regulación pública, control social y obligación de rendir cuentas que recauden el financiamiento procedente de impuestos, cuotas y otras fuentes, y los asigne con criterios de equidad, parece favorecer la sostenibilidad financiera, la eficiencia en el manejo y la reducción de la exclusión social en salud.

En el ámbito del **aseguramiento** en salud, el desafío consiste en encontrar el balance adecuado entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria y los de financiación privada. En particular, consiste en evitar los costos de transacción y los riesgos de iniquidad derivados de los esquemas segmentados, muy fragmentados y débilmente regulados que hoy prevalecen en numerosos países de la Región.

Las pruebas parecen indicar que la existencia de un asegurador público gestionado con criterios de solidaridad, eficiencia, transparencia y obligación de rendir cuentas, y con una posición relevante/dominante en su ámbito de aseguramiento, es un factor poderoso para ordenar el mercado del aseguramiento y reducir los riesgos de exclusión. Un efecto similar tiene la existencia de mecanismos unificados de afiliación e incorporación al sistema y de buenos sistemas de información sobre las características de las poblaciones afiliadas o incorporadas y no incorporadas a los distintos subsistemas.

La utilización de un conjunto de prestaciones garantizado con financiación pública, diseñado de acuerdo a los patrones epidemiológicos y a las prioridades del país y revisado periódicamente, está demostrando ser un instrumento útil para incrementar la seguridad jurídica, extender la cobertura, y contribuir a una asignación más eficiente de los recursos en diversos países. Su impacto aumenta cuanto más unificado e integrador sea su contenido, independientemente de si la gestión del aseguramiento se hace por conducto de aseguradoras públicas o privadas. En sistemas de aseguramiento mixto, los poderes públicos tienen que afrontar el desafío de orientar la competencia entre aseguradoras hacia la extensión de la cobertura con el conjunto garantizado a poblaciones aún no cubiertas, o hacia la oferta de prestaciones no incluidas en él ("prestaciones complementarias").

Cabe mencionar especialmente a los seguros comunitarios de salud, organizados por grupos pequeños de personas para hacer agregación de riesgos. Estas organizaciones predominan en contextos donde los esquemas tradicionales de aseguramiento no han sido eficaces. La fuente de financiamiento predominante está formada por diferentes tipos de contribuciones voluntarias y subsidios públicos o de origen externo, tanto nacionales como internacionales. La prestación de servicios puede contratarse con operadores públicos o privados. El desafío en este caso es favorecer la sostenibilidad financiera de estas organizaciones, así como ayudar a la coordinación entre ellas y los esquemas formales de aseguramiento y de prestación de servicios existentes.

En el ámbito de la **provisión de servicios** el reto consiste en reorientar el modelo de atención y en introducir los incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a reducir o a eliminar la exclusión.

En relación con el modelo de atención, es necesario privilegiar las estrategias orientadas a: fortalecer la accesibilidad a los servicios de salud (por ejemplo, reorientando los servicios con criterios de promoción de la salud y fortaleciendo la estrategia de atención primaria), garantizar la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sistema de salud; y fortalecer la demanda de servicios de las poblaciones con mayor riesgo de exclusión (por ejemplo, fortaleciendo la capacidad de los usuarios para reconocer y ejercer sus derechos a la atención de salud). En materia de incentivos, deberían introducirse aquellos mecanismos de pago a los proveedores intermedios y finales que más contribuyan a reducir la exclusión (por ejemplo, subsidios públicos a los establecimientos de salud para la atención de colectivos excluidos) y evitarse aquellos que pueden fomentarla (por ejemplo, pago directo de bolsillo o subsidios públicos a pacientes cubiertos por seguros privados). La introducción de los incentivos apropiados debe hacerse teniendo en cuenta que el modelo aplicado de gestión de los establecimientos y servicios sea coherente con el contenido del conjunto garantizado de prestaciones.

6.3 *Economía política de la EPSS*

Hacer avanzar las estrategias precedentes obliga a reconocer los intereses legítimos de los diversos grupos de interesados en el proceso y a analizar de qué modo dichos grupos pueden influir en las estrategias destinadas a combatir la exclusión.

Los interesados suelen ubicarse en otros sectores que no son sólo el de la salud (por ejemplo, en las áreas de finanzas, política social, trabajo y empleo, educación, industria, etc.) por lo que deberá enfatizarse desde el primer momento la naturaleza intersectorial del análisis y del diálogo para diseñar estrategias de respuesta.

Para explicar los intereses de los afectados y hacer avanzar las estrategias, se requiere crear las condiciones y desarrollar las dinámicas conducentes al establecimiento de un diálogo social que permita tanto la apropiación de la propuesta por parte de los interesados, como facilitar su implementación a lo largo del tiempo.

De hecho, por sus potenciales efectos articuladores y su impacto sobre la productividad, el empleo y la calidad de vida de los ciudadanos, combatir la exclusión y fomentar la extensión de la protección social en salud, debe concebirse como un esfuerzo sostenido de largo plazo y debería convertirse en una de las políticas de Estado más relevantes. Ella debería revisarse periódicamente y dar origen a sucesivos planes de acción con metas definidas y rendición de cuentas al más alto nivel en la vida política de los países.

7. La respuesta conjunta de la OIT y la OPS para apoyar a los Estados Miembros en el campo de la EPSS

La OIT y la OPS consideran que se requiere un enfoque innovador para abordar el problema de la extensión de la protección social en salud. A la luz de la complementariedad de sus mandatos, han visualizado posibles sinergias significativas a partir de una acción conjunta en apoyo a los esfuerzos de los países en materia de EPSS en las Américas. Para ello han venido desarrollando actividades conjuntas desde 1999 que han dado lugar a la elaboración de cuatro estudios regionales sobre magnitud de la exclusión de salud, análisis comparado de políticas de protección social en salud, análisis de experiencias regionales en microseguros de salud y caracterización del comportamiento del gasto de bolsillo en salud, así como a la celebración de una reunión tripartita de gobiernos, trabajadores y empleadores sobre extensión de la protección social en salud a grupos excluidos, llevada a cabo en México, en diciembre de 1999 y han preparado una iniciativa conjunta para los próximos cinco años que se resume a continuación.

7.1 *Meta*

Contribuir al aumento del bienestar para un mayor sector de la población en las Américas mediante la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos. Para ello, será necesario impulsar políticas, reformas y mecanismos que garanticen socialmente el acceso a la atención de salud en condiciones adecuadas de protección financiera para los hogares y la dignidad de la atención para sus miembros.

7.2 *Propósito*

Extender la protección social en salud entendida como la garantía de acceso a servicios prioritarios de salud bajo condiciones adecuadas de protección financiera y de dignidad de la atención, según sea definida mediante un proceso de diálogo social emprendido por cada país.

7.3 *Resultados esperados*

7.3.1 *A nivel de país:*

- Mayor conocimiento del problema de la exclusión, sus dimensiones y soluciones posibles;
- Mayor conciencia social de la importancia de la EPSS;
- Diálogo social y de política eficaz establecido sobre la EPSS;
- Mecanismos de cooperación técnica establecidos para apoyar la ejecución de la EPSS.

7.3.2 *Entre países*

- Lecciones y experiencias compartidas, así como cooperación entre países de la Región;
- Métodos y mecanismos eficaces para establecer, evaluar y aplicar políticas destinadas a extender la protección social en salud en países seleccionados de las Américas, desarrollados, probados y validados;
- Apoyo a actividades entre países.

7.4 *Estrategia propuesta*

Para tener éxito, una iniciativa de este tipo necesita ser plenamente apropiada por los países participantes. El papel del gobierno y los aliados sociales es crucial. La acción conjunta de OIT y de OPS está encaminada a reforzar la capacidad institucional de los países para:

- Hacer el trabajo de promoción de la EPSS, al divulgarla y explicar por qué es necesaria, además de proponer los instrumentos potenciales para lograrla;
- Identificar las causas, magnitud y soluciones para el combate de la exclusión de la protección social en salud a nivel de país y crear las asociaciones necesarias con diferentes interesados directos y organizaciones locales;
- Establecer una línea basal sobre el estado de la exclusión en salud;
- Analizar las políticas ejecutadas hasta ahora y su repercusión sobre la exclusión en salud;
- Crear capacidad para manejar el tema a los niveles nacional y subnacional;
- Establecer asociaciones con organismos multilaterales, bilaterales, fundaciones y otros;
- Establecer un centro de distribución de información (clearinghouse) de mejores prácticas y conocimientos;
- Elaborar metodologías e instrumentos para apoyar a los encargados de la toma de decisiones en la ejecución de políticas para extender la protección social en salud.

La ejecución del apoyo técnico y financiero total adicional que se necesita para esta iniciativa excede la capacidad de las dos instituciones auspiciadoras. Por consiguiente se prevé un importante esfuerzo de movilización de recursos y de defensa de la causa para ampliar el grupo de auspiciadores desde un principio. La OIT y la OPS/OMS creen que la única manera

de abordar el problema es creando asociaciones entre las partes interesadas y estableciendo un diálogo social y de política, riguroso y eficaz. Los socios potenciales incluirían a otros miembros del sistema internacional, a organizaciones multilaterales y a organismos bilaterales de cooperación técnica.

7.5 *Actividades principales*

7.5.1 Actividades de país

Apoyar el desarrollo de estrategias nacionales para combatir la exclusión en salud, identificando sus causas, magnitud y soluciones posibles en el país participante. El desarrollo de la estrategia incluiría la identificación de iniciativas locales, actuales o pasadas, para la extensión de la protección social en salud, a objeto de evaluar su posible utilización como mecanismos de extensión.

Durante la preparación de cada estrategia nacional, la iniciativa apoyará los esfuerzos gubernamentales para organizar una política y diálogo sociales a nivel nacional con actores pertinentes, según sea necesario. Este proceso culminará en la elaboración de un Plan de acción para EPSS.

Durante el proceso de ejecución del Plan de acción, podrá prestarse cooperación técnica para cualquier actividad concreta o para la supervisión técnica y apoyo general.

7.5.2 Actividades regionales

Las acciones regionales complementan las actividades de país. Las experiencias de los diferentes estudios y procesos de país se sintetizarán para permitir intercambios cruzados de experiencia y la producción de conclusiones generales. Además, diversas actividades de investigación pertinentes a todos los países (mejor comprensión de las barreras para establecer seguros de salud, motivaciones para ingresar a ellos, factores determinantes de la demanda, repercusión sobre la protección financiera de diferentes subsistemas, etc.) se dirigirán desde una perspectiva regional.

El establecimiento de un centro de distribución de información acerca de mejores prácticas y conocimientos, así como el seguimiento y la evaluación general de la iniciativa y las lecciones aprendidas, será un foco importante de la acción regional. La promoción de la causa, comunicación, educación y actividades de información en lo referente a los problemas y la necesidad, además de los medios para resolverlos, también se emprenderán desde el nivel regional.

Se desarrollará un compendio de los instrumentos y las metodologías diseñadas para ayudar a los responsables de la toma de decisiones a extender la protección social en salud. Las herramientas podrán ser cualquier instrumento que se considere necesario incluir, ya sea que se desarrollará o ya esté desarrollado por la OIT, la OPS, por ambos organismos en conjunto o por cualquier organismo que trabaje en el tema.

7.6 *Presupuesto*

La OIT y la OPS han financiado la mayoría de las actividades anteriores de la iniciativa. Esto incluye consultores y tiempo de personal, así como gastos operacionales por un monto de aproximadamente US\$ 800.000 en los últimos tres años. Ambas instituciones seguirán brindando este apoyo por tratarse el tema de una área central de su quehacer, pero redoblarán sus esfuerzos para tratar de movilizar otros recursos extrapresupuestarios por un monto de \$25 millones para el período de cinco años de trabajo.

La OIT y la OPS esperan contraer un compromiso importante con la iniciativa, en particular en sus aspectos regionales y de coordinación. Éste se estima en el orden de unos \$5 millones en tiempo de personal, tanto de país como de las sedes, así como en actividades de apoyo. Esto permitirá que los recursos adicionales de los socios puedan usarse casi exclusivamente tanto para las actividades sustantivas a nivel regional, como para las intervenciones en los países. Por lo tanto, se necesitan recursos adicionales para aproximadamente la mitad del presupuesto regional y la mayoría de las actividades nacionales. Se espera que estos fondos sean proporcionados por diversas instituciones y otros interesados. Este presupuesto no incluye la contribución de contraparte de los países.

8. *Intervención del Comité Ejecutivo*

El presente documento busca dar al Comité Ejecutivo una síntesis del problema de la exclusión en salud, del pensamiento actual sobre la extensión de la protección social en salud y acerca de iniciativa conjunta de la OPS y la OIT para apoyar a los países en el desarrollo de esta línea de la política social.

Se ha beneficiado ya de los comentarios aprobados por el Subcomité de Planificación y Programación. Asimismo, la orientación por el Comité Ejecutivo servirá para guiar las futuras actividades de la OIT y la OPS en este tema, así como para comenzar un proceso de interacción con los países miembros. Dicho proceso, que incorporará a otros actores tanto multi como bilaterales, así como a distintos grupos sociales, buscará activar mecanismos en cada país que lleven a reducir la magnitud de la exclusión en salud y, por lo tanto, avanzar en el logro de la salud para todos.