

INICIATIVA CONJUNTA DE LA OIT Y LA OPS SOBRE LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD



Organización
Internacional
del Trabajo



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

ÁREA DE DESARROLLO ESTRATÉGICO DE LA SALUD
UNIDAD DE POLÍTICAS Y SERVICIOS DE SALUD

INICIATIVA CONJUNTA DE LA OIT Y LA OPS SOBRE LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Washington, D.C.
2005



Organización
Internacional
del Trabajo



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Organización
Mundial de la Salud

ÁREA DE DESARROLLO ESTRATÉGICO DE LA SALUD
UNIDAD DE POLÍTICAS Y SERVICIOS DE SALUD

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud.

Iniciativa conjunta de la OPS y la OIT sobre la extensión de la protección social en salud.

Washington, D.C: OPS, © 2005.

ISBN 92 75 07394 5

I. Título II. Organización Internacional del Trabajo

1. SEGURIDAD SOCIAL

2. REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

3. OBRA SOCIAL

4. OIT

5. AMÉRICAS

NLM HD 4826

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

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

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

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

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

Diseño y diagramación: Matilde E. Molina

Índice

PRÓLOGO	V
1. INTRODUCCIÓN	I
2. EL CONCEPTO DE EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	5
3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	11
3.1. Contexto demográfico, económico, laboral y social que influye sobre la protección social en salud en América Latina y el Caribe	11
3.2. Panorama de la exclusión de la protección social en salud	20
3.3. Políticas y estrategias seguidas en la Región para el aumento de la protección social en salud	23
4. FUNDAMENTOS Y MECANISMOS PARA EXTENDER LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	27
4.1. Valores	27
4.2. Mecanismos potenciales para la Extensión de la Protección Social en Salud	30
5. MARCO DE REFERENCIA DE LA OIT Y LA OPS PARA RESPALDAR LA PUESTA EN MARCHA DE LAS ESTRATEGIAS DE EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN EN SALUD	33
6. REUNIÓN DE ALIADOS DE LA INICIATIVA CONJUNTA DE LA OIT Y LA OPS SOBRE EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	39
6.1. La iniciativa de la OIT y la OPS en EPSS	39
6.2. La reunión	42
6.2.1. Alcance y propósito de la reunión	42
6.2.2. Agenda	43
6.2.3. Presentación de Ricardo Hernández Pulido (OIT)	44
6.2.4. Presentación de Daniel López-Acuña (OPS)	50
6.2.5. Presentación de Emmanuel Reynaud (OIT)	56
6.2.6. Presentación de Pedro Brito (OPS)	57
6.3. Experiencias de países	59
6.3.1. Presentación del gobierno del Distrito Federal de México	59
6.3.2. Presentación del seguro integral de salud de Perú	67
6.3.3. Presentación del Instituto Hondureño de Seguridad Social	71
6.3.4. Presentación de Bolivia	74
6.3.5. Presentación de Surinam	79
6.3.6. Investigación para la protección social en salud en las Américas, presentación de IDRC-Canadá	82
6.4. Posibilidades de cooperación	86

Prólogo

Uno de los desafíos fundamentales a los que hacen frente en la actualidad los sistemas de salud en las Américas, es encontrar la manera de garantizar a todos sus ciudadanos un nivel básico de protección social en salud, que pueda servir para eliminar inequidades en el acceso a servicios de salud de calidad y que éstos estén al alcance de los grupos sociales que, hasta ahora, han sido excluidos de la oportunidad de contar con servicios de salud básicos para atender sus necesidades, independientemente de su capacidad de pago. Los grupos sociales que no pueden hacer uso de la garantía del acceso al cuidado de la salud constituyen la población “excluida”.

A fin de superar este reto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrollaron una Iniciativa con el objetivo de contribuir al mayor bienestar de un sector significativo de la población de la Américas al extender la protección social en salud a los grupos excluidos. La Iniciativa fue aprobada por todos los Estados miembros de OPS mediante la resolución CSP26/12 de la Conferencia Sanitaria Panamericana de 2002.

La lucha contra la exclusión en salud a través de la extensión de la protección social en salud se enmarca dentro de los mandatos de la OIT y la OPS. 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, la lucha contra la exclusión en salud se relaciona directamente con su mandato de reducir las inequidades 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, lo que a su vez permitirá alcanzar la meta de salud para todos.

Este libro constituye un ejemplo del trabajo conjunto entre OIT y OPS. En las páginas siguientes, se presentan: del capítulo 1 al 5, el Documento Conceptual de la Iniciativa OIT - OPS, y en el capítulo 6, el informe de la Reunión de instituciones interesadas en la Iniciativa Conjunta de la OIT y la

OPS sobre la extensión de la protección social en salud, celebrada en Estocolmo, Suecia, en Octubre de 2003, y que fue auspiciada por la OIT, la OPS y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), que actuó en calidad de entidad anfitriona.

1. Introducción

Existe una tensión entre la realidad de la exclusión social y en el ámbito de la salud presente en América Latina, y el consenso al que ha llegado la humanidad en torno al reconocimiento de la salud y de una vida digna como un derecho humano y una condición a la que aspiran los ciudadanos. Es esta tensión la que ha servido de impulso a los esfuerzos actuales realizados con miras a la reforma de los sistemas de salud y de los regímenes de asistencia médica de la seguridad social, que constituyen expresiones de la determinación de las naciones para promover la protección social y su reestructuración a la luz de las nuevas circunstancias.

La salud debería ser considerada al mismo tiempo un objetivo y un medio para el desarrollo humano como condición para el crecimiento económico y la competitividad. Esto con el objetivo en sí mismo que representa la salud, en su carácter de derecho humano fundamental y por su reconocida repercusión en la calidad de vida de los ciudadanos y en el aumento de la productividad. Hoy en día, existe un consenso generalizado en el sentido de que la buena salud es vital para combatir las condiciones de pobreza que afectan a millones de personas en el mundo; y por ende, **la protección social en salud ha venido adquiriendo cada vez más importancia en las agendas nacionales.**

Hoy por hoy, el problema para la mayoría de países en este campo es el hecho de que en el pasado, los esfuerzos de cara a la construcción de sistemas de salud nunca han resultado satisfactorios en la constitución de estados benefactores en ninguno de sus modelos, lo que significa que durante las últimas décadas, estos modelos coexistieron con importantes niveles de exclusión social y también en términos de salud. En el nuevo contexto social globalizado, el elevado porcentaje de población de los países de América Latina y el Caribe, ya excluido de los mecanismos de protección social en caso de sufrir una enfermedad o de hacer frente a las consecuencias de dicha enfermedad, corre el riesgo de aumentar. En el ámbito regional, se estima que entre el 20 y 25% del total de la población no cuenta con acceso a servicios de salud. Evidentemente, existe una amplia brecha entre las condiciones reales del desarrollo de los sistemas nacionales de protección social en salud y los objetivos planteados en el ámbito de las políticas públicas.

Para la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las condiciones actuales no parecen conformar el marco más idóneo para avanzar de manera natural y sostenida hacia la extensión de la protección social. En general, los países de la Región han venido experimentando condiciones demográficas poco favorables, que se combina con otros fenómenos como el estancamiento económico, el aumento del desempleo, el crecimiento del sector informal de la economía, el recrudecimiento de la pobreza en términos absolutos y relativos y la profundización de las disparidades en la distribución del ingreso. Todas estas son manifestaciones de la desestabilización de las sociedades en el proceso de desarrollo de un nuevo mundo globalizado y que ahora luchan con la incorporación competitiva en la dinámica global más recientes y que están siendo reestructuradas a fin de contribuir a la cohesión social y a la unidad nacional.

Habida cuenta de esta situación, los mecanismos existentes de protección social en salud, sea por la vía de la asistencia social o de la seguridad social, se tornan irremediablemente insuficientes. Las declaraciones del acceso universal a la atención de la salud contenidas en las normas jurídicas de casi todos los países, no parecen constituir más que un simple enunciado sin apego a la realidad; y las agendas de reforma sectorial en salud y seguridad social no parecen estar en condiciones de responder con éxito a las carencias en materia de acceso a la salud de las grandes mayorías de población.

En un contexto tan poco favorable, la responsabilidad y obligación de los gobiernos y responsables de las políticas públicas de cara al análisis, diseño, propuestas y puesta en práctica de mecanismos apropiados para la extensión de la protección social de la salud, se convierte en una tarea impostergable. La falta de acción no representa una excusa y, sin lugar a dudas, conduce a que un mayor número de personas sufran exclusión social en el ámbito de la salud. Por el contrario, una respuesta activa, gestionada con criterios sociales y económicamente correctos, y apoyada en una sólida evidencia, puede revertir el panorama de la protección social en salud vigente en la Región.

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se han comprometido a poner en práctica 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 con miras a la extensión de la protección social en salud.

La lucha contra la exclusión en salud se enmarca dentro de los mandatos de la OIT y la OPS. Una de las misiones primordiales 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. A su vez, uno de los objetivos estratégicos para que se haga realidad el trabajo decente, es mejorar la cobertura y la eficacia de la protección social en salud para todos.

Para la OPS, la lucha contra la exclusión en salud se relaciona directamente con su mandato de reducir las inequidades en el acceso y financiamiento de los servicios de salud. Esta lucha se inscribe dentro de las tareas que la OPS ha definido como prioritarias en la búsqueda del acceso universal a los servicios de salud que permita alcanzar la meta de “salud para todos”.

El presente documento, elaborado conjuntamente por la OIT y la OPS, presenta un panorama de la situación y el avance alcanzado en América Latina y el Caribe en materia de protección social en salud; pone de relieve los fundamentos y mecanismos para la extensión de la protección social en salud y establece el marco de referencia en el que actúan la OIT y de la OPS a efectos de respaldar la puesta en marcha de estrategias y acciones conjuntas. También se presenta, en el capítulo 6, el reporte de la Reunión de Aliados de la Iniciativa Conjunta de la OIT y la OPS sobre Extensión de la Protección Social en Salud, que tuvo lugar en Estocolmo, Suecia, en octubre de 2003.

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

La protección social en salud 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, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. Los grupos de la sociedad que no pueden hacer uso efectivo de esta garantía constituyen los excluidos en salud¹.

En los países que cuentan con un “estado de bienestar”, la crisis de la protección social es nueva y el principal indicador de exclusión es la falta de universalidad de la atención de la salud institucionalizada. Pero en la mayor parte de los países de América Latina, esta vulnerabilidad es antigua y siempre ha estado presente, a pesar del progreso alcanzado en sus sistemas de atención de la salud. Es así como se cuenta con un doble sistema de protección social: el institucional y el sistema basado en la comunidad. No es casualidad que la gran parte de los recursos financieros para la salud en casi todos los países de América Latina provenga de los gastos de bolsillo.

Habida cuenta de las circunstancias actuales, existen aún menos posibilidades que antes de una solución estatal al problema de la vulnerabilidad en el ámbito de la salud. La construcción de un “nuevo modelo público” — que después de algunas décadas ha sido puesto en práctica sólo en algunos países y que la mayoría de ellos ha optado por “sistemas segmentados”— requiere ahora una perspectiva Estado-sociedad más en función de la protección social, sin dejar de lado su papel de garante de la atención de la salud como un derecho.

¹ 26° Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Internacional del Trabajo. -CSP26/12-, 16 de julio del 2002.

La exclusión social de la atención de la salud debe interpretarse en un sentido amplio, como una variedad de situaciones, todas las cuales comparten una intolerancia a la morbilidad y la mortalidad prevenible. En términos éticos, una sociedad sin protección descuida su vida, y esta falta de cuidado se manifiesta tanto en las esferas institucionales como en las no institucionales. Esto no solo significa que la prestación de servicios de salud es insuficiente, sino que existe una inadecuada provisión de servicios de atención de salud en un sentido más amplio. Tales circunstancias pueden incluir la ausencia total de acceso a atención de salud, incapacidad para obtener algunos servicios suplementarios de salud, e incluso, en algunos casos, ausencia o debilidad en el apoyo de la comunidad o redes familiares. Dado que no existe ningún indicador que abarque todas estas dimensiones, es difícil medir esta área de exclusión social en términos prácticos.

Las principales causas de la exclusión social en salud, según se relacionan con los sistemas institucionales, podrían agruparse en tres conjuntos de obstáculos.

En primer lugar están los *problemas de acceso*, que son aquellos que pueden estar asociados a la falta de productos y servicios de carácter público (por ejemplo, agua potable, vacunas), a la ausencia de personal de servicios de salud, o a la falta de protección contra la pérdida de ingresos como consecuencia de una enfermedad. Estos *problemas de acceso* se relacionan con una infraestructura insuficiente o con la presencia de barreras específicas que dificultan el acceso a atención de salud.

Estas barreras a su vez pueden categorizarse como geográficas, económicas o culturales; pueden ser explicadas por la naturaleza de los beneficios contractuales del empleo o por la estructura de los sistemas de salud predominantes en los países. La manera en la cual los sistemas de salud están organizados en lo que se refiere a la exclusión social, no es neutral. Por el contrario, tal organización se considera como uno de los factores determinantes de la exclusión social. Es importante señalar que los sistemas caracterizados por la alta segmentación o fragmentación, por el predominio de pagos directos o mediante el manejo inadecuado han demostrado históricamente tener una limitada capacidad de satisfacer adecuadamente las necesidades de salud de la población.

El segundo obstáculo que causa exclusión social en salud son los problemas financieros. Estos se generan principalmente debido a la ausencia de suficientes mecanismos colectivos de financiamiento y a la falta de ingresos que

caracterizan a significativas proporciones de la población en América Latina y el Caribe. Las familias con ingresos bajos e insuficientes no tienen capacidad de pago para obtener acceso a servicios de salud financiados mediante las deducciones de sueldos y mucho menos mediante gastos “del bolsillo”.

Dondequiera que el Estado no logre ofrecer una solución adecuada a los problemas de salud de los grupos económicamente vulnerables, estos grupos deben recurrir al pago directo de servicios de salud, lo cual es un mecanismo de financiamiento costoso y altamente regresivo.

Por último, el tercer obstáculo que causa la exclusión es la *calidad de la atención y la atención intercultural*. Este obstáculo abarca los problemas asociados con la calidad de los servicios ofrecidos a grupos más deficientes y la falta de respeto por las tradiciones y culturas de grupos sociales con características étnicas específicas.

Con respecto a la *calidad de la atención*, una de las consecuencias de la segmentación del sistema de salud ha sido el alto nivel de diferenciación, en términos de calidad de los servicios de atención de salud ofrecidos a los individuos en diversos grupos de ingresos, que ha tenido consecuencias perjudiciales en la calidad de los servicios orientados hacia grupos más deficientes.

Debe subrayarse, sin embargo, que la exclusión social en salud en términos de calidad no es solo un problema para los pobres. En muchos casos, esos segmentos de la población cuya capacidad de contribuir a las atenciones de salud es promedio o alta, a menudo no están dispuestos a buscar atenciones dentro de sistemas que no ofrezcan servicios de salud que sean percibidos como de buena calidad. Como resultado, se ven obligados a optar por alternativas y soluciones no colectivas, a menudo costosas para los individuos y para la sociedad en general.

Las tres definiciones mencionadas antes de las dimensiones de la exclusión sirven de base para una serie de indicadores que permiten mediciones indirectas de la exclusión social en salud. Los grupos de indicadores más comúnmente usados son: i) **indicadores de cobertura**: aquellos que se relacionan con la cobertura del servicio del sistema de salud dirigidos a la población en general (por ejemplo, el porcentaje de la población sin seguro de salud); ii) **indicadores de acceso**: aquellos que registran barreras económicas, financieras y culturales que dificultan la obtención eficaz de atenciones de salud; iii) **indicadores de infraestructura**: aquellos que reflejan

la falta de insumos y recursos en general, del sistema de atención de salud (como camas de hospital, personal médico, profesionales de enfermería, agua potable y aguas residuales, entre otros); y iv) **indicadores de proceso**: aquellos que se relacionan con la manera en la cual servicios directos se prestan y se organizan (por ejemplo, cobertura de programas de vacunación).

No obstante, es importante observar que es difícil cuantificar adecuadamente las dimensiones de la exclusión social de la atención de la salud en la Región, especialmente debido a la limitada o deficiente información sanitaria.

Los indicadores institucionales de vulnerabilidad en salud en cuanto al acceso, financiamiento y calidad no pueden interpretarse de manera aislada uno del otro. Todas las iniciativas que apuntan a ampliar el acceso, aumentar el financiamiento o mejorar la calidad de los servicios son de carácter progresivo, pero las barreras que buscan superar son meras expresiones de las características de los sistemas de atención de salud existentes. La extensión de la protección social en salud no puede ser vista sencillamente como un añadido a la cifras de los proveedores de servicios de salud, con las mismas modalidades de financiamiento y modelos de atención, porque apenas reproducirían las barreras habituales culturales y de acceso. En este tema se destaca la diferencia entre Europa y América Latina. En Europa, los estados benefactores incluían a casi toda su población. Por otro lado, en América Latina, coexisten la intención de algunas de las personas y gobiernos involucradas, y las discusiones elogiando y promoviendo el bienestar, con la práctica de la exclusión. Los especialistas encuentran alguna afinidad entre este modelo de residuo liberal y el antiguo “asistencialismo aristocrático”, que apenas podría considerarse beneficioso para la comunidad.

En cambio, la extensión de la protección social en salud consta de estrategias que incluyen la provisión de protección sostenible para la población excluida. Para desarrollar sistemas de inclusión, las estrategias existentes deben transformarse. Los modelos no inclusivos no se vuelven inclusivos por sí mismos. La mayoría de los países que históricamente no apuntaron hacia un sistema de atención de salud universal, si no que en cambio desarrollaron sistemas segmentados, admiten que existen diferencias per cápita significativas en los recursos asignados entre los subsistemas; es decir, servicios de calidad inferiores para pobres e insuficiente cobertura de demanda espontánea. Esto se agudiza por las limitaciones del enfoque asistencial público, en el cual servicios públicos están disponibles sólo a los que tienen los medios para

superar las barreras de acceso económico. Como resultado, el acceso se ha dificultado aun más dado que la pobreza no permite que aquellos que necesitan atención puedan exigirla. La falta de protección financiera obliga a las familias pobres a que aplacen la atención y existe una tendencia a efectuar gastos sanitarios catastróficos cuando ocurren.

Dentro del marco conceptual de la protección social y exclusión con referencia a la atención de la salud, las estrategias diseñadas para eliminar la exclusión social en salud son un conjunto de intervenciones públicas que se conocen como “*Extensión de la Protección Social en Salud*” (EPSS). A través de su iniciativa conjunta, la OPS y la OIT están alentando a los países a que intercambien sus experiencias, promuevan sus proyectos y sistematicen las estrategias para ampliar, establecer y reformar sus sistemas de protección social en salud a fin de ejecutar soluciones basadas en las necesidades de las personas excluidas. Las intervenciones se dirigen a garantizar el acceso de los ciudadanos a una atención de salud adecuada y eficaz para reducir la repercusión negativa económica y social de los eventos adversos personales, como las enfermedades, el desempleo o los desastres naturales, para los grupos sociales más vulnerables y para la población en general.

La protección social se entiende como el derecho que los ciudadanos tienen a exigir eficazmente, el cual es garantizado por el Estado y es ofrecido de acuerdo a la demanda y no de acuerdo a la discreción de los administradores o los prestadores de asistencia.

Los mecanismos que pueden usarse para extender la protección social en salud pueden adoptar muchas formas, desde acciones, programas, y planes que implican cambios profundos en la estructura y operación de los sistemas de salud actuales, hasta la adopción de iniciativas o esquemas de protección que favorecen grupos específicos de la población, como personas en situación de pobreza, en riesgo social, trabajadores agrícolas, población indígena, ancianos, madres solteras y niños, entre otros.

En relación directa con los obstáculos que causan exclusión social, hay cuatro condiciones identificadas que deben cumplirse para que la extensión de la protección social en salud (EPSS) pueda garantizarse realmente:

- ✧ **Acceso los servicios:** La disponibilidad de suministros adecuados de servicios de salud que sean física y económicamente accesible a las personas.

- ❖ **Seguridad financiera:** Financiamiento de manera que la estabilidad económica de las familias o el desarrollo de sus miembros no se vea amenazada por la necesidad de pagar por servicios de salud.
- ❖ **Solidaridad en el Financiamiento:** Que existan subsidios cruzados intergeneracionales y entre diversos grupos ocupacionales y de distinto nivel de ingreso.
- ❖ **Calidad y diversidad cultural en el cuidado:** La atención de salud de calidad debe ser siempre respetuosa de las características étnicas, sociales, culturales y económicas de los usuarios. Estas características deben definirse mediante un proceso de diálogo social.

Estas cuatro condiciones son imprescindibles. La ausencia de una o más de ellas lleva a alguna forma de exclusión en la atención de salud.

Por lo tanto, la extensión de la protección social en salud también puede definirse como la variedad de iniciativas, políticas, estrategias e intervenciones —ejecutadas por la comunidad de atención de la salud y por otros, con apoyo del Estado y la sociedad en general— que apuntan a garantizar el acceso a los servicios de atención de salud, los cuales no amenazan la estabilidad económica de los individuos y las familias, son financiados con solidaridad de acuerdo a ingresos, ocupaciones, y grupos de edad, y ofrecen calidad y sensibilidad cultural en la provisión del cuidado de la salud.

Estas cuatro condiciones, que son también las metas finales de la extensión de la protección social en salud, son también características de un sistema de atención de salud que proporciona cobertura universal y equitativa.

3. ¿Dónde se encuentra América Latina y el Caribe en materia de protección social en salud

3.1. Contexto demográfico, económico, laboral y social que influye sobre la protección social en salud en América Latina y el Caribe

En las últimas décadas, los países de América Latina y el Caribe han estado sujetos a profundos cambios en el orden político, económico y social. Las nuevas cuestiones que obligan a replantear las políticas sociales tienen que ver con el hecho de que las sociedades de América Latina, que ya tenían bolsas de desempleados y subempleados, apoyan ahora el aumento de su reproducción social en la dinámica de amplios grupos informales mediante el debilitamiento de la fuerza del empleo en virtud de la relación capital-trabajo.

El vínculo entre conocimiento e información que ha surgido con la globalización, ha dejado obsoleta la división mundial anterior entre aquellos que producen la materia prima y los fabricantes de los bienes manufacturados. La importancia de la utilización del conocimiento como un mecanismo productivo esencial en el mundo globalizado y la flexibilización del empleo han dado un nuevo perfil y modificado la fuerza laboral. Hay menos puestos de trabajo adecuados y el trabajo mejor remunerado es por lo general el más calificado y el del sector terciario. El empleo temporal y precario, el trabajo por cuenta propia y el desempleo se han generalizado en la Región. La crisis global del empleo es nueva en los países desarrollados pero en las sociedades de América Latina y el Caribe es sólo un añadido o un deterioro de lo que ya venía ocurriendo desde hace algunas décadas y ha contribuido a empeorar las cosas.

La consecuencia en la salud es que la falta de trabajo y la menor importancia del trabajo manual podrían traducirse en una menor preocupación respecto

de la salud de dos terceras partes de la población, ya sin valor y sin posibilidad de cambio como valor añadido, debido a la desmaterialización de la producción.

En general, esta nueva situación de las sociedades post-industriales que en muchos casos nunca fueron industriales, ha tenido efectos en los sistemas de protección social haciendo más complejos los retos sociales y los que corresponden a la salud. La globalización estuvo inicialmente acompañada por un proceso ajuste y esto se tradujo en un elevado costo social. En este período, se conjugaron una reducción del gasto social, un gran aumento del desempleo y una caída de los salarios, fenómenos que en conjunto provocaron un marcado aumento de la pobreza, tanto en su extensión como en su intensidad. En términos concretos, entre 1980 y 2002, el nivel de pobreza en el subcontinente pasó de 35 a 43 por ciento del total de los hogares; el número de personas pobres aumentó de 136 millones en 1980 a alrededor de 220 millones en 2002, de los cuales 95 millones (el 18,8 por ciento) son indigentes (véase el Cuadro 1)². La mayoría de los nuevos pobres fueron de origen urbano.

Cuadro 1
América Latina y el Caribe: Pobreza e indigencia (%)
1990-2003

	1990	1997	1999	2000	2001	2002	2003
Indigentes	22.5	19	18.5	17.9	18.2	18.8	19.4
Pobres no indigentes	48.3	43.5	43.8	42.1	42.5	43.4	43.9

Fuente: Comisión Económica para América Latina (CEPAL) – Datos de la encuesta de hogares, 2004.

Por otra parte, el importante crecimiento económico registrado en la década de los noventa, equivalente a una tasa promedio del 3,6 por ciento, permitió que al final de la década muchos países se situaran en niveles similares a los de antes de la “crisis de la deuda”; no obstante, el 44 por ciento de la población regional aún vive en estado de pobreza³.

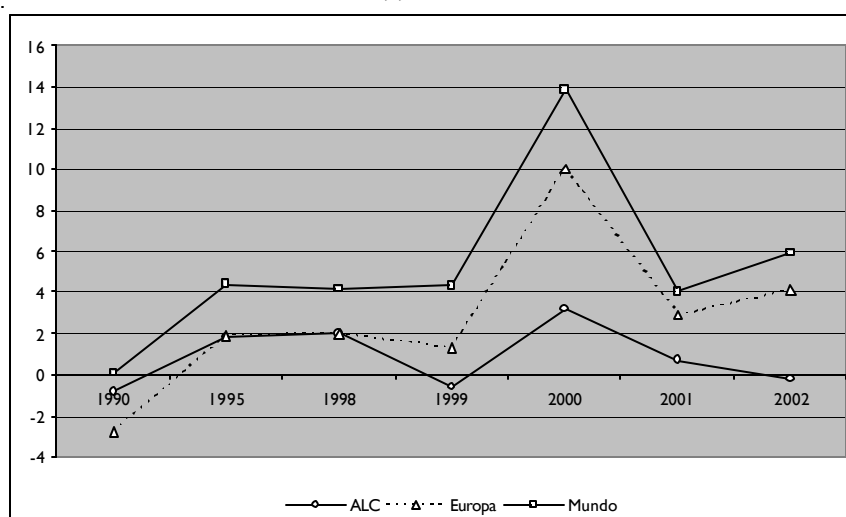
En este contexto, América Latina se ha convertido en la Región del mundo con la distribución más desigual del ingreso per capita, con un crecimiento

² “Panorama Social en América Latina 2002-2003”, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 2003.

³ “El contexto de las reformas del sector salud.” Carlos Vergara, en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 1/2, Julio-Agosto 2000.

económico significativamente bajo en la década de los 90 (véase el Gráfico 1). De acuerdo con su nivel de desarrollo global y en relación con otras regiones del mundo, América Latina exhibe grados “excesivos” de pobreza, desigualdad e inestabilidad en el nivel de ingresos⁴. El 5 por ciento más rico de la población percibe más que en ninguna otra región del mundo, el 25 por ciento del ingreso nacional; en contraste con el 30 por ciento más pobre, que percibe menos del 7,5 por ciento. O bien, el 10 por ciento más rico de la población cuenta con un ingreso medio que es 84 veces el del 10 por ciento más pobre.

Gráfico 1
América Latina y el Caribe / Crecimiento económico mundial (PIB %)
1990 - 2002



Fuente: Indicadores del Banco Mundial en línea, 2004.

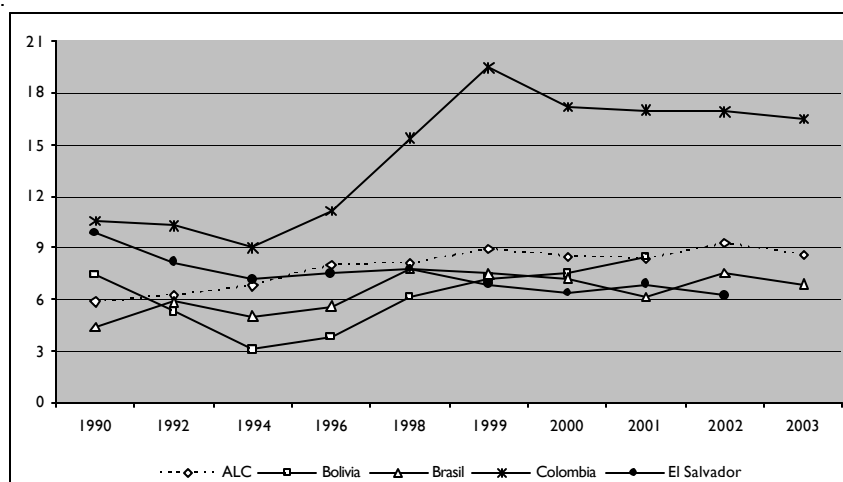
En el ámbito laboral, el nuevo modelo de desarrollo trajo consigo la flexibilización de los contratos y del marco laboral, junto con una presión cada vez mayor de las empresas por reducir sus costos de producción, fundamentalmente de aquellos asociados con la mano de obra. El crecimiento económico de los años noventa no generó una cantidad suficiente de nuevos empleos, y aquellos creados pertenecieron mayoritariamente al sector informal, con características de precariedad. En consecuencia, no hubo capacidad para ejercer influencia en la recaudación de la seguridad social, y millones de personas quedaron huérfanos de protección social, especialmente en los

⁴ “Shielding the poor: social protection in the developing world”. Editado por Nora Lustig, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C., 2001.

ámbitos de la atención en salud, los riesgos laborales y las contingencias de invalidez.

Entre 1990 y 2001, un 69 por ciento del total de los nuevos puestos de trabajo fueron informales, la proporción de este empleo respecto al total subió del 42,8 al 46,3 por ciento en este lapso, mientras que el empleo formal contrajo su participación del 57,2 al 53,7 por ciento en el mismo período⁵. Esta tendencia se concentra en las áreas urbanas y propicia la exclusión social, la marginalidad y los problemas sociales de los sectores urbanos y periurbanos más desfavorecidos. A pesar de una recuperación económica modesta durante los últimos años, persiste el elevado porcentaje de desempleo, convirtiéndose en una pesada carga para las economías de los países de América Latina y el Caribe. El elevado desempleo unido a los trabajos de baja calidad, la caída de los salarios reales y las pérdidas en la productividad plantean en la Región el importante reto de crear puestos de trabajo decentes como columna vertebral para el desarrollo (véase el Gráfico 2). Aquí, cabe también añadir la situación desfavorable de los trabajadores migrantes, que en su gran mayoría tampoco gozan de protección social.

Gráfico 2
América Latina y el Caribe: Tasa de desempleo urbano
1990 - 2001



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Indicadores sociales*, 2004.

⁵ OIT, *Panorama Laboral 2002 en América Latina y el Caribe*, Lima Perú.

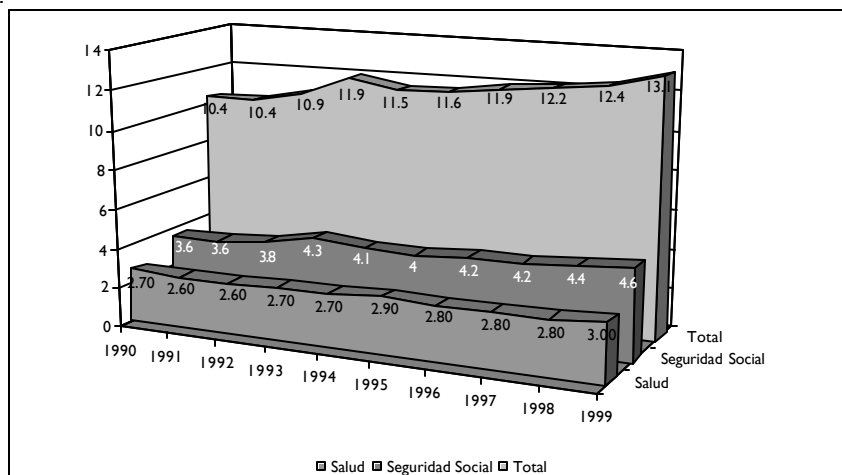
Los problemas sociales contemporáneos dejan al descubierto la preocupación sobre el nuevo dualismo social. No es sólo la existencia de la pobreza, sino también del desorden, atomización y fragmentación, anomia social, violencia, aumento del crimen, de la narco-política, aumento de la corrupción y crisis en el ámbito de la justicia. Nuestros Estados han perdido parcialmente el monopolio de la violencia en zonas de su territorio y los países atraviesan periódicamente fases de convulsión en las que se deponen a las autoridades elegidas. La fragmentación social interna en los países genera una transición en el grupo de los países excluidos hacia la condición de países no gobernables.

La interpelación respecto del papel que debería asumir el Estado, en una economía que apuesta sobre todo por las bondades del mercado, produjo la aparición de nuevos regímenes de pensiones y de seguros de salud, así como el surgimiento del sector privado como un actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por el Estado, como la administración de servicios sociales y los monopolios públicos. En estas circunstancias, la red de protección social entramada a partir esencialmente de la acción estatal, ha tenido que reducir su cobertura y alcance, fenómeno que ha agudizado la incertidumbre de los ciudadanos en relación con la confianza en los nuevos regímenes y en sus administradores; ha generado, también, sentimientos de desconfianza y vulnerabilidad frente a amenazas ya conocidas como la pobreza, el desempleo, la enfermedad y la vejez⁶.

En contra de lo esperado, el gasto social en términos del PIB creció aceleradamente en la década de los noventa; pasó de representar un 9,1 por ciento en promedio durante los años ochenta, a un 12,3 por ciento en el período 1996-1999 (véase el Gráfico 3). El motor del crecimiento del gasto social ha sido el gasto en seguridad social, rubro que casi triplica su participación relativa respecto del PIB y que se aproxima al gasto conjunto de educación y salud.

⁶ Op. Cit, Carlos Vergara, 2000.

Gráfico 3
América Latina y el Caribe: Gasto Social Público (PIB %)
Total, Salud, Seguridad Social, 1990 - 1999



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Indicadores sociales*, 2004.

La equidad en la asignación del gasto de los programas de seguridad social en salud, probablemente ha empeorado en las dos últimas décadas. En virtud de la predominancia de un modelo de atención básicamente curativo, las inversiones de los programas se han concentrado en el nivel especializado y hospitalario; es decir, en aquellas categorías de servicios de menor acceso para los grupos de más bajos ingresos, y de menor impacto en la mejora de la salud de los grupos más vulnerables.

Los procesos actuales de reforma del sector salud en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, tan diversos en su concepción, alcances esperados y avance práctico, aún están en deuda con los grupos más necesitados. De acuerdo con una sólida evidencia, los grupos de personas de más altos ingresos, por lo general se benefician de recursos en salud comparativamente mayores en relación con su peso poblacional y peor aún, superiores a los recursos asignados a atender a los grupos de más bajos ingresos⁷.

⁷ "La necesidad de hacer reformas del sector salud orientadas hacia la equidad", Davidson R. Gwatkin, en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11, Nos. 5/6, Julio-Agosto 2000.

Una de las posibles causas del limitado impacto de las reformas es el mínimo rol asignado al Estado, principio en el cual se basaron inicialmente las reformas. En un contexto de insuficiente protección social pública, este enfoque minimalista no tuvo en cuenta que la red de protección social administrada por el Estado, la cual puede ser elogiada o criticada, era no obstante una garantía contra el riesgo y los shocks asociados con eventos sociales o personales imprevistos. La Iniciativa de Extensión de la Protección Social vuelve a poner en la agenda social de América Latina la fundamental necesidad de brindar garantías colectivas ante los riesgos y las contingencias sociales.

Un elemento más del contexto reciente que contribuye a configurar el estado actual de la protección social, es que durante los últimos dos o tres decenios la población regional entró en una fase de transición demográfica, con el consecuente efecto a favor del envejecimiento y del aumento de la longevidad; en los últimos quince años, la expectativa de vida en la Región aumentó de 68,7 a 71,1 años y se espera que aumente a 74,3 años en 2020 (véase el Cuadro 2).

Cuadro 2
América Latina, el Caribe y países seleccionados:
Esperanza de vida al nacimiento
1980 - 2020

	1980-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2015-2020
América Latina y el Caribe	65,4	67,1	68,6	70	71,2	74,3
Bolivia	53,9	57,3	60	62	63,8	68,7
El Salvador	57,1	63,4	67,1	69,4	70,6	73,9
Haití	61	62,1	63,8	63,6	63,2	66,7

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Las campañas sanitarias masivas aplicadas en forma sistemática, también contribuyeron a una disminución considerable de las tasas de mortalidad infantil, con una baja de los años potenciales de vida perdidos en toda la Región, especialmente debido a la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles en los primeros años de vida⁸. Como resultado, la población regional ha aumentado y muestra una tasa de crecimiento alta, del orden del 1,4 por ciento para América Latina y del 1 por ciento para el

⁸ "La salud en las Américas" Vol. I, Organización Panamericana de la Salud, 1998.

Caribe. En este escenario, se puede prever un aumento poblacional de alrededor de 7.5 millones de personas por año para las próximas dos décadas, de modo que la población total, estimada en 520 millones de personas a mediados del año 2000, sería de 800 millones en el 2025⁹.

Dada su magnitud y predictibilidad, el envejecimiento de la población afectaría seriamente la situación sanitaria general en América Latina y el Caribe y podría generar un extraordinario reto para los esfuerzos actuales y futuros para extender la protección social en salud.

Se observa que el envejecimiento de la población en la Región es el resultado de las mejoras de salud pública que redujeron de manera sostenida la mortalidad infantil desde finales de los años cuarenta, a pesar de que los niveles de fecundidad no se redujeron significativamente hasta dos décadas después. Sin embargo, en los años setenta, sí descendieron las tasas de fecundidad, seguido por de un aumento de la esperanza de vida de los cohortes mayores de 60 años de edad. Por lo tanto, durante los 25 primeros años del siglo 21, se espera un incremento de la población mayor de sesenta años en una tasa de 3,5 por ciento por año —ej. es decir tres veces la tasa de crecimiento de la población en su totalidad—. En cifras absolutas, esto significa un aumento de 42 millones de habitantes mayores de 60 años en el año 2000, a 97 millones en 2025 y a 181 millones en 2050¹⁰.

Como en el caso de Europa, esta transición demográfica ha sido acompañada estrechamente por una transición epidemiológica que ha aumentado en forma sostenida la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, y continuará dicha tendencia. Sin embargo, a diferencia de Europa, el proceso ha sido notablemente más rápido en América Latina y el Caribe, donde las enfermedades infecciosas también han mostrado una resiliencia significativa. Mientras que las infecciones comunes no están siendo controladas plenamente, la Región también se enfrenta a epidemias emergentes —ej. Efectos sobre la salud de la contaminación ambiental, hepatitis B, SIDA— e infecciones re emergentes —ej. cólera, chagas, dengue y tuberculosis—. Esta prolongada transición está ocurriendo junto con una polarización en la distribución de las enfermedades, en las cuales las mujeres en edad fértil, las personas pobres de todas las edades y las personas de tercera edad son

⁹ De acuerdo con proyecciones del CELADE.

¹⁰ Peláez, Martha y Javier Martínez: "Equity and systems of intergenerational transfer in Latin America and the Caribbean", en la Revista Panamericana de Salud Pública, mayo/junio 2002, vol. 11, no. 5, pp. 439-443.

sumamente afectadas por todos los tipos de enfermedades significativamente prevalentes.

En efecto, los mismos cohortes que beneficiaron de las mejoras excepcionalmente grandes en la supervivencia, en particular durante la primera infancia, se alcanzarán 60 años de edad durante los 25 primeros años del siglo 21. Durante esta etapa, sin mejoras en otras condiciones de vida, esta gran proporción de personas de tercera edad en la Región probablemente gastará una considerable proporción de sus años “ganados” en la mala salud¹¹.

A su vez, esto añadirá al reto de proporcionar un nivel adecuado de transferencias financieras al sistema de salud para proveer a grandes cohortes de las personas mayores que, a menudo, no podrán contribuir económicamente para su propia atención. Respeto a la atención prestada por las familias, como ha sido tradicionalmente el caso, los cambios en las tasas de dependencia debido a la vejez colocarán una carga extraordinaria de simple apoyo, y también de la atención de la salud, sobre la población en edad de trabajar. Esto puede perjudicar la solidaridad arraigada culturalmente entre los grupos de edad en la Región hasta el punto de tornarlo socialmente ineficaz.

Por último, es importante señalar que en los últimos veinticinco años aproximadamente 100.000 personas fallecieron como resultado de desastres naturales y casi 12 millones perdieron su hogar¹². Los conflictos bélicos y los desplazamientos de población condujeron a aumentos significativos en la desnutrición, discapacidad, muerte, destrucción de recursos y trastornos de salud mental, sin que hubiese una adecuada respuesta de los sistemas de protección social en salud.

No obstante, en una esfera un poco menos visible, también existe un espacio de oportunidades para contrarrestar esta tendencia y avanzar decididamente hacia la extensión de la protección social en salud. El reconocimiento de estas oportunidades constituye una tarea prioritaria en cada país, que debe contar con la participación de los diferentes actores interesados, pues se trata de un problema de carácter multisectorial.

¹¹ “Aging in Latin America and the Caribbean”, por Alberto Palloni y Susan de Vos, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin; y Martha Peláez, Pan American Health Organization, 2002.

¹² “La salud en las Américas, Edición 2002” OPS-OMS, Washington DC, 2002.

3.2. Panorama de la exclusión de la protección social en salud

En América Latina, encontramos tres oleadas de exclusión. La primera encuentra aún su expresión en una parte de la exclusión histórica, generalmente representada por las poblaciones indígenas y rurales. Está relacionada con los descendientes de los habitantes autóctonos del hemisferio americano que todavía no han sido incorporados a las comunidades económicas, sociales y políticas. Con ellos se aplica en un sentido estricto el concepto clásico de exclusión, que alude a una fractura global en la que no se produce ninguna participación en un conjunto de derechos.

La segunda oleada está representada por otro grupo social que puede ser calificado como “excedente”, que es el urbano y marginal, informal y ubicado dentro del polo urbano de nuestras sociedades. Esta población excluida o parcialmente excluida dio pie a la elaboración de teorías sobre la marginalidad cuando la ciencia social confirmó que esta parte de la población no era absorbida por el aparato productivo ni estaba incluida en las fases de expansión, lo que se tradujo en una forma de “desempleo” estructural no previsto en las proyecciones de sustitución de las importaciones.

La tercera oleada de exclusión es la actual, acompañada de los procesos de ajuste y de una sociedad globalizada, que es lo que ha dado origen a los nuevos pobres, los desempleados, los trabajadores informales y casuales, el mundo no sólo de la precariedad y de la vulnerabilidad sino también, desafortunadamente, de la discriminación.

Los sistemas de salud han abordado de modo diferente estos tipos de excluidos. Para los sistemas de salud, las personas ya excluidas han constituido siempre un “punto ciego” debido a que la medicina institucionalizada ha tenido siempre dificultades en captar el código de la medicina popular. En el lenguaje de la salud, se ha eludido este problema como ha sido el caso con las barreras de orden cultural y geográfico para el acceso, pero el problema va mucho más lejos.

Sin embargo, dentro del grupo urbano y marginal, con los que los sistemas de salud comparten los mismos códigos culturales, la fórmula de la igualdad legal y la verdadera desigualdad persistieron en América Latina: los servicios públicos en la mayoría de los países han estado disponibles para aquellos que pueden superar la oportunidad de los costos de la atención, inexcusablemente sólo como una emergencia.

De acuerdo con Castel¹³, existen tres situaciones de exclusión social: a) el área de integración, seguridad o estabilidad; b) el área de vulnerabilidad, precariedad o inestabilidad; y c) el área de exclusión o marginalización. Cuando se habla de la extensión de la protección social hay que referirse a las áreas mencionadas en b) y c).

En los países de América Latina y el Caribe, la exclusión en salud aparece estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género) y con otras formas de exclusión social, así como con patrones culturales incluyendo el idioma, la informalidad en el empleo, el subempleo y el desempleo, el aislamiento geográfico y un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios de salud¹⁴.

Mediante el uso de diversos indicadores¹⁵, se ha estimado que en promedio, entre el 20 y el 25 por ciento de la población total de la Región (alrededor de 100 a 150 millones de personas), no tiene acceso a los servicios de salud. En efecto, más de 200 millones de personas no cuentan con cobertura del seguro social y más de 100 millones sufren de exclusión relacionada con la inaccesibilidad geográfica. Por otra parte, cerca de 100 millones de habitantes sufren de exclusión respecto de los servicios más básicos y 82 millones de niños no reciben las vacunas necesarias. Un elemento vital, el agua, está fuera del alcance de amplios sectores pobres: cerca de 160 millones de personas no posee acceso al agua potable.

Estudios recientes¹⁶ que han permitido obtener datos específicos en algunos países, alertan sobre la posibilidad de que estas cifras puedan aún ser mayores. En el Perú, por ejemplo, los datos muestran que existe un 10 por ciento de la población que se encuentra totalmente excluida del sistema de salud y un 30 por ciento de su población total (8,1 millones de personas) exhibe un alto riesgo de exclusión en salud¹⁷. En Paraguay, según datos de 1999, del total de la población enferma, o accidentada con dolencias no leves, un 47 por ciento no consultó el servicio de salud, es decir, quedó fuera del

¹³ Castel, Robert. *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: paidós, 1997.

¹⁴ *La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Sánchez, Zuleta Editores. BID/Centro de Estudios Salud y Futuro. Washington DC, 2000.

¹⁵ "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe". Documento presentado a la reunión tripartita de OIT con la colaboración de OPS, México, 1999.

¹⁶ Estudios de caracterización de la exclusión en salud realizados por OPS en siete países de la región a partir de 2001.

¹⁷ Estudio de caracterización de la exclusión en salud en el Perú, OPS 2003.

sistema por diversos motivos; entre las razones más importantes están la automedicación y la falta de recursos económicos¹⁸. Por otra parte, se estima que del total de la población en Ecuador y Honduras un 20,7 y un 30,3 por ciento, respectivamente, se encuentra excluida de la atención de salud, incluso considerando todos los subsistemas existentes¹⁹.

El perfil común de la persona excluida en estos países, se caracteriza principalmente por estar en condiciones de pobreza, vivir en el sector rural, ser de origen indígena u de origen inmigrante (por ejemplo, un haitiano en el caso de República Dominicana, o uno de lengua guaraní en el caso de Paraguay), probablemente de sexo femenino y, en ese caso jefa de hogar, la cual, si trabaja, lo hace en el sector informal.

La ausencia de una protección social efectiva y equitativa contra el riesgo y los costos que representa la enfermedad en una fracción significativa del total de habitantes de los países de América Latina y el Caribe, se traduce en enormes desigualdades en cuanto a los logros de salud entre regiones, países y grupos sociales. Según datos de la OPS, una de cada 130 madres muere durante el embarazo o el parto en América Latina, 28 veces más que en los Estados Unidos de América. El 18 por ciento de las madres dan a luz sin asistencia médica de ningún tipo. Pese a los progresos, las diferencias entre países y estratos sociales, y en los indicadores de estado de salud, son muy agudas. En Bolivia mueren 83 niños de cada 1.000 antes de cumplir un año de edad, mientras en Canadá esta cifra es solo 5,7 niños. La OPS estima que 190.000 niños mueren anualmente en la Región por enfermedades que se pueden prevenir o controlar como las diarreas y las infecciones respiratorias²⁰.

De igual manera, a finales de los años noventa la esperanza de vida al nacer era siete años mayor en el quintil más rico que en el quintil más pobre (72,5 y 65,8 años, respectivamente); por el contrario, el riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida en el quintil más rico era menos de la mitad del riesgo correspondiente al quintil más pobre (19,6 y 42,9 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente)²¹.

¹⁸ Estudio de caracterización de la exclusión en salud en Paraguay, OPS 2001.

¹⁹ Estudio de caracterización de la exclusión en salud en Ecuador, OPS 2001 y en Honduras, OPS 2003.

²⁰ "Hacia una nueva visión de la Política Social en América Latina: Desmontando Mitos". Bernardo Kliksberg.

²¹ "Nuevos rumbos para la salud en las Américas. Informe cuadrienal del Director, edición 2002". OPS, 2003.

3.3. Políticas y estrategias seguidas en la Región para el aumento de la protección social en salud

El proceso creciente de integración a la economía mundial seguido por los países de la Región en las dos últimas décadas, que se traduce en un comercio más intenso y libre entre las naciones, ha iniciado el nuevo Siglo en medio de las críticas y protestas respecto de sus resultados en el campo social, y en un ambiente de desconfianza generalizada sobre el impacto futuro que supone dicho proceso. La realidad regional está marcada por cuatros elementos esenciales: crecimiento económico lento e irregular, pobreza persistente, injusticia social e inseguridad personal.

En medio de este panorama, la década de los setenta y la mitad de los años ochenta vieron crecer diversas políticas y programas nacionales de ampliación de la cobertura de servicios de salud, sobre todo en 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. Por su parte, las políticas más recientes, concebidas en el marco de las reformas del sector salud, han estado fuertemente orientadas a contener costos y a disminuir o sostener el gasto en salud, en un entorno de políticas de austeridad fiscal. La mayoría de agendas de cambio no han centrado sus objetivos en la extensión de la protección social. Con todo, los esfuerzos han estado dirigidos principalmente hacia algunas tareas de focalización y de incremento de la oferta, pero no tanto a la definición creciente de regímenes de protección social en salud garantizados con fondos públicos²².

En virtud del marco de políticas dominante en la década de los noventa, no fue necesario hacer hincapié en el aumento de los recursos sino en la adecuada utilización de los mismos. Por tanto, América Latina dejó de solicitar aumentos presupuestarios para los gastos en salud en vista de que se la consideraba como una región de elevado gasto social. Es cierto de que había una falta de recursos y una inadecuada administración de los mismos. Quedaba aún pendiente el reto de administrar los sistemas de asistencia médica con eficacia, y eficiencia. No obstante, se debe poner el acento en el hecho de que no sólo está la falta de recursos y la necesidad de una mejor gestión sino también hay que obrar por otra “manera de brindar servicios de salud” —para lo cual se requiere una

²² Op. Cit. 26.º Conferencia Sanitaria Panamericana, OPS y OIT, 16 de julio del 2002.

reestructuración de la protección social en salud—. Con todo, esta necesidad de reestructuración constituía un aspecto secundario, lo que hizo que la década se centrara en la introducción de métodos e instrumentos administrativos en estas estructuras “segmentadas”.

Con las reformas de los sistemas de salud de primera generación, se obtuvo la ventaja de una visión intrasectorial de los problemas de salud y la administración de los proyectos y programas sociales desempeñó un papel predominante en la formulación y en la aplicación de las políticas públicas. Estas buscaron la eficacia y la eficiencia fuera del ámbito de acción del Estado, mediante proyectos y programas sociales que desembocaron en intervenciones específicas. Esto dejó de lado la necesidad de una articulación territorial, perdiéndose la noción de la naturaleza social integral con un enfoque vertical. Al final, se pasó por alto el debate entre salud y desarrollo.

Pese a todo lo anterior, se han puesto en práctica algunos dispositivos específicos con el propósito de reducir la exclusión en salud. En los siguientes párrafos, se describen dichas intervenciones agrupadas en categorías. La organización, funcionamiento y resultados dependen en buena medida de las condiciones bajo las cuales se ejecutan. Ningún mecanismo asegura el éxito absoluto y todos requieren adaptaciones específicas al entorno inmediato donde se adopten.

Algunos de los esfuerzos nacionales para la estructuración de los sistemas de salud/ y/o la puesta en práctica de iniciativas de cobertura social de carácter nacional son los siguientes: Costa Rica y el Fondo de Seguridad Social, Colombia y su modelo de pluralismo estructurado, Brasil y su Sistema Unificado de Salud (SUS) y Bolivia con su experiencia del seguro “materno-infantil”, entre otros.

En varios países se han llevado adelante experiencias que tienen que ver con el establecimiento de regímenes especiales de seguro social no contributivos. Estos se han orientado a satisfacer las demandas de grupos especiales de la población (madres, ancianos), sectores productivos (cultivadores de caña de azúcar y de café) o a temas específicos como la atención materno infantil. Estas experiencias logran tener éxito en el corto plazo y efectivamente incorporan a los grupos excluidos a quienes van dirigidas. Su principal dificultad radica en la falta de sostenibilidad, debido a que generalmente son financiadas por recursos extraordinarios (como préstamos y donaciones de las instituciones financieras internacionales) y no se integran

adecuadamente con otras actividades sectoriales. Una vez terminada la cooperación financiera internacional, por lo general se abandonan o se diluyen al no haberse previsto la asignación presupuestaria regular para el futuro.

Se han implantado también en algunos países, regímenes de seguro voluntario con subsidio gubernamental. Estos permiten que algunos grupos excluidos se conviertan en derechohabientes de un régimen de seguridad social sin cumplir con todos los requisitos de afiliación. En este sentido, se rompe 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 el suministro de servicios a este grupo sea diferente de los regímenes ordinarios del seguro social, resulta una modalidad inequitativa y corre el riesgo de que puede ser percibida así por parte de las personas con derechos.

Otra alternativa utilizada ha sido la expansión limitada de la oferta. En este caso se trata de acercar servicios específicos a ciertos grupos poblacionales focalizados. Hay una amplia gama de experiencias en el continente que indican que esta modalidad puede proporcionar una solución parcial de acceso a una población que estaba excluida por diversas razones; y por ende, puede resultar exitosa en el corto plazo. Las principales desventajas de este tipo de estrategia son la posible falta de sostenibilidad financiera y la ausencia de articulación con las otras categorías de servicios o programas de salud. 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.

Se tiene conocimiento de experiencias de desarrollo de sistemas comunitarios de protección social, cuya principal característica es la participación de los usuarios potenciales en la gestión directa. En las Américas, estas experiencias generalmente nacen en comunidades con tales niveles de exclusión, que no poseen otra alternativa para obtener protección social en salud. Para tener éxito, estos sistemas requieren de algún grado de integración con los otros sistemas públicos, con los que suelen interactuar mediante la compra de servicios. Otro problema es el impacto de las enfermedades catastróficas, como el VIH/SIDA, las cuales pueden agotar rápidamente las reservas financieras de fondos locales con escaso volumen y baja agrupación de riesgos. Los casos exitosos observados en la Región reflejan situaciones

en las que se ha logrado establecer algún mecanismo de articulación con los programas públicos, así como combinar distintas fuentes de financiamiento, a la vez que se promueve y respeta la participación comunitaria en los procesos de decisión.

Se ha planteado el 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 brindar 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 cotizaciones). Las principales limitaciones de este enfoque están asociadas a la carencia de recursos y a la garantía de acceso a los niveles más complejos de la atención en salud, los cuales generan la necesidad de poner en marcha procesos de construcción de redes integradas de servicios en el ámbito regional y microregional. Un ejemplo de esta modalidad es el Sistema Unificado de Salud de Brasil (SUS).

5. Marco de referencia de la OIT y la OPS para respaldar la puesta en marcha de las estrategias de extensión de la protección en salud

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se fundó como resultado de la inquietud de los países por establecer un marco social que pudiera garantizar la paz y la estabilidad y, en consecuencia, la prosperidad y la justicia social, en el ámbito laboral. Para lograr este objetivo, la OIT ha adoptado medidas por diversos medios: la actividad normativa, el apoyo a la creación y el fortalecimiento de las instituciones, la influencia en las políticas públicas y los proyectos de cooperación técnica. Con el paso del tiempo, el mensaje de la OIT se ha convertido en una referencia importante en el mundo del trabajo.

Sin embargo, durante los últimos veinte años, la globalización y la liberalización de la economía han modificado considerablemente las relaciones laborales, los mercados de trabajo y las relaciones profesionales. Para la OIT, esto ha tenido como resultado una modificación drástica de las bases sobre las cuales apoya su acción. La organización ha tenido que experimentar un proceso de reformas radicales y de modernización para preservar la utilidad y la eficacia de sus actividades.

Hoy, *“la finalidad fundamental de la OIT es promover las oportunidades para que los hombres y las mujeres puedan obtener trabajo digno y productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana”*.²⁵ Debe señalarse que la relevancia de este objetivo para la Región ha sido confirmada por los Delegados de la Decimocuarta Reunión Regional de los Estados Miembros

²⁵ Trabajo Digno, Memoria del Director General, Organización Internacional del Trabajo, 87ª Reunión, Ginebra, 1999.

de la OIT en las Américas (Lima, agosto de 1999) que declararon que “la adquisición del trabajo digno constituyó una de las prioridades más altas de los habitantes de las Américas”.

Para la consecución del objetivo fijado, en 1999 se adoptó un nuevo programa para los mandantes de la OIT, es decir, los Estados, las organizaciones de trabajadores y las organizaciones de empleadores. Este programa está estructurado en torno a cuatro objetivos estratégicos, a saber, promover y cumplir los principios y derechos fundamentales en el trabajo; crear mayores oportunidades para las mujeres y los hombres con objeto, de que dispongan de unos ingresos y de un empleo decorosos; realzar el alcance y la eficacia de la protección social para todos; y, fortalecer el tripartismo y el diálogo social. Así, se sitúa a la protección social en el centro del mandato actual de la OIT.

La OIT tiene en su haber una importante experiencia en este ámbito. Desde su creación, la seguridad social ha sido considerada como un concepto fundamental en la protección de los trabajadores y de sus familias (Preámbulo de la Constitución de la OIT). Su importancia fue reafirmada y fortalecida con la Declaración de la OIT de Filadelfia (1944) y después con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). A lo largo de toda su historia, la OIT ha definido y propuesto numerosos Convenios y Recomendaciones con la preocupación de extender y mejorar la protección social en el campo de la salud o en otros campos²⁶. Asimismo, la OIT ha emprendido actividades de cooperación técnica con el propósito de apoyar la creación o la modernización de los sistemas de seguridad social en las distintas regiones del mundo. En el marco de sus nuevos objetivos estratégicos, la OIT asigna a la protección social un lugar más importante que en el pasado y hace mayor hincapié en la extensión de la cobertura a todos los habitantes del planeta.

El 18 de Junio de 2003, en Ginebra, Suiza, el Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, Sr. Juan Somavia, así como los representantes de los gobiernos y de las organizaciones de empleadores y de trabajadores lanzaron la Campaña Mundial de Seguridad Social y Cobertura para Todos, una iniciativa para la extensión de la cobertura de seguridad social a un mayor

²⁶ Se trata principalmente de los Convenios (Núm. 24) y (Núm. 25), que crean el seguro obligatorio de enfermedad en la industria y en la agricultura respectivamente; de la Recomendación (Núm. 69), 1944, que señala la necesidad de que la asistencia médica “debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo”; del Convenio (Núm. 102), 1952, que establece los niveles mínimos de prestaciones para las nueve ramas principales de la seguridad social; del Convenio (Núm. 130) y de la Recomendación (Núm. 134), 1969, que se refieren específicamente a la asistencia médica y a las prestaciones de enfermedad en metálico.

número de personas. La primera fase de la campaña durará cinco años, terminando en el año 2006. Durante este período, el objetivo es situar, en el mayor número posible de países, la extensión de la seguridad social en el primer lugar de la agenda para el desarrollo, y brindar apoyo a los responsables de la adopción de políticas, a escala nacional e internacional, en la elaboración de estrategias para la extensión de la cobertura. Estas estrategias se inspirarán en valores como la solidaridad y la universalidad y se basarán en modalidades financieramente viables para la extensión de la seguridad social.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, y de la Organización de la Salud del Sistema Interamericano, es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia en mejorar la salud y los niveles de vida de los habitantes de las Américas. Con sede en Washington, D.C. Estados Unidos de América, la OPS tiene expertos científicos y técnicos en su sede, en sus veintisiete oficinas de país, y en sus nueve centros científicos, todos trabajando con los países de América Latina y el Caribe para tratar los temas de salud prioritarios. Las autoridades sanitarias de los Estados Miembros de la OPS fijan las políticas técnicas y administrativas de la OPS a través de sus Cuerpos Directivos. Los Estados Miembros de la OPS incluyen los 35 países en las Américas; Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte son Estados Participantes, Portugal y España son Estados Observadores, y Puerto Rico es Miembro Asociado.

Los objetivos fundamentales de la OPS son promover y coordinar los esfuerzos de los países de la Región de América para luchar contra las enfermedades, alargar la esperanza de vida y promover la salud física y mental de sus pueblos. La labor fundamental de la Organización es colaborar con los ministerios de salud, los organismos de seguridad social y otras instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, universidades, grupos comunitarios y demás agentes sociales para fortalecer los sistemas de salud nacionales y locales y mejorar el nivel de la salud de los pueblos de la Región de las Américas.

A la luz de la complementariedad de sus mandatos, la acción conjunta de la OIT y la OPS produce importantes sinergias que respaldan los esfuerzos de los países en materia de extensión de la protección social en salud. En este sentido, en 1999, ambas instituciones suscribieron un Memorando de Entendimiento que sentó las bases para una colaboración entre las dos instituciones con el fin de emprender estudios y definir conceptos y

metodologías sobre el tema, y organizar una conferencia regional de consulta al respecto.

La exclusión en salud es un fenómeno complejo y con múltiples causas y presenta grandes variaciones entre los países y dentro de ellos. Sus causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Es necesario continuar elaborando para llegar a comprender la relación entre la exclusión en salud y otros fenómenos sociales como la pobreza, la desigualdad entre los grupos sociales, la discriminación racial, el desempleo, el subempleo y el empleo informal, la insuficiencia de una red de protección a cargo del Estado y el debilitamiento de la familia y de las redes de protección social de las comunidades. Es también preciso prestar atención a la repercusión que tienen algunos factores específicos del sector salud en la exclusión como es el gasto en salud y la estructura de los sistemas de protección de la salud.

La población excluida hace frente a múltiples fuentes de exclusión y su grado de exclusión es casi total. En el ámbito de la elaboración de políticas, esto sugiere que las políticas destinadas a paliar esta situación, no deberían concentrarse en una sola dimensión o factor de exclusión sino que deberían tener también múltiples dimensiones y ser intersectoriales.

La exclusión en salud así como sus condiciones determinantes son muy variadas dentro de los países. Es entonces recomendable que dentro del conjunto de estrategias a ser desarrolladas, exista el carácter regional/territorial orientado específicamente a extender la protección social en las áreas geográficas más afectadas.

La pobreza se convierte en un factor determinante para la exclusión en salud en los países de la Región, generando una perversa dinámica circular. Como consecuencia, las estrategias de lucha contra la pobreza están estrechamente relacionadas con el combate contra la exclusión en salud.

Como se señaló anteriormente, es importante incluir elementos relacionados con la extensión de la protección social en salud en las políticas de salud pública. Primero, esto requiere una descripción adecuada de la exclusión de la atención de la salud, identificación de aquellos afectados y una evaluación de la magnitud del problema en los países de la Región. Además, un análisis nacional del sector salud (con todo su sub-sistema público, seguridad social y privado) debe emprenderse junto con una evaluación sistemática de las estrategias puestas en marcha. Esto ayudará a abordar el problema e identificará esas estrategias que han demostrado ser más exitosas en las condiciones particulares de cada país.

En 1999, del 29 de noviembre al 1 de diciembre se realizó en México la Reunión Regional Tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS sobre «La Extensión de la Protección Social en Salud a los Grupos Excluidos en América Latina y el Caribe». Entre otras recomendaciones los participantes en la reunión plantearon la necesidad e importancia del trabajo conjunto logrado por la OIT y la OPS e instaron seguir ese camino en aras de apoyar los esfuerzos nacionales y regionales en la resolución de este problema²⁷.

En el 2002, del 23 al 27 de septiembre tuvo lugar en Washington D.C. la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana²⁸. En ella se presentó el Documento CSP 26/12 “Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Internacional del Trabajo”. En la conferencia se aprueba la resolución CEI 30.R9 en la que, entre otras recomendaciones, se insta a los Estados miembros a que amplíen la protección social en materia de salud, incluyan la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía en sus procesos de reforma sectoriales, y solicitan a la OIT y la OPS a que prosigan alentando una línea de trabajo sobre la ampliación de la protección social en materia de salud en sus acciones de cooperación en la Región.

La meta de la Iniciativa Conjunta de la OIT y la OPS en extensión de la protección social en salud, es contribuir al aumento del bienestar para un mayor sector de la población de la Región mediante la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos. Para lo cual, entre sus actividades está apoyar el desarrollo de estrategias nacionales para combatir la exclusión en salud, identificando sus causas, magnitud y soluciones posibles.

Desde 1999 a la fecha, la OIT y la OPS han estado trabajando en el terreno en forma conjunta tanto en actividades en el ámbito regional como a nivel de cada país. Ejemplo de las actividades realizadas en el ámbito regional es el curso sobre las estrategias de la lucha contra la exclusión social en materia de salud, que se realizó en forma conjunta entre la OIT y la OPS del 9 al 11 de octubre de 2002, en Santiago de Chile. En esta actividad, más de 34 personas representantes de Argentina, Bolivia, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú y Uruguay se reunieron con el fin de

²⁷ Informe Final de la Reunión Regional Tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS sobre «La Extensión de la Protección Social en Salud a los Grupos Excluidos en América Latina y el Caribe» México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999.

²⁸ 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C. del 23 al 27 de septiembre del 2002.

intercambiar experiencias sobre el diagnóstico, el análisis y la definición de estrategias de política para la reducción de la exclusión social en materia de salud. Ejemplo de actividades realizadas a nivel de cada país, son las desarrolladas en Argentina, Perú y Honduras.

El gran reto de los sistemas de salud consiste en la expansión de sus estrategias tradicionales con el objetivo de lograr una mayor cobertura y una mejor calidad de los servicios mediante mecanismos integrales que los interlocutores y las instituciones públicas y privadas incorporen coherentemente y que incluyan intervenciones y la participación de actores e instituciones fuera del sector salud.

Hoy, el reto fundamental que enfrentan los países de la Región es cómo garantizar a todo ciudadano el acceso adecuado y permanente a la promoción de la salud y a las intervenciones claves de salud preventivas, curativas y rehabilitadoras de una manera oportuna, respetuosa y de calidad según los principios de dignidad e independientemente del origen étnico, clase social, género y capacidad de pago, logrando de ese modo un acceso equitativo a la atención de la salud

La urgente tarea de América Latina y el Caribe en cuanto a la extensión de la protección social en salud a nuestro pueblo incluye visualizar una meta, en que la OIT y la OPS colaborarán con los países de la Región para promover el crecimiento económico y las estrategias integrales basadas en el estudio del problema de la exclusión social en salud. Alcanzar esta meta permitirá compartir la visión de una América en la que todos los individuos gocen del desarrollo humano sostenido en los años y generaciones futuras.

6. Reunión de aliados de la iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre extensión de la protección social en salud

27 y 28 de octubre de 2003
Agencia Sueca para el Desarrollo y la Cooperación
Internacional (ASDI)
Sveavägen 20, Estocolmo, Suecia

La extensión de la protección social en materia de salud motivó la reunión los días 27 y 28 de octubre de 2004 en Estocolmo, Suecia, auspiciada en conjunto por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA), que fue la entidad anfitriona. Participaron agencias de desarrollo internacionales y bilaterales y organizaciones de cooperación técnica. El propósito, fue presentar la iniciativa a aliados potenciales e identificar áreas de posible colaboración en su promoción y aplicación.

6.1. La iniciativa de la OIT y la OPS en EPSS

Aunque las leyes vigentes en la mayor parte de los países de la Región dan a todos los ciudadanos derecho a algún tipo de cobertura de atención de la salud, en la práctica no es así: Cerca de 135 millones de personas en América Latina y El Caribe carecen de acceso permanente a los servicios de salud.

En consecuencia, el desafío fundamental que enfrentan los sistemas de salud en las Américas es encontrar la manera de garantizar a todos sus ciudadanos un nivel básico de protección social en salud que pueda servir para eliminar inequidades en acceso a servicios de salud de calidad para todos

y que se los ponga a disposición de los grupos sociales que, hasta ahora, han sido excluidos de la oportunidad de recibir cuidado de la salud esencial para atender sus necesidades, al margen de su capacidad de pago. Los grupos sociales que no pueden hacer uso de la garantía de acceso al cuidado de la salud constituyen los “excluidos” en salud.

De este modo, la protección social en salud puede definirse como la garantía que ofrece la sociedad, a través de las autoridades públicas, de que los individuos, o grupos de individuos, pueden satisfacer sus necesidades de salud, obteniendo acceso adecuado a servicios, ya sea a través del sistema nacional de salud o de cualquiera de los subsistemas de salud vigentes en el país, sin que sea un factor restrictivo su capacidad de pago

Para enfrentar estos desafíos, la OIT y la OPS han desarrollado una Iniciativa que apunta a contribuir al mayor bienestar de un sector significativo de la población de la Américas al extender la protección social en salud a los grupos excluidos. La Iniciativa fue aprobada por todos los estados miembros de la OPS mediante la resolución CSP26/12 de la Conferencia Sanitaria Panamericana de 2002.

Para lograr esa extensión, será necesario promover políticas, reformas e instrumentos que garanticen acceso al cuidado de la salud, con solidaridad en el financiamiento y protección financiera adecuada para las familias y dignidad en el cuidado para sus miembros. Las actividades que puede preverse en el marco de la Iniciativa incluyen aquellas a realizarse en los países, con el objeto de apoyar los esfuerzos de los gobiernos en esta materia, y actividades regionales y/o subregionales que las complementen, a modo de promover el que se comparta experiencias entre países, además de informar y realizar investigación desde una perspectiva regional.

La *extensión de la protección social en salud* incluye mecanismos diseñados para garantizar acceso de la población a la protección y el cuidado de la salud a través de una amplia gama de modalidades y no sólo mediante la prestación de servicios por parte del Estado. De ese modo, la protección social se entiende como un derecho del ciudadano que el Estado garantiza y no sólo como un tipo específico de beneficio que el Estado deba otorgar con carácter de asistencia social.

Sin embargo, debe cumplirse cuatro condiciones para que la extensión de la protección social en salud funcione como una garantía en la práctica:

- ✦ *Acceso a los servicios* (no sólo curativos): Que existan los servicios necesarios para prestar cuidado de salud y que las personas tengan acceso físico y económico a ellos.

- ✧ *Seguridad financiera:* Que el financiamiento del cuidado de la salud no amenace la estabilidad económica de los hogares o el desarrollo de sus miembros.
- ✧ *Solidaridad en el financiamiento:* Que existan subsidios cruzados intergeneracionales, y entre grupos de riesgo y grupos de distinto nivel de ingreso.
- ✧ *Dignidad en el cuidado:* Que el cuidado de calidad sea proveído en un ambiente que respete las características raciales y culturales y la situación económica de las personas.

Estas cuatro condiciones son requisitos conjuntos, puesto que la ausencia de una o más lleva a alguna forma de exclusión en salud.

Por ello, la acción de la OIT y la OPS se dirige a reforzar la capacidad política-institucional organizacional y humana de los países para:

- ✧ Promover la extensión de la protección social en salud, haciéndola conocer y explicándola cuando fuera necesario, además de proponer instrumentos potenciales para alcanzarla.
- ✧ Identificar las causas y magnitud de la exclusión de la protección social en salud y los medios para enfrentar el problema en el nivel de los países y crear los vínculos necesarios con las distintas partes interesadas y organizaciones locales.
- ✧ Establecer una línea de base sobre la situación de exclusión en salud dentro de los países y también en la Región.
- ✧ Analizar las actuales políticas de reducción de la pobreza y su impacto en la exclusión en salud.
- ✧ Crear la capacidad para enfrentar el problema, tanto en los niveles nacionales como subnacionales.
- ✧ Promover alianzas con agencias multilaterales y bilaterales, instituciones financieras internacionales y otros aliados en materia de desarrollo, para impulsar la agenda sobre la protección social en salud.
- ✧ Establecer un centro de documentación sobre lecciones aprendidas y conocimientos sobre exclusión de la protección social en salud.
- ✧ Desarrollar métodos e instrumentos para apoyar a los responsables de tomar decisiones en el diseño, aplicación y evaluación de políticas que apunten a extender la protección social en salud.

6.2. La reunión

6.2.1. Alcance y propósito de la reunión

El costo de proveer el apoyo técnico y financiero que se requiere para una Iniciativa de tal manera integral, excede las posibilidades de ambas organizaciones. Lo que se quiere es un esfuerzo sustantivo para movilizar recursos y defender la causa, de modo que pueda ampliarse el grupo los que la auspician desde el inicio. La OIT y la OPS/OMS tienen la convicción que la única manera de enfrentar el problema es crear vínculos entre las partes interesadas y establecer un diálogo social y político que sea riguroso y eficaz. A ese propósito, durante dos días, esta reunión de aliados se ocupó del problema de extender la protección social en salud en el marco de la Iniciativa que proponen la OIT y la OPS. Se invitó a participantes de las organizaciones cuyas funciones fueran técnicas y que estuvieran en el nivel de toma de decisiones.

Se conversó sobre los diferentes tipos y grados de colaboración que las varias instituciones pueden proveer y la manera en que la Iniciativa puede hacerse lugar en sus actuales líneas de trabajo. La discusión se ordenó en torno de la contribución que los participantes en la reunión pudieran proveer en relación con los asuntos siguientes:

- ✧ Hacer conciencia sobre la extensión de la protección social en salud a grupos excluidos, lo cual implica motivar a los gobiernos a situar el tema como prioridad en la agenda política.
- ✧ Mecanismos de financiamiento que tomen en cuenta el hecho que, para satisfacer las necesidades de salud de la población, es necesario actuar sobre la base del principio de equidad y solidaridad
- ✧ Mecanismos de seguro que deben ser orientados a establecer balance razonable entre los sistemas de seguro obligatorio, el financiamiento público y el privado.
- ✧ Organización de la prestación de servicios de manera que se haga cargo de cambios sustanciales en los modelos de provisión de cuidado de la salud, mediante la introducción de incentivos a los proveedores para poder reducir o eliminar las causas de la exclusión.

6.2.2. Agenda

Lunes, 27 de octubre

9:00 – 9:15 a.m.	Palabras de bienvenida Britt Hagström, directora, Departamento para la democracia y el desarrollo social, Agencia Sueca para el Desarrollo y la Cooperación Internacional
9:15 – 10:15 a.m.	La necesidad de cooperación para extender la protección social en salud en América Latina y el Caribe OIT, Ricardo Hernández Pulido, director, Oficina subregional de la OIT para los países andinos, Lima OPS/OMS Daniel López-Acuña, director de gerencia de programas.
10:15 – 10:45 a.m.	Discusión
10:45 – 11:00 a.m.	Café
11:00 a.m. – 12:00 m.	La Iniciativa de la OIT y la OPS: Lo que es, lo que hace, maneras de participar OPS/OMS, Pedro Brito, gerente de área, desarrollo estratégico en salud OIT, Emmanuel Reynaud, jefe de la rama de seguridad social, políticas y desarrollo
12:00 – 12:30 p.m.	Discusión
12:30 – 2:00 p.m.	Almuerzo
2:15 – 3:30 p.m.	Experiencias nacionales y actividades de cooperación en materia de extensión de la protección social en salud - panel México: Dra. Asa Cristina Laurell, secretaria de salud, Gobierno del Distrito Federal, México Perú: Dr. Moisés Acuña, director, Seguro Integral de Salud del Perú Honduras: Lic. Martha Rosibel Garay Flores, directora general de seguridad social, Ministerio de trabajo y prevención social de Honduras
3:30 – 3:45 p.m.	Café
3:45 – 4:30 p.m.	Experiencias nacionales y actividades de cooperación en materia de extensión de la protección social en salud - panel (continuación) Surinam: Dr. Harold Radmani, presidente de la Junta de seguro social del estado, República de Surinam Bolivia: Dr. Javier Torres-Goitia Torres, asesor del ministro de salud. Para vincular la investigación con la toma de decisiones en la extensión de la protección social en salud, Dr. Roberto Bazzani, especialista principal de programa, oficina regional para América Latina y el Caribe, IDRC
4:30 – 6:00 p.m.	Discusión plenaria

Martes, 28 de octubre

9:00 – 11:00 a.m.	Posibilidades de participación de los aliados en la Iniciativa
11:00 – 11:15 a.m.	Café
11:15 – 12:00 m.	Posibilidades de participación de los aliados en la Iniciativa (continuación)
12:00 – 12:30 p.m.	Clausura: OIT, OPS/OMS, SIDA

Con las palabras de bienvenida de la señora **Brit Hagström**, directora del departamento de democracia y desarrollo social de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA), se dio inicio a las exposiciones del primer día de la reunión, en torno de la situación de exclusión social en salud, a cargo de funcionarios de la OIT y la OPS, participantes de los países de América Latina y el Caribe y de IDRC-Canadá.

6.2.3. Presentación de Ricardo Hernández Pulido (OIT)

Ricardo Hernández Pulido, director de la oficina subregional de la OIT para los países andinos se refirió a la problemática socio-económica de la Región y al mandato de la OIT en relación con la seguridad social y la asistencia médica y su aplicación en los últimos años.

El importante crecimiento económico registrado en la década de los 90, equivalente a una tasa promedio del 3,6 por ciento, permitió que, al final de la década, muchos países se situaran en niveles similares a los de antes de la “crisis de la deuda”, a pesar que el 44 por ciento de la población regional aún vive en estado de pobreza.

América Latina es la región con la distribución del ingreso más desigual del mundo. El 5 por ciento más rico de la población percibe el 25 por ciento del ingreso nacional. En cambio, el 30 por ciento más pobre percibe menos del 7,5 por ciento del ingreso nacional. En otras palabras, el 10 por ciento más rico tiene un ingreso medio que equivale a 84 veces el ingreso del 10 por ciento más pobre.

En el terreno laboral, el nuevo modelo de desarrollo trajo consigo la flexibilidad del mercado laboral a lo que se añadió la presión, cada vez mayor, de las empresas por reducir sus costos de producción, sobre todo los relacionados con la mano de obra. El crecimiento económico no generó un número significativo de nuevos empleos y los que se crearon pasaron a engrosar la mano de obra en el sector informal y por tanto son empleos precarios. Esto, a su vez, ha tenido enormes repercusiones en la reducción de las contribuciones a la seguridad social, lo que se ha traducido en que millones de personas queden fuera de la protección social en la vejez, en caso de enfermedad, o de accidentes de trabajo y de otras contingencias propias del ciclo vital.

Así, entre 1990 y 2001, un 69 por ciento de los puestos de trabajo correspondían al sector informal. La proporción de este tipo de empleo

respecto del total subió al 63 por ciento en el mismo lapso, mientras que el empleo formal redujo su participación del 57,2 al 53,7 por ciento en el mismo período.²⁹

En contraste con lo esperado, el gasto social en términos del producto bruto interno (PBI) creció significativamente en la década de los 90 y es así como del 9,1 por ciento en promedio de los años 80 pasó al 12,3 por ciento en el período 1996-1999. Hay que destacar que el gasto en seguridad social triplicó su participación en el gasto social respecto al PBI y a los gastos conjuntos en los sectores salud y educación.

Otro proceso que afecta a la situación actual de la protección social es la evolución demográfica de la población regional durante las últimas décadas. En los últimos 15 años, la expectativa de vida en la Región aumentó de 68,7 a 71,1 años, en gran parte debido a una disminución significativa de las tasas de mortalidad infantil, con reducción de los años potenciales de vida perdidos en toda la Región. La población regional ha aumentado y muestra tasas de crecimiento altas, que son del 1,4 por ciento para América Latina y del 1 por ciento para el Caribe. De ese modo, se puede prever un aumento poblacional de alrededor del 7,5 millones de personas por año para las próximas dos décadas, de modo que la población total, estimada en 520 millones de personas a mediados de 2000, será de 800 millones en 2025.³⁰

Exclusión en salud

La exclusión en salud está estrechamente vinculada, en la Región, con la pobreza, la marginalidad, la discriminación y con características culturales, sociales y económicas que incluyen el idioma, la informalidad, el desempleo, el subempleo, el aislamiento geográfico y el bajo nivel de educación o de información de los usuarios de los servicios de salud.

Seguridad social

La seguridad social aparece, como un concepto fundamental de la protección de los trabajadores y de sus familias contra los riesgos inherentes a su condición social, ya en 1919.³¹ Un cuarto de siglo después, en 1944, año de la Declaración de Filadelfia, el concepto se fortalece al reconocerse que el

²⁹ Panorama Laboral, 2002.

³⁰ Proyecciones de CELADE.

³¹ Preámbulo de la Constitución de la OIT.

acceso a un nivel adecuado de protección social es un derecho básico de todas las personas. Este principio ha sido reconocido, con los años, en la Declaración universal de derechos humanos y culturales de 1948, en el Pacto internacional de derechos económicos y sociales de 1966 y más recientemente, en la Cumbre del milenio de las Naciones Unidas de 2000, donde se adoptó los Objetivos de desarrollo del milenio en los que se considera la protección social como un instrumento eficaz para combatir las causas y paliar los efectos adversos de la pobreza.

De otro lado, los principios básicos de la seguridad social han sido incluidos sucesivamente en los convenios y recomendaciones internacionales de la OIT en esta materia desde 1919, año de la adopción del convenio sobre la protección de la maternidad,³² hasta 2000, año de la adopción del Convenio revisado sobre la protección de la maternidad.³³ Destaca entre estos convenios el que se refiere a la seguridad social³⁴ (norma mínima) que aún mantiene su plena vigencia, como quedo demostrado en la discusión general de la Conferencia internacional del trabajo realizada en 2001.

La globalización, la persistencia o propagación de la pobreza y sus consecuencias sociales y económicas, el aumento notable de accidentes y enfermedades mortales, la pandemia del SIDA, entre otros factores, ejercen enormes presiones en los sistemas de protección social. Esto ha causado, sobre todo, graves deficiencias en el alcance y cobertura de esos sistemas. Por ello el público y en especial los gobiernos, se encuentran inmersos en la tarea de conciliar políticas económicas favorables tanto al crecimiento como a la protección social adecuada y de hacer más sólida la protección social, estrechando su relación con las profundas transformaciones sociales y económicas que se han producido en los últimos años.

La preocupación se justifica puesto que lo que en realidad ocurre está muy lejos de los ideales consagrados en los instrumentos internacionales antes mencionados y sólo una minoría de personas en el mundo, principalmente de los países desarrollados, disfruta del derecho a la protección social. Es verdad que casi todos los países cuentan con un sistema de protección social pero, sobre todo en los países en desarrollo, estos sistemas cubren sólo a algunas categorías de la población; esto es, a los trabajadores del sector público

³² Núm. 3.

³³ Núm. 183.

³⁴ Núm. 102.

y a los del sector formal. Los excluidos son grandes grupos de la población puesto que el número de trabajadores del sector informal ha venido creciendo a ritmo acelerado, tienen acceso a protección limitada, en el mejor de los casos y a ninguna en la mayor parte.

Es debido a esta situación que la OIT, ha estado organizando su trabajo en torno a cuatro objetivos estratégicos:

- ✧ Promover y cumplir los principios y derechos fundamentales del trabajo.
- ✧ Crear mejores oportunidades para las mujeres y los hombres de modo que dispongan de ingresos y empleos decentes.
- ✧ Realzar el alcance y la eficacia de la protección social para todos.
- ✧ Fortalecer la interacción tripartita y el diálogo social.

Este tercer objetivo es el que está estrechamente vinculado con el problema de la protección social. Forma parte de la agenda de la OIT y apunta a la mejora de la cobertura y de la eficacia de la protección social para que todos los ciudadanos, hombres y mujeres, puedan obtener un trabajo digno y productivo y en condiciones de libertad, seguridad y dignidad humana, tal como lo expresó el Director General de la OIT en su Memoria a la Conferencia Internacional del Trabajo en 1999.

Los programas de la OIT encaminados a alcanzar el objetivo estratégico de la organización en el ámbito de la protección social, forman parte de un enfoque integrado para hacer realidad el trabajo decente en sus Estados miembros y va a constituir una característica esencial de la contribución de la OIT a las iniciativas internacionales de desarrollo socioeconómico.

El acervo del conocimiento y la larga experiencia de la OIT en esta materia se utilizan para poner en práctica instrumentos, nuevos o revisados y enfoques innovadores en los planos nacional y regional que contribuyan decisivamente a la ampliación de la cobertura de la protección social. Esta es la razón de ser del asesoramiento en la elaboración de estrategias globales e idóneas y en el apoyo técnico para que la protección social se convierta, en efecto, en un instrumento de lucha contra la pobreza y la exclusión social. Sin embargo, desde la perspectiva de nuestra organización, estas actividades no se desarrollan de modo aislado sino que requieren estar acompañadas del diálogo social entre los interlocutores sociales, gobiernos y representantes de las organizaciones de trabajadores y de empleadores. Tampoco se debe dejar de lado las cuestiones relativas a la igualdad de género en la seguridad

social, que adquieren cada vez mayor importancia en razón de las profundas transformaciones ocurridas en las estructuras familiares y de la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral.

Sólo una de cada cinco personas goza en la actualidad de una adecuada cobertura en materia de protección social y aproximadamente la mitad de la población mundial no cuenta con ningún tipo de protección social. Las personas que carecen de protección social conforman un amplio espectro, entre los que figuran los trabajadores asalariados de pequeñas empresas, los trabajadores independientes, los trabajadores migrantes y las personas que conforman el sector informal, un gran porcentaje de los cuales son mujeres. Ante esta dramática situación, se realizó una discusión general sobre el tema de la seguridad social en la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001 y al final de la misma, los gobiernos, los empleadores y los trabajadores alcanzaron un *nuevo consenso en torno a la seguridad social* reconociendo que, “hay que dar máxima prioridad a las políticas e iniciativas que aporten seguridad social a aquellas personas que no estén cubiertas por los sistemas vigentes”.³⁵ Una de las conclusiones derivadas de ese consenso, otorgó a la OIT el mandato de iniciar una campaña importante para promover la extensión de la cobertura de la seguridad social, que además persigue la garantía del acceso a la asistencia médica y la seguridad de los ingresos para todos. Sin embargo, el nuevo consenso hizo también hincapié en el hecho que la extensión de la cobertura de protección social, aplicada también a la asistencia médica, debe tener en cuenta las necesidades específicas de los distintos grupos de la población y su capacidad para contribuir.

Es así como la **Campaña mundial sobre seguridad social y cobertura para todos**, fue lanzada oficialmente en junio de 2004, con ocasión de la 91ª. Sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo, acto que contó con la presencia de representantes de los gobiernos y de las organizaciones de empleadores y trabajadores.

Esta campaña es una respuesta directa a las solicitudes de todas las regiones, que ponen el acento en la necesidad de instrumentos concretos y prácticos para la extensión de la seguridad social. La campaña es un elemento innovador que permite el desarrollo de asociaciones y hace posible la prestación de la asistencia que requieren a los Estados miembros y a las organizaciones de empleadores y de trabajadores, con miras a mejorar

³⁵ Seguridad Social: Un nuevo consenso, OIT, 2002.

significativamente la cobertura a los grupos hasta ahora desprotegidos, contribuyendo al fortalecimiento de la dimensión social de la globalización. Además, la campaña está vinculada estrechamente con la promoción de los derechos de los trabajadores, con la creación de empleos productivos y de calidad y con el afianzamiento de la interacción tripartita y del diálogo social. Haciendo hincapié en los trabajadores del sector informal y en los grupos vulnerables, la campaña, representa un valioso aporte a la reducción de la pobreza y de la exclusión social así como a la igualdad de género. Por tanto, abarca tres tipos de actividades, unas de carácter regional y subregional, las segundas que corresponden a la cooperación técnica de larga duración y las terceras que son de asistencia a corto plazo. Representa, por último, una excelente oportunidad para la OIT de promover la extensión de la seguridad social a escala internacional para conseguir resultados concretos respecto de extensión de la cobertura.

Por su parte, la **Iniciativa conjunta OIT - OPS sobre la extensión de la protección social en salud** es también uno de los componentes primordiales de la campaña antes mencionada. Esta Iniciativa cuyos primeros pasos se dieron en 1999 con la firma del Memorando de Entendimiento entre ambas organizaciones El memorando establece el marco de cooperación para la formulación y la ejecución de una iniciativa conjunta. La primera actividad realizada en el contexto de este esfuerzo fue la Reunión tripartita regional sobre el tema que se celebró en la Ciudad de México en noviembre de 1999. Sobre la base de las recomendaciones de esa reunión la OIT y la OPS se comprometieron a poner en práctica la presente iniciativa.

Con ello se da cumplimiento a uno de los principios rectores y vigentes de la seguridad social, consagrado en los convenios y recomendaciones internacionales de la OIT, sobre todo en el Convenio 102, sobre la norma mínima, el Convenio 130 sobre la asistencia médica y las Recomendaciones 67 y 69, sobre la seguridad de los medios de vida y sobre la asistencia médica respectivamente. Este principio es el de la asistencia médica garantizada y marca la pauta de la intervención de nuestra organización en las actividades que tienen que ver con la prestación de asistencia médica en los Estados miembros. La puesta en práctica de este principio significa enfrentar el reto de garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud pero no a cualquier precio, sino velando porque se mantenga un equilibrio razonable entre la calidad de los servicios brindados con arreglo a distintas modalidades y los costos que ello representa. Este principio es ampliamente

aceptado en todos los países, máxime cuando se comprueba que la extensión de los servicios de salud de calidad a los grupos más favorecidos redundan positivamente en la productividad, requisito indispensable para el desarrollo socioeconómico, lo que por otra parte significa la mejora del nivel de vida a que tienen derecho los ciudadanos.

En resumen, y de acuerdo con el espíritu del mandato de la OIT en el ámbito de la asistencia médica, la acción conjunta que emprendemos con la OPS con miras a extender los servicios de salud a toda la población, debe ir acompañada de la creación de medios de financiación apropiados que pueden provenir de los recursos financieros del Estado y de mecanismos de cotización obligatorios y voluntarios, de modo que se ofrezca a la población servicios de salud basados en la equidad y dotados de un componente de solidaridad importante, entre las personas con distintos ingresos y entre los diferentes grupos de edad. Esto requiere también la existencia de medios e instituciones eficaces para la administración y suministro de estos servicios que constituyen una necesidad de carácter universal.

Para finalizar cabe recordar que la OIT lleva casi 80 años trabajando en el ámbito de la salud, ya sea en la elaboración de normas, la realización de actividades de cooperación técnica, o la formación de recursos humanos y de divulgación de la información en materia de asistencia médica, todo lo cual ha sido puesto, con resultados muy satisfactorios, a disposición.

6.2.4. Presentación de Daniel López-Acuña (OPS)

La presentación de doctor Daniel López-Acuña, director de gerencia de programas de la OPS, se refirió a la necesidad de la cooperación para extender la protección social en salud en América Latina y el Caribe.

El desafío fundamental que enfrentan los sistemas de salud de América Latina y el Caribe es el de garantizar a todos los ciudadanos un nivel básico de protección social en salud, asegurando el acceso de los grupos sociales excluidos a servicios de salud de calidad, sin que su capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Así, es posible identificar las siguientes dimensiones de la exclusión de la atención de la salud:

- ✧ Falta de acceso a acciones colectivas en materia de salud.
- ✧ Falta de acceso a servicios personales de cuidado de la salud con atención digna (en general, o en servicios seleccionados).

- ❖ Falta de acceso a la protección contra el impacto económico y social de la enfermedad.

Diversos indicadores sociales, económicos y de salud de la Región, permiten hacerse cargo que el problema es considerable.

- ❖ La población de América Latina y el Caribe alcanza los 500 millones de personas.
- ❖ El 27 por ciento de la población (135 millones de personas) carecen de acceso permanente a servicio básicos de salud.
- ❖ El 46 por ciento de la población (210 millones de personas) carecen de cualquier forma de seguro, social o privado.
- ❖ El ingreso per cápita promedio para la Región es 3.289 dólares estadounidenses.
- ❖ El gasto promedio nacional en salud, como porcentaje del producto nacional bruto, es del 7,3 por ciento.
- ❖ En cifras absolutas, el gasto promedio nacional en salud es de 240 dólares.
- ❖ Son 220 millones las personas que están por debajo del nivel de ingreso considerado como de pobreza.

Lo anterior se da en el contexto de una dinámica política y social no muy alentadora y caracterizada por variedad de dificultades:

- ❖ Volatilidad económica, social y política.
- ❖ Crecimiento de la población.
- ❖ Crecimiento económico lento.
- ❖ Gobernabilidad frágil.
- ❖ Incrementos en la pobreza absoluta.
- ❖ La mayor desigualdad regional en la distribución del ingreso.
- ❖ Expansión del desempleo.
- ❖ Crecimiento de la economía informal.

En efecto, una comparación de los períodos de 1971 a 1980 y de 1991 a 1995, respecto del crecimiento del ingreso per capita entre las naciones latinoamericanas, muestra que las economías de alto crecimiento de Asia y los países industrializados, tuvieron incrementos del 25 por ciento en éstos

últimos y de 110 por ciento en los asiáticos, mientras que las economías latinoamericanas no llegan al 10 por ciento.³⁶

Del mismo modo, los coeficientes de desigualdad (Gini) de las diversas regiones del mundo indican claramente la mayor disparidad de ingresos en América Latina, donde la pobreza, tanto en proporciones de la población total como en número absoluto, había decrecido sostenidamente hasta 1983.³⁷ Sin embargo, se ha vuelto a incrementar, hasta niveles alarmantes, entre entonces y el fin del siglo veinte. Es parte de estas tendencias el que el promedio de los salarios reales se hayan reducido a la mitad entre 1980 y 1990, para luego elevarse, entre el 15 y el 20 por ciento y estabilizarse en esos niveles.³⁸

De manera concomitante, se desplazaron las actividades económicas al sector informal. En efecto, sólo entre 1990 y 1996, la proporción del empleo urbano en el sector informal se elevó significativamente en no menos de 16 países latinoamericanos, aún en aquellos en que la economía informal ya había sido la fuente de empleo de grandes proporciones de la población económicamente activa en las décadas previas.³⁹

Sin embargo, en general, los países de la Región mantuvieron o redujeron sus gastos en seguridad social, como proporción del producto nacional bruto, entre 1990 y 1995, sosteniendo la tendencia que se había iniciado en los años ochenta.⁴⁰

Entre tanto, los sistemas de salud de los países de la Región enfrentan problemas considerables:

- ✧ Segmentación de las instituciones y la cobertura.
- ✧ Fragmentación del cuidado de la salud.
- ✧ Predominancia de los pagos directos (del bolsillo).
- ✧ Desarrollo insuficiente de los sistemas de seguro social.
- ✧ Falta de solidaridad en la financiación de la salud pública y el cuidado de la salud.
- ✧ Debilidad en el papel regulador de las autoridades de salud.

³⁶ IDB: Latin America after a decade of reforms, Londoño and Székeli (1997).

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

³⁹ OIT.

⁴⁰ IDB, op. cit.

La segmentación de los sistemas de salud suele darse en las tres formas tradicionales de cobertura:

- I. Los ministerios de salud
- II. Las organizaciones de seguro social
- III. El sub-sistema privado

Así, en los países de América Latina y el Caribe, casi el 40 por ciento de los gastos en salud son directamente sufragados por los beneficiarios o sus familias (gasto del bolsillo), a lo que se suma casi el 20 por ciento de gastos personales indirectos. De ese modo, los gobiernos centrales contribuyen menos del 16 por ciento, a lo que se agrega menos del 9 por ciento de los gobiernos locales. Finalmente, la seguridad social aporta poco más del 17 por ciento.

Lo anterior se traduce en aportes del sub-sector público a la atención de la salud que resultan muy bajos si se los mide como proporción del producto nacional bruto (3 por ciento) y se los compara con cifras relativas del mismo tipo para los países de Europa (OECD, 6,6 por ciento), los Estados Unidos (6,3 por ciento) y Canadá (7 por ciento).

Otra manera de constatar la insuficiencia del aporte del sub-sector público en la Región es comparando el gasto público en salud, como porcentaje del gasto total en salud, que no alcanza el 42 por ciento en América Latina y el Caribe, es sólo de 44 por ciento en los Estados Unidos, pero se eleva al 71 por ciento en Canadá y supera el 76 por ciento en los países europeos de la OECD. Tanto mayor es el contraste cuando se compara el gasto público en salud en cifras absolutas entre regiones: Mientras que en Estados Unidos es de 1.628 dólares per capita y en Canadá y en Europa (OECD) llega a los 1.314 dólares y a los 1.310 dólares, respectivamente, en América Latina y el Caribe es de sólo 102 dólares per capita.

Claramente, los procesos de reforma de la salud que han experimentado los países de la Región en la década de los 80's y 90's han tenido defectos e insuficiencias que podemos resumir del siguiente modo:

- ✧ Las motivaciones que han impulsado las reformas se han centrado en factores económicos.
- ✧ Las consideraciones de equidad y salud pública han sido relegadas a nivel secundario.

- ❖ Los modelos de calidad de la atención y de entrega de servicios de cuidado de la salud han sido marginales.
- ❖ Se ha atendido insuficientemente la necesidad de extender la protección social en salud.

La protección social en salud se define como la garantía con que cuenta el ciudadano para atender sus necesidades de salud, mediante acceso adecuado a servicios de salud de calidad y al margen de su capacidad de pago.

De ese modo, la extensión de la protección social en salud es un conjunto de estrategias que apuntan a eliminar la exclusión en el acceso al cuidado de la salud, en el marco de intervenciones públicas, acompañadas de medidas que reduzcan el impacto económico y social negativo de eventos de salud adversos en la población, especialmente en los grupos más vulnerables de la sociedad.

La extensión de la protección social en salud es hoy prioritaria en la Región por las razones siguientes:

- ❖ Persiste la exclusión social, étnica y cultural.
- ❖ Los mecanismos de protección social actualmente vigentes no son adecuados para responder a nuevos problemas.
- ❖ Más que nunca, es indispensable que las reformas contribuyan a construir sociedades que sean inclusivas de todos los ciudadanos y no a la mayor exclusión, marginalización y falta de protección social.

Además, es necesario definir un conjunto garantizado de beneficios, o de acreencias en salud, entendidos como un *conjunto explícito de beneficios de salud que son derecho de los ciudadanos y que es deber de los agentes de los servicios de salud proveer*. Por cierto, tales agentes son tanto los prestadores de los servicios como los aseguradores y los reguladores.

Como estrategias de la extensión de la protección social en salud, vale la pena tener en cuenta intervenciones exitosas del pasado reciente:

- ❖ Establecimiento de regímenes especiales de seguridad social sin componente de contribución del beneficiario.
- ❖ Sistemas voluntarios de seguros con subsidio gubernamental.
- ❖ Expansión de la oferta de servicios.
- ❖ Avances hacia sistemas unificados.

Sin embargo, la expansión de la protección social en salud está sujeta a una economía política que condiciona sus estrategias a los siguientes requisitos:

- ✧ Reconocimiento de los legítimos intereses de los distintos grupos de partes interesadas en el proceso.
- ✧ Creación de condiciones y dinámica en favor del diálogo social que permita a las partes interesadas formular propuestas apropiadas y facilitar su puesta en marcha a lo largo del tiempo.

Es necesario avanzar hacia una nueva generación de reformas cuyo eje sea la salud de las personas. Esto significa dar nuevo impulso a acciones y procesos concretos:

- ✧ Fortalecer la infraestructura, las prácticas, las funciones y esenciales de la salud pública.
- ✧ Fortalecer el papel rector de las autoridades de salud.
- ✧ Expandir la protección social en salud y asegurar el acceso universal a los servicios, al margen de la capacidad de pago del paciente.
- ✧ Propiciar la reorientación de los sistemas y servicios de salud haciendo uso de criterios de promoción de salud (que es la base para modificar los modelos de prestación de cuidado de la salud).
- ✧ Mejorar la calidad de la atención.
- ✧ Desarrollar y administrar recursos humanos para sustentar los cambios arriba descritos.
- ✧ Asegurar mecanismos eficientes, solidarios e inclusivos para el financiamiento de la salud y la asignación de recursos.
- ✧ Promover la participación social en los diferentes niveles del sistema.

Estas necesidades hacen indispensable la cooperación internacional en la expansión de la protección social en salud, en la medida que es necesario suplir carencias tales como:

- ✧ Capacidad institucional de los países que es insuficiente para la formulación y puesta en marcha de políticas y estrategias de expansión de la protección social en salud.
- ✧ Necesidad social inmediata de iniciar y consolidar sistemas de seguros innovadores.

- ❖ La expansión de la protección social en salud se ha descuidado como componente de las agendas de reforma de salud y modernización del Estado.
- ❖ Tal expansión es, además, un componente crítico de la promoción de la gobernabilidad democrática, el desarrollo humano y el logro de Objetivos de Desarrollo del Milenio.

6.2.5. Presentación de Emmanuel Reynaud (OIT)

Emmanuel Reynaud, jefe de la rama de seguridad social, política y desarrollo de la OIT, se refirió a la participación de donantes y agencias de cooperación en la Iniciativa de la OIT y la OPS.

La propia Iniciativa provee un marco coherente para integrar acciones y provee el impulso que es necesario para avanzar en un asunto de alta prioridad como es el de extender la protección social en salud al conjunto de la población de la Región. La Iniciativa fortalece actividades que están teniendo curso e impulsa nuevas actividades.

En la medida que la Iniciativa contempla actores diversos, son también diversos los tipos de participación posible. Tanto donantes como agencias de cooperación tienen a su disposición varias maneras de contribuir.

Si se entiende la participación como la suma de las contribuciones y beneficios realizados, es posible participar coordinando a los actores, contribuyendo con recursos financieros y aportando recursos no financieros. El financiamiento puede hacerse de manera directa (a través de la OIT y la OPS), de manera indirecta, u ofreciendo recursos para cofinanciar actividades con otras fuentes.

Las actividades regionales que contempla la Iniciativa son las siguientes:

- ❖ Establecimiento de un centro de información y comunicación.
- ❖ Desarrollo de instrumentos y métodos.
- ❖ Capacitación.
- ❖ Investigación.
- ❖ Desarrollo de redes de apoyo.
- ❖ Promoción de apoyos.
- ❖ Seguimiento y evaluación.
- ❖ Movilización de recursos.

Ahora bien, el proyecto regional se organiza de manera modular, de modo que no se lo ha concebido para ser financiado en su conjunto. El número y la variedad de los módulos dependen de las prioridades e intereses de los actores. Como se ha dicho, la participación en la Iniciativa puede ser en el financiamiento, directo o indirecto, o no financiera. Sin embargo, es una necesidad esencial de la Iniciativa establecer un secretariado continuo.

En el nivel nacional, las actividades dependerán del contexto y de las decisiones de cada país, sin adherir a un solo modelo o proceso.

6.2.6. Presentación de Pedro Brito (OPS)

Las preocupaciones sustantivas que motivaron la reunión fueron presentadas por el doctor Pedro Brito, gerente del área de desarrollo estratégico de salud.

El desafío más importante que enfrentan los sistemas de salud en la Región es el de garantizar a todos los ciudadanos un nivel apropiado de cuidado de la salud en lo que se refiere a acceso, calidad y oportunidad, con independencia de la capacidad de pago de las personas.

Esto supone orientar los sistemas de salud hacia la equidad, la universalidad, la solidaridad y la inclusión social.

Visto así, la magnitud del problema es considerable, y además de los datos presentados por López-Acuña y Pulido debe:

- ✧ El 17 por ciento de los nacimientos en América Latina y el Caribe no son atendidos por personal capacitado.
- ✧ Los niños que no culminan los protocolos de vacunación suman 82 millones.
- ✧ Casi un tercio de la población de la Región, es decir 152 millones de personas, no tienen acceso a agua potable o saneamiento básico.

Los antecedentes y el origen del mandato de la Iniciativa conjunta que motivó esta reunión, son la conferencia de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) *Nuevo consenso sobre seguridad social*; y la resolución de Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [R. CSP] 26/12: *Políticas, estrategias y actividades para prestar apoyo a la extensión de la protección social en materia de salud*.

En 1999, la OIT y la OPS iniciaron un esfuerzo de colaboración para promover y desarrollar políticas para llegar con protección social en materia

de salud en la “Reunión tripartita sobre extensión de la protección social en salud a las personas no protegidas en América Latina y El Caribe”, en México, D.F. Allí, tanto la OIT como la OPS convinieron en que la exclusión de la protección social en salud puede enfrentarse mediante un proceso sistemático de diseño y aplicación de políticas públicas, que puede lograrse mediante el diálogo social como marco de análisis, diagnóstico y ejecución de acciones.

Entre 2000 y 2003, la OPS y la OIT promovieron y apoyaron estudios de país sobre exclusión de la protección social en salud en Argentina, Bahamas, Brasil, Chile, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y Trinidad y Tobago. Las dos entidades también han prestado asistencia a varios países en el diseño, reforma y aplicación de políticas de seguridad social y salud.

Las intervenciones consisten en la aplicación de portafolios de derechos garantizados, la dación de normas para garantizar dotación de fondos y financiación apropiados, la adecuación de la capacidad institucional organizacional y humana para el planeamiento en materia de salud de modo que se pueda definir la situación y llevar a efecto la expansión de la protección social en materia de salud, y la reestructuración de los actuales programas focales en dirección a la universalidad.

Las estrategias en que se inscriben las intervenciones son la expansión sobre la base de mecanismos típicos de seguridad social; la promoción y apoyo a sistemas innovadores, incluyendo iniciativas con base en la comunidad; la extensión de la cobertura del cuidado de la salud; el diseño de vínculos sinergias y continuidades entre formas anteriores de protección social y nuevos esquemas de protección social e iniciativas públicas.

En suma, se trata de *superar la segmentación social e institucional en la cobertura y la fragmentación operativa de los servicios*.

La sostenibilidad de lo que se propone tiene como condiciones el diálogo social, como base para la definición de políticas e intervenciones; el desarrollo de capacidades políticas, institucional, organizacional y humana de modo que las destrezas queden en los países luego de aplicada la iniciativa; el esfuerzo conjunto de las agencias, que es la suma de la capacidad técnica y experiencia de los aliados y el énfasis en el nivel local que, a su vez, fortalece la descentralización.

6.3. Experiencias de países

6.3.1. Presentación del gobierno del Distrito Federal de México

La presentación de la secretaria de salud del Distrito Federal de México, responsable de la salud de ocho y medio millones de ciudadanos, estuvo a cargo de la doctora Asa Cristina Laurell, secretaria de salud.

Se trató de un recorrido integral y detallado de la situación de la salud y sus determinantes en el país y en la jurisdicción, los problemas y desafíos que esa situación presenta, los valores y principios que guían las políticas del gobierno del Distrito Federal y las estrategias para enfrentarlos. Se la glosa a continuación por ser, en su mayor parte, análoga o representativa de los cambios ocurridos en la salud y la atención de la salud en la Región.

I. Introducción

El Distrito Federal alberga al 21,3 por ciento de la población de México, uno de cuyos componentes es 1,8 millones de personas en zonas de muy alta marginación, con una profunda degradación del ambiente social y ecológico así como con serias carencias de servicios, y otros 4,1 millones en zonas de alta y media marginación. De los mexicanos capitalinos, 3,3 millones viven en pobreza extrema (38,3 por ciento) y otros 2,3 millones (26,6 por ciento) en pobreza moderada.

Tendencias de la política nacional de salud

Está en marcha la reorganización de los servicios médicos de los institutos de seguridad social; el sector privado de prestación de servicios ha crecido y han surgido las empresas de seguros como actor en el sector salud, con el establecimiento de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), que administran los fondos privados de salud.

El sistema de salud está hoy más fragmentado, con servicios diferenciados sobre la base de la capacidad de pago. En el sistema descentralizado para población sin seguridad social, la cobertura “universal” y gratuita sólo abarca 13 acciones de salud pública y de atención a las personas. Esto se refleja en déficit de recursos para garantizar la cobertura de primer y segundo niveles de atención a la población no asegurada.

El gasto público en salud en México, cuya cifra es de 2,6 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), está entre los más bajos del continente, comparado con países en una fase similar de desarrollo. Además de la insuficiencia financiera, el presupuesto está desigualmente distribuido entre grupos de la población.

El insuficiente financiamiento público en salud y su impacto sobre la prestación de servicios de calidad, explican en gran medida el incremento del gasto en salud de los hogares que, según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, pasa de 2,9 por ciento de gasto monetario total en 1984 a 3,5 por ciento en 2000.

En este contexto, la base de la reforma llevada por el gobierno Federal consiste en el aseguramiento universal, aunque voluntario, para dar el sustento a la competencia de mercado en la producción de servicios de salud, con una combinación público-privada donde compitan tanto los administradores del financiamiento como los prestadores de servicios. En tal modelo, la responsabilidad del Estado es sólo garantizar un mínimo de servicios a los pobres y subsidiar un seguro que da derecho a recibir gratuitamente algunos otros servicios. Le toca también regular las actividades de los agentes administradores de fondos y prestadores de servicios.

II. Problemas y desafíos

Condiciones de salud

El perfil de mortalidad general de la población del Distrito Federal se caracteriza por tener como las cuatro primeras causas de muerte a daños crónico degenerativos (cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades cerebro-vasculares en el quinto lugar a las enfermedades del hígado, donde destaca la cirrosis hepática) relacionados con desnutrición, consumo de alcohol o hepatitis, seguida por accidentes y por causas perinatales y la gripe y neumonía que se asocian con carencias en la atención médica.

El cáncer cérvico-uterino, es la primera causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva. En el Distrito Federal, la tasa de mortalidad por este cáncer se redujo de 19,2 en 1990 a 15,2 en 2000; disminución que aun es insuficiente, pues la cobertura registrada de detección temprana en el grupo de mujeres en riesgo es apenas del 35 por ciento.

Las diferentes condiciones de vida y de trabajo de los capitalinos se expresan en las variaciones de la incidencia de la muerte y de las enfermedades

entre jurisdicciones administrativas. En términos generales hay una relación directa entre el grado de pobreza y la mortalidad infantil, preescolar, escolar y materna. Las causas de muerte por enfermedades no transmisibles y las lesiones también presentan distribución desigual.

Las condiciones de salud y su distribución señala dos grandes desafíos que requieren ser enfrentados en los próximos años: (1) *Mejorar las condiciones generales de salud*; y (2) *disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas*.

Servicios de salud

Las restricciones en el acceso oportuno al tratamiento requerido obedecen a varias causas. Los problemas de fondo son, por un lado, la fragmentación de los servicios y por otro, el desfinanciamiento prolongado. Esto se expresa en déficit de unidades de atención e inadecuada distribución geográfica, lo cual causa falta de servicios en las zonas periféricas, donde está la mayor parte de la población pobre de la ciudad. Asimismo, particularmente los hospitales disponibles son reflejo de la estructura demográfica y los problemas de salud de la época en que fueron construidos, no de los actuales.

De la misma manera, ni la orientación de los hospitales, ni el llamado *paquete básico* de los centros de salud, se corresponden con la patología más importante que presenta la población actual. La ausencia de un sistema único es particularmente seria en la atención de las urgencias, puesto que causa retrasos en la canalización de pacientes graves, que repercuten en el incremento de la mortalidad o la discapacidad.

El déficit de unidades médicas en la zona metropolitana hace que la presión sea alta sobre los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, particularmente los generales traumatológicos y materno-infantiles. Esta situación se agrava por el crecimiento de la población conurbana del Estado de México.

A la deficiente y desigual calidad de los servicios, que tiene su origen en el deterioro generado por el financiamiento insuficiente y abandono, se añade la presencia de corrupción y el desvío de recursos escasos. A ello se agrega la persistencia de una añeja cultura institucional, en la cual la prestación del servicio se percibe como un favor y no como un derecho de los ciudadanos.

La desigualdad en el acceso al tratamiento requerido y a los beneficios del sistema de salud, se debe a que el paciente y su familia asumen la mayor parte

del costo de la enfermedad cuando aquel no pertenece a una institución de seguridad social, que es el caso de casi la mitad de los capitalinos.

El principal obstáculo es la imposibilidad económica de adquirir los medicamentos y pagar las cuotas de recuperación, ya que su costo sobrepasa los recursos de la mayoría pobre. Esto pospone el tratamiento y significa que la atención, incluso en el sector público, pueda llevar a un gasto “catastrófico” para las familias de bajos ingresos y, aun peor, que no obtengan el tratamiento requerido.

El condicionamiento laboral para obtener el seguro social es otra causa de la desigualdad en el acceso a los beneficios del sistema de salud. Los servicios sólo son gratuitos para los asegurados y sus familias, los demás deben hacer pagos directos. Finalmente, es preciso señalar el complejo aspecto cultural de la desigualdad en el uso de los servicios, en el que intervienen la falta de información, la discriminación contra determinados grupos y la poca conciencia sobre los derechos de los ciudadanos.

De allí que la situación de los servicios de salud en el Distrito Federal presente otros cuatro desafíos: (1) *Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad;* (2) *incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido;* (3) *Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad;* e (4) *instrumentar mecanismos de financiación estable, suficiente, equitativa y solidaria.*

III. Valores y principios

La convicción básica que sustenta la política de salud del gobierno de la ciudad es su reconocimiento del *valor intrínseco e igual de todos los hombres y todas las mujeres*. Esto lo compromete a respetar y proteger por igual la vida de cada ser humano. La concreción de este valor es el derecho a la salud como derecho ciudadano y por tanto, como responsabilidad del gobierno, garante del interés común.

En este marco, la *misión* de la Secretaría de salud del Distrito Federal es hacer realidad el derecho a la protección de la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad en la atención, mediante una política que construya los medios para asegurar ese derecho con el fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario.

La *visión* del Programa de Salud del Distrito Federal es la construcción de un sistema de salud universal, equitativo, anticipatorio, resolutivo, eficiente, participativo y solidario, en donde la Secretaría de Salud del Distrito Federal

se consolide como instancia rectora, articuladora de todas sus dependencias y coordinadora de las instituciones de salud adscritas a la entidad.

Este sistema requiere de un nuevo modelo de prestación de servicios — el *modelo de atención ampliada de servicios de salud*— que abordará los procesos de salud y enfermedad en sus dimensiones de promoción, prevención o eliminación del riesgo y restauración del daño, tanto en el nivel individual, como familiar y comunitario, mediante la prestación eficaz y eficiente de servicios. Para lograrlo, operará sistemas regionales de salud desconcentrados, para intensificar acciones y concentrar recursos, así como para fortalecer la gestión local, la participación social y la ciudadanía plena.

Actualmente, la diferencia entre las distintas políticas de salud no está en el diagnóstico sobre los problemas generales de salud y sobre las desigualdades de salud, enfermedad y muerte entre los distintos grupos humanos y regiones o sobre las limitaciones y debilidades del actual sistema de salud. La diferencia está en las propuestas para resolver esta compleja problemática.

Detrás de las soluciones alternativas están, además de las consideraciones técnicas, concepciones sobre la importancia de la salud para el desarrollo pleno de potencialidades de los seres humanos y su lugar respecto a otras prioridades, así como sobre las instancias responsables de asegurar a la población el acceso a los servicios de salud que requiere. Respecto a estos temas, la política de salud del gobierno del Distrito Federal ha fijado como sus grandes principios, complementarios e interrelacionados, los siguientes:

- ✧ *La democratización en salud* que, por una parte, significa reducir la desigualdad ante la enfermedad y la muerte, y promover el pleno desarrollo de capacidades y potencialidades biopsíquicas de los individuos para su cabal participación social y, por la otra, retirar los obstáculos económicos, sociales y culturales que impidieran el acceso equitativo al tratamiento requerido.
- ✧ *La centralidad de la institución pública* que se construye con el fortalecimiento y ampliación de los servicios públicos como única alternativa socialmente justa y económicamente sustentable para garantizar el acceso equitativo y universal a la protección de la salud.
- ✧ *La universalidad* que consiste en extender a todos, asegurados y no asegurados, el derecho a la protección de su salud y desvincularlo de la situación económica y laboral de las personas y familias.

- ❖ *La ampliación de los servicios* ofrecidos a la población no asegurada transitando inicialmente del paquete básico a los servicios integrales de salud de primer y segundo nivel ampliado.
- ❖ *La equidad*, que es asegurar igual acceso a los servicios existentes ante la misma necesidad de salud.
- ❖ *La solidaridad* que se concreta en el financiamiento fiscal de la política de salud y protección social, mediante contribuciones distintas según el ingreso de cada quien, y que distribuye el costo económico de la enfermedad entre todos.

IV. Estrategias para enfrentar los desafíos

Los principios generales de la política de salud del Distrito Federal se aplican mediante un conjunto de estrategias que enfrentan los seis desafíos presentados. Las estrategias se basan en valores sociales y convicciones éticas recogiendo, en su contenido concreto, aquello que las experiencias empíricas han demostrado ser soluciones factibles, viables y sustentables.

Para instrumentar las estrategias es crucial fortalecer las funciones de rectoría de la Secretaría de salud a partir de adecuar y ampliar las funciones normativas y de impulsar una activa coordinación entre instituciones y sectorial. Respecto de *la estrategia intersectorial para mejorar las condiciones de vida y de salud*, la solución de los problemas básicos del reducido ingreso y la falta de empleos dignos y bien remunerados, que han llevado al empobrecimiento de la población, depende del modelo económico del país. Sólo el gobierno nacional puede ocuparse de ello, pero el gobierno de la ciudad está en condiciones de instrumentar medidas específicas para mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los capitalinos.

Para potenciar y crear sinergias entre las políticas en lo social el gobierno del Distrito Federal impulsa una *política social integral y redistributiva*, habiendo constituido el gabinete *Progreso con justicia* que agrupa a las secretarías del sector social y económico bajo la coordinación de la Secretaría de desarrollo social. La política de atención a la salud y a los adultos mayores es un componente específico de esta política social integral.

Hoy, casi todos los países desarrollados y de desarrollo medio cuentan con sistemas de cobertura universal de pensiones. El derecho a la *pensión universal ciudadana* significa que todos los ciudadanos de determinada edad reciben una pensión, hayan hecho aportes, o no, a un fondo de pensiones.

Ello se sustenta en que, con pocas excepciones, todos los hombres y mujeres han contribuido a la sociedad aún sin relación laboral formal. Es de justicia elemental que la sociedad les otorgue cierta seguridad durante su vejez.

Estrategias del sector salud

La complejidad del proceso de salud-enfermedad y la actual distribución de facultades entre distintas autoridades obliga a aplicar una política amplia de coordinación interinstitucional, particularmente con respecto a la seguridad sanitaria de la ciudad. Destaca la coordinación con la Secretaría de Salud federal, autoridad sanitaria del país, e instancia reguladora del Sistema Nacional de Salud. También es necesario desarrollar coordinación con los estados circunvecinos e instituciones de los niveles federal y local.

Entre los obstáculos de acceso a un tratamiento adecuado y eficaz destacan las limitaciones económicas de la población, en especial para la compra de medicamentos. A ello se añaden las evidencias que confirman que el cobro del servicio es un elemento central de exclusión en los servicios de salud. Por ello, la primera gran estrategia de salud del gobierno capitalino es la *gratuidad en el uso de los servicios*, paso fundamental para democratizar la salud.

El *Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos* abarca a las familias no aseguradas residentes en el Distrito Federal. Los únicos requisitos para ser incluido en el programa son comprobar la residencia y el no aseguramiento e inscribirse en el padrón para recibir una credencial. Al retirar el obstáculo económico, la gratuidad permite concretar la extensión de los servicios individuales a las personas empadronadas, inicialmente, del primer y segundo nivel ampliado, que son los que se ofrecen en la Seguridad social del Distrito Federal.

Además de democratizar el acceso al tratamiento adecuado y reducir la desigualdad en ese aspecto, la gratuidad es además un instrumento poderoso para incrementar la eficacia y disminuir el costo global de los servicios; es decir, para incrementar su eficiencia. Es así porque impulsa y hace posible la intervención preventiva y oportuna, lo que permite ahorrar tratamientos más costosos en etapas más avanzadas del mal y disminuir las complicaciones.

El establecimiento de prioridades es una preocupación sobresaliente de la política de salud, dado el alto costo de ciertas intervenciones y la escasez relativa de recursos. Con frecuencia, este dilema se resuelve reduciéndolo a la eficiencia económica respecto del impacto medido con algún indicador de

salud, tal como los años de esperanza de vida saludable, en vez de establecer *prioridades con criterio de equidad y necesidad*.

La disminución de la desigualdad en el acceso hasta alcanzar la equidad, esto es, igual acceso a los servicios ante la misma necesidad, supone garantizar a todos las mismas intervenciones. La definición de éstas se hace sobre la base de conglomerados de necesidades de salud por grupos de edad y género, con un abordaje integral. El establecimiento de prioridades requiere integrar la lógica de los especialistas con los valores y percepciones de la población que sufre los problemas. La responsabilidad técnica con respecto a las prioridades está en elegir las intervenciones más eficaces para encararlas y usar con eficiencia los recursos disponibles.

El nuevo modelo de atención ampliada a la salud (MAS)

Para enfrentar los seis grandes desafíos en salud se requiere implantar un nuevo modelo de atención. El *Modelo de atención ampliada a la salud (MAS)* toma en cuenta las características demográficas y sanitarias de la población capitalina, así como la situación del sistema de salud, la ley y la normatividad sanitaria. Pretende corregir las experiencias de los modelos de atención antes aplicados, para superar la fragmentación, superposición e ineficiencias y ampliar el acceso y los servicios prestados.

Este modelo constituye la base sobre la que es posible concretar los compromisos en materia de atención a la salud del gobierno del Distrito Federal, que son: (1) Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad; (2) ampliar y asegurar el acceso de la población no asegurada y mayor de 70 años a intervenciones oportunas y adecuadas, mediante la gratuidad de servicios de primer y segundo nivel ampliado, y a los medicamentos al momento de necesitarlos; y (3) construir gradualmente un sistema integral y único de urgencias en la capital. Los atributos del modelo son:

Es *universal*; atiende la seguridad sanitaria de toda la población, da prioridad a los grupos más desprotegidos y amplía la cobertura de servicios integrales de primero y segundo nivel a los residentes del Distrito Federal no asegurados y complementa la protección de servicios de salud garantizada a los asegurados de la seguridad social.

Es *integral*; pone a disposición de la comunidad una amplia gama de actividades de atención a las personas, la familia y la colectividad, con acciones de anticipación, de promoción, preventivas y restaurativas.

Es *resolutivo*; atiende el daño específico a la salud con una respuesta suficiente y funcional de los servicios en los aspectos organizativos, técnicos, de conocimiento actualizado y con calidad.

Tiene orden *escalonado*; ofrece los servicios por niveles de complejidad de la atención, en donde la puerta de entrada al sistema son los niveles menos complejos, y garantiza la referencia dentro de la red de servicios.

Está *regionalizado*; establece redes regionales para ordenar la entrada al sistema, la referencia y contrarreferencia, el sistema de información y la red integral de servicios en la ciudad.

Es *participativo*; involucra a la ciudadanía en la toma de decisiones sobre su salud y en las intervenciones para modificarla positivamente, así como en la evaluación de los resultados, mediante la intervención de los individuos y de las instancias grupales.

Es *solidaria*; se financia con recursos fiscales logrando aportes en proporción al ingreso y en donde los sanos comparten el costo de los servicios con los enfermos.

El MAS ofrece una distinta intensidad de acciones de acuerdo con el grado de responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal, que se define respecto a tres grandes grupos. La población de responsabilidad directa que comprende los cerca de *cuatro millones de habitantes carentes de seguridad social*. Esta población es sujeta de las acciones de seguridad sanitaria, de atención colectiva y de atención individual con *intervenciones garantizadas*.

6.3.2. Presentación del seguro integral de salud de Perú

Aunque de alcance nacional, la presentación del Perú fue más específica y menos detallada. Estuvo a cargo del doctor Moisés Acuña, director del Seguro Integral de Salud de Perú (SIS) que se ofrece como una Estrategia nacional continuada.

Hacia fines de 2003, la población del Perú alcanzó algo más de 27 millones de habitantes, con ingreso per capita de unos 2.080 dólares estadounidenses. La población clasificada como rural es el 27 por ciento del total y la población pobre es el 54 por ciento, con mayor prevalencia en el campo, aunque mayor incidencia en las zonas urbanas. A su vez, los peruanos en extrema pobreza son el 25 por ciento del total. Sólo el 51 por ciento de los peruanos tiene acceso a condiciones básicas de higiene (agua y desagüe), el gasto en salud

per capita sólo llega a 99 dólares, de los que el gasto público solventa sólo la cuarta parte. Casi el diez por ciento de las personas presentan severo riesgo de exclusión (2,6 millones), algo más del 30 por ciento tienen alto riesgo de exclusión social en salud (8,1 millones), el riesgo medio de exclusión afecta a otro 30 por ciento (8 millones) y es poco el riesgo de ser excluidos de la atención de la salud sólo para menos de un tercio de los peruanos (8,3 millones de personas).⁴¹ Quienes presentan severo y alto riesgo de exclusión son pobres en su vasta mayoría (87 por ciento), viven en áreas rurales (80 por ciento), tienden a ser trabajadores informales o familiares de éstos, están entre los 17 y los 45 años de edad y son de bajo nivel educativo (53 por ciento con escuela elemental)

La política gubernamental actual de lucha contra la pobreza supone inversión social mediante políticas descentralizadas que sirvan a la población más pobre. En el sector educación, la aplicación del Plan Huascarán apunta al aprendizaje del uso de nuevas tecnologías. En materia laboral, el programa *A trabajar* urbano y rural es un esfuerzo de creación de empleo para los desempleados. En el ámbito agrícola, el Programa nacional de racionalización de uso de tierras, aguas y cultivos por micro cuencas (*PRONAMACHS*) apunta a mejorar la producción y productividad de agricultores pequeños y tradicionales en el campo andino.

En el sector salud, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un componente fundamental de la lucha contra la pobreza en tanto concentra sus esfuerzos en lograr mayor acceso a la atención de la salud de los más pobres. Es importante destacar la plena legitimidad política del Seguro integral de salud, en la medida que deriva del mandato del *Acuerdo nacional*, documento suscrito por el conjunto de los partidos políticos para garantizar la continuidad y sustentabilidad de las políticas de desarrollo más allá del período de duración de uno u otro gobierno electo. Así, la decimotercera política establecida por el *Acuerdo nacional* insta a “establecer el acceso universal al seguro social y servicios de salud” según lo señala la Constitución, mediante:

- ❖ Acceso de los servicios de salud y provisión de medicamentos para toda la población;
- ❖ mejora de la calidad de los servicios de salud; y
- ❖ mejora de la eficiencia y eficacia de los gastos en salud pública.

⁴¹ OPS/OMS Ministerio de Salud de Perú.

De ese modo, es prioridad de la política de salud del gobierno peruano la extensión de los seguros de salud para toda la población y es a ello que se dirige el Seguro Integral de Salud (SIS). Se trata de un programa con varios componentes y planes, según los grupos de la población beneficiarios, del siguiente modo:

- ✧ Componente materno infantil:
 - Plan A: Para niños en los primeros cuatro años de vida.
 - Plan C: Para mujeres gestantes.
- ✧ Otros componentes:
 - Plan B: Para niños y adolescentes de 5 a 15 años de edad.
 - Plan D: Para adultos en emergencias.
 - Plan E: Para adultos bajo focalización.
- ✧ Componentes adicionales en desarrollo.

El conjunto de componentes y planes del Seguro Integral de Salud (SIS) apunta a incrementar la cobertura y en consecuencia, la inclusión, según las metas que presenta el cuadro siguiente:

Metas de afiliación 2004-2006 (miles de personas)

Planes/ beneficios	2004	2005	2006
Total beneficiarios	9.749	11.500	13.333
Plan A: (0-4 años)	2.467	2.537	2.941
Plan B: (5-15 años)	5.198	6.131	7.109
Plan C: Mujeres embarazadas	569	672	779
Plan E: Adultos	1.515	2.160	2.504

En 2001, con una población de 26 millones, la atención de la salud en el Perú alcanzaba, por medio de seguros privados o pagos directos, a algo más de la quinta parte de la población (20,3 por ciento) y casi al 30 por ciento (29,1) mediante seguro social en salud. Los pobres, algo más de la mitad (50,6 por ciento), accedían parcialmente, o no accedían, a la atención de la salud sin ningún seguro social.

En 2003, cuando la población ya había alcanzado los 27 millones, casi el 23 por ciento (22,9) se atendían mediante pagos directos o seguros privados, el SIS cubría al 27,6 por ciento de la población y se propuso como objetivos, para el período 2004 – 2006 cubrir al 7,4 por ciento con seguros asociados a

contribución y a otro 21,5 por ciento de población pobre no asegurada. Está todavía pendiente la cobertura de casi el dos por ciento (1,9) respecto de los objetivos de 2004 – 2006.

Sólo entre enero y septiembre de 2003, el Seguro Integral de Salud (SIS) logró las afiliaciones que expresan el cuadro siguiente:

Plan de beneficios	Afiliaciones en 2003	
A: Niños hasta 4 años	2.300.584	32,96%
B: Niños y adolescentes de 5 a 17 años	3.874.573	55,51%
C: Mujeres embarazadas	605.919	8,68%
E: Adultos	198.380	2,84%
Total	6.979.456	100%

En cuanto a su distribución por grado de concentración geográfica, casi el 47 por ciento de los afiliados lo fueron en áreas rurales (46,8), a los que se suma 36,7 por ciento de zonas urbano-marginales y el 16,5 por ciento de zonas urbanas.

La sostenibilidad financiera del Seguro Integral de Salud (SIS) es, sin embargo, muy frágil en razón de tres causas principales:

- ✧ El déficit crónico del presupuesto de salud pública a pesar de las necesidades crecientes para la provisión.
- ✧ La crisis financiera de Seguro Social tradicional (ESSALUD), donde el régimen es de contribuciones de empleadores y trabajadores del sector formal de la economía, con bajo crecimiento, elusión y evasión.
- ✧ El carácter informal del 60 por ciento de la economía, que propone el desafío de establecer mecanismos para recibir contribuciones de quienes pueden pagar en ese sector.

Lo anterior demanda tomar previsiones para el futuro inmediato y de largo plazo, *fortaleciendo el diálogo social* para:

- ✧ Desarrollar una política activa de información y sensibilización de los actuales proveedores de financiamiento.
- ✧ Revisar los procedimientos de cobertura los seguros de salud sociales para incorporar gradualmente a toda la población económicamente activa (PEA).

- ❖ Garantizar la financiación pública de las cuotas plenas per capita de los seguros para los pobres.
- ❖ Promover la organización formal de trabajadores independientes.
- ❖ Evaluar la capacidad de pago de trabajadores no pobres y afiliarlos al seguro social de salud.
- ❖ Garantizar la calidad y eficacia de todos los servicios de salud pública.
- ❖ Desarrollar una política de salud elaborada principalmente desde el acuerdo general entre los agentes económicos y sociales.

6.3.3. Presentación del Instituto Hondureño de Seguridad Social

A cargo de la licenciada Martha Rosibel Garay Flores, directora general de seguridad social, del ministerio de trabajo y prevención social, la presentación de Honduras se ocupó del Instituto hondureño de seguridad social (IHSS).

El IHSS que es una de cuatro entidades de previsión social del país, siendo las otras el Instituto nacional de jubilaciones y pensiones de los empleados y funcionarios del poder ejecutivo. (INJUPEMP), el Instituto nacional de previsión del magisterio, (INPREMA) y el Instituto de previsión militar IPM. Para estas últimas tres organizaciones, las normas han establecido contribuciones correspondientes a trabajadores y patronos, como porcentaje de los salarios, que superan largamente los que financian al Instituto de seguridad social, como se muestra en la tabla siguiente:

Organización	Afiliados	Aporte de patronos	Aporte de trabajadores	Total
IHSS	424.427	2%	1%	3%
INJUPEMP	109.215	11%	7%	18%
INPREMA	5.595	12%	7%	19%
IPM	7.830	18%	9%	27%

Mayor es el contraste entre el sector de la población adulta cubierto por las organizaciones previsionales arriba descritas, que en 1993 se aproximaban a las 550 mil personas y los trabajadores que no tenían cobertura alguna de seguros y que superan 1,7 millones, es decir, más del triple. Entre estos últimos, los varones son más que el doble que las mujeres (y la falta de cobertura se concentra, como fuera de esperarse, entre los 20 y los 49 años de edad.

Lo anterior contradice, en los hechos, los principios doctrinarios de la seguridad social que el Instituto hondureño se esfuerza por promover: Universalidad, obligatoriedad, especialización, unidad, participación, equidad y solidaridad.

El Instituto es entidad autónoma y su patrimonio es propio. Su junta directiva incluye dos secretarios del poder ejecutivo (Trabajo y seguridad social y Salud pública), tres representantes del Consejo hondureño de la empresa privada y tres representantes de las centrales sindicales de trabajadores (CGT, CTH y CUTH).

Su régimen de enfermedad y maternidad (EM) cubre invalidez, vejez y muerte, enfermedad y maternidad, y riesgo de trabajo. Presta atención de la salud a más de 20.000 jubilados. Además de ofrecer atención en los tres niveles mediante servicios médicos directos en su propias instalaciones, también lo hace para una red privada de atención y articulando servicios con la Secretaría de salud. Ofrece servicios de farmacia, odontología, radiología, laboratorio, exámenes especiales y apoya al Sistema médico y de empresa. Por último, paga subsidios por incapacidad temporal y maternidad.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) sufrió una crisis entre 1994 y 1998, cuando llegó a tener la imagen de una de las entidades más ineficientes del país. Importantes reformas legales, aprobadas a mediados de 2001 establecieron lo siguiente:

- ❖ Separación financiera y administrativa de los tres regímenes de beneficios.
- ❖ Prohibición de transferencia de fondos de un régimen a otro.
- ❖ Abolición de límites y establecimiento de criterios para que, en períodos sucesivos no mayores de cinco años, pudiera modificarse las tasas.
- ❖ Ampliación de la cobertura de atención médica a niños y niñas de 5 a 11 años de edad.
- ❖ Reducción del gasto administrativo al 30 por ciento del total.
- ❖ Prestación de servicios médicos a los cónyuges de los trabajadores.
- ❖ Cambios en los salarios máximos susceptibles de cotización.

La situación que encontró la actual administración, en marzo de 2002, ofrecía dificultades que debieron ser enfrentadas de inmediato. A ello antepuso la nueva administración una *visión institucional* que define al IHSS como una

entidad moderna, líder y de prestigio, con cobertura universal basada en principios y valores, con recursos humanos calificados, creativos y estables, que provee servicios de seguridad de salud y previsión social integral dirigidos a la persona, que debe suscitar alto grado de satisfacción y credibilidad y contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias.

De lo anterior deriva una *misión institucional* que exige al IHSS ser una entidad de seguridad que, mediante organización tecnificada y cobertura nacional, garantice el acceso de las personas a los servicios con énfasis en calidad, eficiencia, eficacia, equidad y calidez, orientación a la persona y al beneficio de la familia, para contribuir a la prosperidad integral del país.

Es tanto desde la visión como de la misión institucional que se formula los siguientes objetivos específicos de la modernización del Instituto Hondureño de Seguridad Social:

- ✧ Desarrollar la política económica y financiera de la organización.
- ✧ Ampliar el número de personas que aportan.
- ✧ Disminuir la evasión.
- ✧ Diseñar, desarrollar y poner en marcha un sistema centralizado de recaudación de cuotas.
- ✧ Disminuir la morosidad en los pagos.
- ✧ Elevar al máximo el rendimiento de las inversiones financieras, manteniendo un nivel de riesgo aceptable.
- ✧ Desarrollar un plan de inversiones en infraestructura y tecnología.

El *plan estratégico de largo plazo*, que permitiera acercarse a los objetivos señalados supone, entre 2002 y 2006, trabajar en la sistematización de la información, la mejora de la calidad de los servicios médicos, la ampliación de la cobertura, la elevación de la cultura institucional, la formulación administrativa de cuentas individuales únicas e integradas y la aplicación del programa de desarrollo de inversiones. Adicionalmente, los programas que se ha señalado como prioritarios son la creación de un régimen de riesgos del trabajo, con énfasis en la prevención; la atención materna e infantil; la atención integral al adulto mayor; y la atención al paciente VIH positivo o sintomático de SIDA.

Con la reestructuración en marcha la administración actual ha tenido ya logros tangibles en la incorporación de nuevos pagadores de cuotas, en los balances de ingresos y gastos, en la construcción de nuevas instalaciones, en

la adquisición de nuevos equipos y en la incorporación de más recientes tecnologías. Sin embargo, el avance más valioso, hacia 2003, ha sido el haber ofrecido doscientas mil consultas y cuatro mil intervenciones quirúrgicas más que en el ejercicio anterior y haber indicado 800.000 recetas abastecidas con el 94 por ciento de los medicamentos prescritos.

Por supuesto, no han sido ajenos a estos avances el Programa de reforma de la salud, con apoyo de 14 millones de dólares del Banco mundial, para efectos de modernización institucional, financiamiento de subproyectos y compra y provisión de servicios de salud; la asesoría y gestión de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), respecto de la cobertura de la seguridad social, el diálogo social tripartito y la elaboración del Plan de acción nacional (PAN) en 2003 y su aplicación en adelante; y por último, el apoyo técnico, de capacitación y financiación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), para efectos de salud sexual y reproductiva.

6.3.4. Presentación de Bolivia

El doctor Javier Torres-Goitia Torres, asesor del nuevo ministro de salud, presentó un cuadro general de la salud en Bolivia y los modelos de atención y financiamiento puestos en marcha desde 1982.

Sostuvo que la exclusión social en salud no puede ser analizada de manera aislada del contexto social general. El acceso a los servicios, su financiación, el costo al paciente, y la calidad de la prestación del servicio, representan importantes componentes que son necesarios para evaluar los servicios relacionados con la prestación del cuidado. Es importante recordar, sin embargo, que esos componentes, por si mismos, no necesariamente producen mejor salud. Para ello, es necesario que los servicios del cuidado de la salud contribuyan a mejorar los determinantes y condicionamientos de la calidad de vida en el marco del concepto integral “bienestar-enfermedad” que se da en el interior del proceso económico y social.

La exclusión social en salud en Bolivia no es problema de minorías; es parte del conjunto de la exclusión social que afecta a más de la mitad de la población. Sus orígenes se remontan a la era colonial, cuando se estableció un régimen feudal que sometió a la población local indígena. Esta situación se mantuvo, sin cambios, durante los primeros 125 años de vida republicana independiente, dominada por criollos y mestizos que hicieron poco o nada por cambiarla.

La revolución nacional de 1952 cambió las estructuras sociales del país con tres medidas principales: la nacionalización de las minas, la reforma en la propiedad de la tierra y el sufragio universal.

Estos cambios mejoraron los derechos civiles y políticos de toda la población boliviana pero no hicieron mucho por abatir la situación de pobreza secular de los pobladores indígenas, que se hicieron propietarios de parcelas de tierra, pero que mantuvieron los mismos bajos niveles de productividad que se habían dado durante el régimen feudal.

El intercambio étnico ha sido tan grande, en un país donde el 80 por ciento de la población es indígena que, hoy en día, toda la población boliviana puede ser considerada mestiza, es decir, de ascendencia blanca e indígena. Sin embargo, la mayor parte de la población es rural (62 por ciento). Mantienen la lengua nativa, no terminan la escuela primaria, mantienen sus viejas tradiciones y cultura nativa y se consideran etnias distintas de los grupos urbanos. Están, pues, excluidos socialmente en todos los aspectos de su existencia.

El hecho que tan amplia proporción de población sea excluida tiene un peso decisivo en los indicadores de pobreza del país. Es fácil observar que la pobreza se concentra principalmente en las áreas rurales, aunque también se la encuentra en el medio urbano. Las ciudades fueron, hace muchos años y aún hoy, invadidas por campesinos que dejaron sus tierras originarias por causa de suelos empobrecidos y trabajados en exceso. Una vez en las ciudades, sin medios adecuados de supervivencia, su situación no ha mejorado, como esperaban y más bien han agregado su pobreza a las áreas urbanas.

Los indicadores de salud son expresiones generales de la inequidad social y de la pobreza. La probabilidad de morir a la edad de dos años, cuando se la clasifica por lengua materna, muestra impresionantes diferencias entre los hispanohablantes y quienes hablan lenguas indígenas. Dada la explicación anterior, el idioma no hace sino indicar la exclusión de la población.

Lo mismo ocurre con el acceso de la población a servicios básicos. La población rural está siempre en desventaja. En estas condiciones, las causas de muerte en niños de menos de 5 años de edad, en todo el país, claramente muestran la preponderancia de males conocidos como enfermedades de la pobreza. Ocurre lo mismo con las causas de la malnutrición, de la mortalidad materna, de la mortalidad infantil, etc. Todos los indicadores muestran las

condiciones precarias de la salud en el país, además de una amplia diferencia entre áreas rurales y urbanas.

Reacción del estado

El estado boliviano se ha realizado variedad de esfuerzos para enfrentar esta situación, algunas de las cuales se explica a continuación.

Capitalización. Durante el período que la tendencia internacional apuntaba a separar las empresas productivas del estado, para transferirlas al sector privado, Bolivia prefirió la capitalización. Se trata de un procedimiento que permite al país mantener la propiedad de las empresas, e invita al sector privado a invertir el mismo monto de su valor original y administrarlas, con la obligación de compartir las ganancias. De este modo fue posible, en el caso de Bolivia, atraer capitales que de otro modo no hubieran llegado al país. Las empresas se encontraron con la posibilidad de doblar su capacidad productiva. Lamentablemente y debido a la ineficiencia de los sistemas de control y regulación, no fue posible para el país recibir las ganancias esperadas cuando se las debió distribuir. Actualmente, el país está tratando de recuperar los réditos que le corresponden de las empresas capitalizadas. El conflicto que tuvo lugar recientemente y que forzó el cambio de gobierno, se relaciona íntimamente con el reclamo general de la población a las empresas capitalizadas, principalmente las que explotan el gas, para que compartan más de sus ganancias con el país.

La ley de descentralización y en particular, la ley de participación popular han permitido entregar mayores recursos y poder a las zonas rurales mediante la constitución de las 311 municipalidades que conforman el país. El 20 por ciento del ingreso del tesoro nacional general, que las municipalidades reciben actualmente, se distribuyen equitativamente en relación con el número de habitantes de cada municipalidad, ya sea rural o urbana. Antes de la aplicación de esa ley, la contribución del tesoro llegaba solo al 10 por ciento, para las municipalidades que eran capitales de departamento y la distribución se concentraba en las grandes ciudades, excluyendo por completo a las zonas rurales.

La actual situación económica y administrativa de las municipalidades y su participación en la administración y operación de los servicios de salud y educación ha permitido la creación de un nuevo sistema de seguro público que difiere por completo del modelo de seguridad social bismarkiano. En este modelo, las contribuciones por individuo son hechas indirectamente por

la municipalidad, para lo cual reserva un porcentaje del monto recibido del tesoro. La cobertura es universal y sin pagos directos del beneficiario.

A través de varias etapas, empezando con el primer sistema de seguro madre-niño, que se aplicó en 1996 para proveer cuidado médico solo para los embarazos y partos y las patologías prevalentes en los niños menores de cinco años de edad, el siguiente paso fue la inclusión de servicios adicionales dentro de la fórmula de seguro básico. Actualmente el país tiene un sistema de seguro universal madre-niño.

Este sistema de seguro es sostenido, inicialmente, con el 7 por ciento de coparticipación que las municipalidades reciben del tesoro nacional; el próximo año el porcentaje se elevará al 8 por ciento y axial sucesivamente hasta llegar a la meta del 10 por ciento. El sistema asegura la cobertura de todas las patologías del embarazo, estuvieran o no relacionadas con el propio embarazo, así como también todo el cuidado de la salud que fuera necesario durante los seis meses después del parto. También asegura cuidado de la salud integral a todos los niños por debajo de los cinco años de edad. En ambos casos, las medicinas necesarias, la hospitalización y todos los recursos de diagnóstico, están asegurados sin contribución del paciente. Por primera vez, la medicina tradicional se incluye en la atención cuando la hiciera necesaria la demanda de las comunidades.

Pero aún más importante que el propio sistema de seguro y representando el gran esfuerzo del estado en favor de la población más pobre, que no ha tenido oportunidad de acceso al cuidado médico, es el establecimiento en el país de un nuevo modelo administrativo. El modelo, que no elude la responsabilidad que corresponde al gobierno central, involucra a las municipalidades en la administración de los servicios. Es importante recordar que la estructura e infraestructura de esos servicios ya estaba en manos de las municipalidades. Se agrega a esta administración compartida la participación popular, basada en las excelentes experiencias que ganara el país con la recuperación de la democracia, en 1982, luego de un largo período de dictaduras militares. La administración es ahora compartida con participación popular.

Esta modalidad de administración se ha hecho integral con el programa llamado EXTENSA. Esto es, la extensión de los servicios a las áreas rurales que hacen las “brigadas sanitarias”. Estas brigadas de profesionales de la salud van a los centros de salud más remotos en las zonas rurales de población dispersa y ofrecen cuidado de la salud básico, refieren a pacientes a los centros

de salud más cercanos y especialmente, promueven el cuidado preventivo de la salud. Hace poco, como resultado de esta experiencia, se llegó a la conclusión que es indispensable que las brigadas amplíen sus funciones y se hagan cargo, también, de la colaboración con los campesinos para mejorar su producción agrícola mediante asistencia en sistemas de irrigación, mejora de semillas y otros asuntos relacionados con el desarrollo social y económico.

Esto representa ya una tarea multisectorial, que tiene como importante característica el hecho que es el sector salud el que la promueve, como componente adicional de la mejora de la salud de la población, en tanto que no puede alcanzarse progreso si no se reconoce que los campesinos pobres son sujetos de su propio desarrollo. El objetivo no es dar los servicios como regalo, sino promover la convicción que los propios campesinos asumen la defensa de sus derechos a la salud, entendiendo salud no solamente como la ausencia de la enfermedad sino como el mejoramiento de condiciones socioeconómicas que definen la calidad de la vida. Ésta no puede mejorarse con iniciativas paternalistas sino con el esfuerzo propio de las personas, facilitado por el estado. Axial, se espera que la población excluida se libere de las condiciones que mantienen su exclusión.

Dispersión política

Todos los cambios confrontan dificultades. Éstas surgen, precisamente, de la precaria cultura política de una población causada por las condiciones de pobreza y exclusión en el que vive gran parte de ella. Hoy en día, ningún partido político del país puede alcanzar el apoyo de la mayoría absoluta de la población. Basta mirar el espectro político actual, sobre la base de datos de las elecciones de 2002.

El concepto de democracia, que recién ha empezado a penetrar la conciencia de la población urbana, tiene otras expresiones en las culturas indígenas, que representan a la mayoría del país. Este hecho suscita una suerte de confrontación cultural que es difícil de resolver. La posibilidad que la confrontación de diferentes tendencias de pensamiento y acción tenga como resultado una síntesis nacional dialéctica, caracterizada por nuevas formas de democracia participativa que puede asegurar el progreso del país, está más cerca. Para impedir que la confrontación de estos intereses opuestos cause violencia y destrucción y tenga como resultado una peor situación de subdesarrollo y para asegurar que tales cambios ocurran de manera pacífica,

son necesarios tanto capacidad política como recursos económicos que el país no tiene.

La iniciativa de la OIT y la OPS, para extender la protección social en salud, con el invalorable apoyo de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA), es de gran beneficio para un país que está haciendo esfuerzos sustantivos para lograr la inclusión de su gran población excluida y para ofrecer a las zonas rurales de población dispersa, tradicionalmente olvidadas, servicios de cuidado de la salud. El sistema de seguro universal madre-niño es sólo un primer esfuerzo que requiere mayor apoyo económico para ampliarse y ser capaz de proveer servicio medico integral.

La lucha social que se ha dado durante las semanas pasadas y que tuvo como resultado el cambio de gobierno, constituye una evidencia de las profundas contradicciones que se encuentra en el país y que no han sido resueltas. Dentro del sector salud, la magnitud de los problemas y su entendimiento por las nuevas autoridades hacen posible prever que el núcleo de las políticas actuales del sector se mantendrá inalterado. Mi presencia, como padre y asesor del anterior ministro de salud y como representante del doctor Fernando Antezana, actual ministro de salud, demuestra la continuidad de la política, algo que es muy importante para la salud de la población boliviana.

6.3.5. Presentación de Surinam

El doctor Harold R. Ramdhani, representante del ministerio de salud de Surinam, presentó los avances en extensión de la protección social en salud en su país.

Aunque el sistema de salud y sus fuentes de financiación presentan un panorama bastante complejo en Surinam, con profusión de actores públicos y privados, en materia de financiación, administración, prestación de servicios y regulación del sistema, ello no se traduce en la situación de salud de la población que fuera deseable.

A pesar que la esperanza de vida al nacer ha alcanzado los 70 años de edad, las condiciones de salud se expresan en indicadores preocupantes, tales como muerte perinatal, que alcanzan los de 38 por mil nacidos vivos y mortalidad materna de 153 por 100.000 nacimientos. Ciertamente es que la cobertura de vacunación alcanza entre el 70 y el 75 por ciento de la población en riesgo, pero los despistajes de cáncer del cuello uterino no llegan al 27 por

ciento. En cuanto a la prevalencia de VIH/SIDA, se estima en 64 personas de cada 100.000.

De hecho, el gasto en salud per capita de 180 dólares estadounidenses por año, superior al promedio de la Región, es bastante menor que el de Argentina (620 dólares) o de Costa Rica (230 dólares), aunque supera a países tales como Jamaica (115 dólares), o la República Dominicana (105 dólares).

El sector salud se financia mediante un aporte significativo del gobierno, que alcanza el 44 por ciento y valiosas contribuciones de donantes, que llegan al 14 por ciento de lo que se aplica al sector. Asimismo, las empresas aportan el 22 por ciento de los costos. Aún así, las economías familiares deben afrontar el 20 por ciento de los costos de la salud, en la medida que el 32 por ciento de la población no está protegida por seguros públicos, seguridad social derivada de la relación laboral, o seguros privados.

Aunque es propósito del gobierno de Surinam *que toda la población tenga acceso equitativo y universal al cuidado de la salud*, la desprotección de ese 32 por ciento es clara muestra de exclusión social. En consecuencia es objetivo del Programa de extensión de la protección social en salud el extender esa protección a todos los actualmente excluidos.

El Programa tiene como componentes:

1. La expansión del seguro de salud.
2. La mejora de la salud ocupacional.
3. El establecimiento de una alianza para la salud entre el sector público y el privado.

El primer componente supone fortalecer la capacidad de elaboración y aplicación de políticas de extensión de seguros de salud en el país a quienes están hoy excluidos de los servicios de salud. Ello debe tener como resultados:

- ✧ Mayor conciencia nacional sobre la necesidad del seguro de salud.
- ✧ Una estrategia que apunte al aseguramiento general en salud.
- ✧ Legislación sobre seguro de salud.
- ✧ Personal capacitado y mejoramiento de las destrezas.

Un sistema nacional de seguro de salud en Surinam debe tener como objetivo *mejorar la situación de la salud de todos los ciudadanos del país, garantizando cobertura de un paquete mínimo básico para todos*.

Como es de preverse un sistema nacional de salud tendrá como elementos:

- ✧ Grupos objetivo.
- ✧ Obligatoriedad del seguro.
- ✧ Obligatoriedad de la aceptación.
- ✧ Costos y primas.
- ✧ Paquete mínimo de beneficios.
- ✧ Proveedores de servicios.

El segundo componente, la mejora de la salud ocupacional, se propone fortalecer la capacidad de elaboración y aplicación de políticas, mediante la vigencia efectiva de legislación sobre salud ocupacional. Resultados de ello deben ser:

- ✧ La mejora de la legislación laboral.
- ✧ Leyes sobre accidentes ocupacionales.

El tercer componente, establecimiento de una alianza para la salud entre el sector público y el privado para ampliar la base de la reforma del sector salud debe resultar en:

- ✧ Mayor conciencia nacional sobre la necesidad del seguro de salud.
- ✧ Una red de instituciones públicas y privadas.
- ✧ Un programa de capacitación y un conjunto de profesionales capacitados.

La alianza social que requiere la puesta en marcha del programa está conformada por:

- ✧ Aliados nacionales: Ministerio de salud, Fondo estatal de seguro de salud, Organización de comercio e industria de Surinam, Asociación de fabricantes surinameses, Cámara de comercio, Sindicatos.
- ✧ Aliados internacionales: HVBG (Alemania), la OIT y otras.

Las actividades y contribuciones que se requiere para poner en marcha el programa son las siguientes:

- ✧ Campañas de toma de conciencia.
- ✧ Asistencia técnica.
- ✧ Capacitación y Talleres.

- ✧ Fondos iniciales.
- ✧ Alianzas con agencias internacionales.

Los costos estimados de programa alcanzan 1.924.000 de euros, donde el mayor desembolso debe hacerse en expansión del seguro de salud (1.209.000), seguido de salud ocupacional (380.000), la alianza entre el sector público y el privado (230.000) y costos generales (105.000).

6.3.6. Investigación para la protección social en salud en las Américas, presentación de IDRC-Canadá

A cargo del doctor Roberto Bazzani, especialista principal de programa, Oficina para América Latina y el Caribe de esa entidad, la exposición explica los esfuerzos por vincular la investigación a la toma de decisiones en la extensión de la protección social en salud que actualmente realiza IDRC-Canadá en iniciativa conjunta con la OPS.

Los antecedentes de la investigación datan del año 2000, en que la OPS y el IDRC hicieron una revisión conjunta de la investigación sobre reformas del sector salud. En 2001, a propósito de la Cumbre de las Américas, el IDRC y la OPS organizaron, del 18 al 20 de abril, en Montreal, el *Forum sobre reforma del sector salud en las Américas: Mejorar la investigación para la comparación e interacción de políticas*; para identificar estrategias que integraran mejor la investigación en la elaboración de políticas de salud. Con ello, se inició la primera fase de la investigación sobre protección social en salud, entre 2002 y 2003, que intenta construir y vincular la investigación de los servicios de salud y la política de salud en la Región.

Lo realizado permite adelantar reflexiones sobre las contribuciones de la investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe al desarrollo de políticas.⁴² Algunas conclusiones de la revisión conjunta del esfuerzo son:

- ✧ No se ha integrado investigación en la elaboración de políticas de salud.
- ✧ La investigación de políticas y sistemas de salud es más bien débil.
- ✧ Mientras que en la década de 1990 la mayor parte de las reformas de salud en América Latina y el Caribe hicieron énfasis en asuntos

⁴² Documentos clave sobre el tema son “Research on Health Sector Reforms in Latin America and the Caribbean: Contribution to Policymaking”, PAHO/WHO/IDRC; y “La investigación sobre políticas de reforma del sector salud en América Latina: iniciativas regionales y estado del arte”, Celia Almeida.

de financiación y eficiencia, es creciente el consenso sobre *la necesidad de mejorar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad* (la exclusión en salud es considerada como muestra de fracaso en la mayor parte de los países durante la última década).

- ✧ *Es necesario mejorar la gobernabilidad en el sector:* El proceso de elaboración de políticas —incluyendo la investigación sobre políticas— debe abrirse a más amplia y más genuina participación pública.

Estas conclusiones preliminares son la base de recomendaciones para la acción:

- ✧ Promover más y mejor investigación para ayudar a redirigir las reformas hacia principios de acceso equitativo y servicios de calidad.
- ✧ Invertir en actividades para salvar la discontinuidad entre la investigación y las políticas haciendo mayor la interacción entre partes interesadas clave en la reforma del sector salud.
- ✧ Al mismo tiempo, es necesario reforzar funciones esenciales de la salud pública para, simultáneamente, promover el fortalecimiento de la sociedad civil, la plena ciudadanía y la participación social en salud.
- ✧ Incrementar el intercambio de experiencias y prácticas óptimas entre los países del hemisferio.

Lo anterior ha de hacerse refinando el alcance de la investigación, del amplio marco que significa promover el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, a la siguiente pregunta que debe resolver la investigación: ¿Cuál es el impacto (esperado o dado) de las estrategias innovadoras en la expansión de la protección social en salud? Así, el Programa Conjunto IDRC - OPS en investigación para la protección social en salud se propone los objetivos siguientes:

- ✧ Producir conocimientos sobre políticas y estrategias que mejoren la protección social en salud.
- ✧ Poner en marcha un conjunto de solicitudes de propuestas, sobre protección social en salud, lanzadas por redes subregionales, talleres e intercambios regionales.

- ❖ Apoyar estudios sobre protección social en salud diseñados y llevados a efecto, en conjunto, por investigadores y responsables de políticas.

El Programa se ejecuta en dos fases:

La *primera fase*, llevada a efecto en 2003, consistió en la distribución de solicitudes de propuestas desde las redes subregionales del Cono Sur, la Región Andina, América Central y el Caribe.

Las financiaciones permitieron a investigadores y responsables de políticas trabajar juntos para (a) llevar a efecto estudios piloto, o de línea de base, para definir y desarrollar el problema de estudio; y (b) diseñar un proyecto de investigación. Se otorgó, en total, nueve financiaciones de 15.000 dólares cada una.

La *segunda fase*, a llevarse a efecto entre 2004 y 2005, consiste en la ejecución de los proyectos que hubieran culminado con éxito la primera fase. Los criterios que definieron el éxito fueron el lograr que la investigación interactuara con las políticas, la solidez del problema de investigación definido y la relevancia y calidad de la propuesta de investigación.

Los proyectos financiados durante la primera fase fueron los siguientes:

1. Argentina: Un sistema público de seguro materno e infantil en la Provincia de Buenos Aires.
2. Brasil: Desafíos de la protección social en salud en el contexto de inequidades en la Amazonía brasileña.
3. Chile: Para adecuar los servicios de atención primaria de salud en el contexto de una reforma de envergadura del sistema de salud.
4. Colombia: Para mejorar la eficacia de las políticas de protección social a poblaciones desplazadas por la violencia en Bogotá.
5. Colombia: Trabajadores desempleados entre 1993 y 2003: Diseños alternativos para garantizar la sustentabilidad del seguro de salud.
6. Ecuador: Extensión de la protección social de salud a zonas rurales de población dispersa.
7. Jamaica: Evaluación de tarifas pagadas por los usuarios por servicios de cuidado preventivo y su impacto en la demanda y el manejo de la salud por los usuarios.

8. México: Protección social en salud “para y con” las personas mayores en el Instituto Mexicano de Seguridad Social.
9. Nicaragua: Prevención de enfermedades ocupacionales entre empresas que informaron sobre los mayores números de casos en 2002.

La experiencia de ejecución de la primera fase del programa conduce a las siguientes conclusiones:

- o La interacción temprana tiene mayor éxito, tanto respecto de los informes del proceso como de la presentación de propuestas de investigación conjuntas.
- o Se ha dado excelente balance entre la autoridad de los investigadores y la de los responsables de políticas.
- o Los temas y contribuciones potenciales son claramente relevantes a la expansión de la protección social en salud.
- o Mejora en la calidad de las propuestas gracias al proceso interactivo en dos etapas y el papel de las redes.

Como es natural, los objetivos de la segunda etapa del programa son de mayor alcance:

- ✧ Apoyar el desarrollo de una masa crítica de experiencias de mediana escala que integren la investigación con el desarrollo, aplicación, seguimiento y/o evaluación de la protección social en salud en América Latina y el Caribe.
- ✧ Mejorar la gobernabilidad en salud y la equidad social mediante la extensión de la protección social en salud, en respuesta a desafíos claves en las políticas y a las oportunidades.
- ✧ Sistematizar, sintetizar y comparar tanto el proceso y el contenido como los resultados de los varios proyectos.
- ✧ Apoyar la difusión activa e intercambio de experiencias y resultados.
- ✧ Contribuir al conjunto de los conocimientos y experiencias referidos a los vínculos entre investigación y elaboración de políticas en materia de salud e investigación de sistemas, con especial atención a la equidad en salud.

Hasta aquí, la conducción y desarrollo del programa de investigación para la protección social en salud ha permitido aprender lecciones que resumimos del siguiente modo:

- ✧ Hace varios años que diversas agencias hacen énfasis en el uso de resultados de investigación y en el vínculo entre investigación y políticas.
- ✧ Sin embargo, los donantes y las agencias también comparten la responsabilidad respecto de aplicar estrategias y mecanismos apropiados para vincular la investigación a las políticas.
- ✧ El apoyo a estudios académicos y la inclusión de talleres finales con todas las partes interesadas y relevantes (al final del proceso de investigación), ha sido insuficiente *a menos que*:
 - Se involucre a los aliados clave desde el principio y se apoye procesos continuos de interacción,
 - lo cual puede conducirnos a... *experiencias exitosas en el uso de la investigación en la elaboración y aplicación de políticas;*
 - y así generar ejemplos que sean base para... *mejorar la gobernabilidad, la equidad y la protección social en salud.*

6.4. Posibilidades de cooperación

El segundo día de sesiones estuvo dedicado a examinar las perspectivas de participación de aliados internacionales en la Iniciativa y al diálogo con ellos como donantes y/o socios actuales o potenciales.

Así, la mesa redonda de donantes/socios tuvo los objetivos siguientes:

- ✧ Conocer las reacciones de los aliados y donantes potenciales, sus políticas y actividades en el campo de protección social, en general y en salud, y obtener precisiones sobre su interés en participar en el conjunto de la iniciativa o en aspectos específicos de ésta.
- ✧ Conversar y acordar los pasos a seguir, en el corto y mediano plazo, respecto de su probable participación.
- ✧ Recoger sus observaciones y contribuciones a la propuesta presentada por la OPS y la OIT.

A continuación, resúmenes de las intervenciones de los donantes:

ASDI

1. La organización se propone invertir tanto en desarrollo social como en desarrollo económico al mismo tiempo.
2. Tiene tres iniciativas distintas de cooperación en materia de salud y reducción de la pobreza.
3. La agencia sueca recomienda que cada uno de los donantes potenciales haga su propia apreciación de la capacidad de la OIT y de la OPS para llevar a efecto el programa. Sin embargo, Suecia se ha familiarizado con la iniciativa en tanto que ha apoyado los estudios hechos por la OPS en varios países de la Región desde el inicio.
4. Actualmente (2003), Suecia tiene un convenio con la OPS y espera firmar otro en 2004, incluyendo el apoyo ejecutivo de un funcionario profesional joven y otros expertos suecos. Respecto del Secretariado Permanente que se ha sugerido, Suecia analizará los costos y la necesidad de un Secretariado y si se lo necesita, puede ser incluido en el acuerdo a firmar.
5. También es probable que se considere otros acuerdos con la OIT.
6. Suecia está apoyando programas en los niveles global, regional y nacional; sin embargo, la contribución principal se hace por medio de cooperación bilateral en 50 países. Complacería mucho a Suecia que se estableciera un vínculo entre los tres niveles.

Los Países Bajos

Lamentablemente, los criterios para otorgar apoyo han cambiado en las últimas semanas. Por tanto, no están en situación de asumir compromisos durante la reunión.

Finlandia

La iniciativa está en consonancia con la política finesa en esta materia. Ahora bien, Finlandia tiene como países prioritarios en la Américas a Guatemala y Nicaragua. La política principal de Finlandia es la reducción de la pobreza y el desarrollo sustentable en salud y educación. En principio, acepta la iniciativa. Sin embargo, les es preciso revisar la propuesta y estudiar el presupuesto en mayor detalle.

Alemania

El sector de seguros, la Federación de entidades de seguros y accidentes, ofrece a la OIT pericia técnica en materia de seguros.

GTZ

Esta organización cree que el asunto en discusión es muy importante. Al respecto, les interesa en especial dos temas: Seguro social en salud y protección social en general.

Agregaron que tienen experiencias en seguridad social con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Kenya. Del mismo modo, respecto de ampliar la cobertura del seguro social, han trabajado en Venezuela asesorando al Ministerio en planificación territorial. Además, en Chile colaboran con asesoría técnica y capacitación en la creación del fondo solidario.

Otras experiencias prácticas que ha tenido o tiene GTZ son:

- ❖ Métodos de diseño y gestión de seguro social, que están evaluando en Perú, Bolivia, El Salvador y Paraguay (los documentos de que disponen han sido entregados).
- ❖ Para beneficio de la Iniciativa, vale la pena señalar que GTZ tiene un proyecto de maestría en Economía de la Salud en América Latina con la CEPAL. Del mismo modo, trabajan con CEPAL en el desarrollo de un Taller en Seguridad Social, al respecto, ha un documento en preparación que será entregado posteriormente.
- ❖ GTZ está cooperando en la realización de una conferencia en Brasilia, para estudiar las relaciones entre la pandemia de VIH/ SIDA y el papel de la protección social.
- ❖ Sin embargo, es necesario recordar que GTZ, por decisión del gobierno alemán, está dejando de ocuparse de los temas de salud en la América Latina; sin embargo, una forma de continuar colaborando en la Región puede ser mediante el programa de protección social.
- ❖ La prioridad para Alemania es la gobernabilidad y lucha contra la pobreza, aunque también le es claro que protección social es un tema muy importante para desarrollar alianzas estratégicas.
- ❖ Alemania quiere apoyar sistemas que aseguren la protección de grupos vulnerables mediante salud y para ello, ofrece:

- Transferencia de experiencias de África a América Latina, a partir de la experiencia actual de poner en marcha un centro para la protección de sectores vulnerables de la población en África occidental.
- El instrumento de evaluación de los sistemas de seguros. Se ha utilizado en Bolivia, con la colaboración de la OPS, y también en Paraguay para conocer la situación social de las pensiones y la salud en ese país. Este programa opera en colaboración cercana con los sistemas de seguros.

Estados Unidos - USAID

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) es una organización descentralizada. Las misiones en los países toman decisiones respecto de las operaciones. La oficina central actúa como una red central de inteligencia.

USAID tiene diversos equipos de profesionales para educación; salud, nutrición y población; desarrollo rural, medio ambiente, gobernabilidad democrática, etc.

Dentro de salud, hay otros grupos de especialización tales como VIH/SIDA, vacunación, reforma de la salud y otros. Con la OPS, se tiene programas tales como reforma del sector salud.

USAID está en proceso de reorganización y el equipo regional de salud ha sido reducido de siete a cuatro funcionarios. Los siguientes pasos son el reordenamiento de las prioridades de salud y lo más probable es que nuevas actividades se inicien en octubre de 2004. Algunas de esas actividades son:

- ✧ Participación social.
- ✧ Mejorar la competencia de los técnicos.

En resumen, es posible que USAID se involucre en la Iniciativa de Protección Social, pero no antes de octubre de 2004. Mientras tanto, va a ser necesario que tanto la OIT como la OPS coordinen constantemente con USAID.

Surinam pregunta

Surinam quiere saber si hay cooperación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Pareciera que la única relación con las organizaciones internacionales de préstamos para el desarrollo fuera a través de la agenda

compartida que coordina la OPS con el BID y el Banco Mundial, específicamente respecto al componente de Cuentas Nacionales de Salud.

IDRC/Canadá

Para Canadá, gobernabilidad es la prioridad en la Región. Esperan trabajar a través de programas tales como el fortalecimiento de sistemas de salud. Les interesa también protección civil, involucramiento social y desarrollar temas de investigación, con la expectativa que la investigación se institucionalice en el sector salud.

Respecto de la iniciativa de la OIT y la OPS, Canadá quisiera tener mayor información, incluyendo la de los resultados de Funciones Esenciales de la Salud Pública. Sugiere Canadá que se requiere mayor énfasis en la protección social para hacerla compatible con la gobernabilidad.

En el largo plazo, el ambiente que propicia la reunión es excelente para crear alianzas con otras agencias. Esperan un segundo encuentro para redefinir el alcance de la iniciativa.

En los próximos meses, el comité de dirección de IDRC va a estudiar la propuesta.

España - AECI

La estrategia española de cooperación en Salud para 2001 a 2004 contempla tres líneas de acción:

- ✧ Lucha contra la pobreza.
- ✧ Salud.
- ✧ Medio Ambiente.

En salud se apoyará al fortalecimiento del sector salud, la formación de recursos humanos y a la asistencia técnica.

La Cooperación española tiene oficinas en todos los países de América Latina, estas oficinas actúan en forma de red para seguimiento de los proyectos que se apoya. Existen, además, Comisiones mixtas que recogen la lista de proyectos donde los países quieren ser apoyados.

En cuanto al fortalecimiento institucional, los sectores de salud y trabajo son prioritarios, AECI tiene centros de capacitación en Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia; Cartagena, en Colombia; y Antigua, en Guatemala, que pueden ser usados para cursos de capacitación.

En lo multilateral AECl actúa firmando acuerdos marco como los que se tiene con la OIT y la OPS (PAC). Con la OIT tienen convenios para apoyo a los ministerios de trabajo y se elabora planes de trabajo. Por ejemplo, tienen un proyecto sobre eliminación del trabajo en la niñez y fomento de trabajo juvenil. En América Central, tienen un proyecto de seguridad social, que se va a mantener bilateralmente con cada país.

Con la OPS, se firma cada año los Programas de Acciones Conjuntas (PAC) que tienen varios componentes, entre ellos: Mejora de los servicios, VIH/SIDA, eliminación del sarampión, cursos de capacitación, entre otros. En el próximo convenio se podrá estudiar la posibilidad de incluir los temas de protección social; ya que la propuesta está en línea con las políticas españolas de cooperación e incluso, por medio de los centros de AECl, se puede aportar personal técnico. En cuanto a la relación entre la AECl y los gobiernos de América Latina, el tema puede servir para reforzar el nivel de actuación y capacidad de los gobiernos.

Se recomienda igualmente que se incluya el tema en las declaraciones de las Cumbres Iberoamericanas y con ello, se debe discutir el tema en las reuniones cumbre posteriores. Además, se recomienda revisar la propuesta de proyecto, y mejorar su formulación, incluyendo marco lógico, indicadores, seguimiento y cortes administrativos. La AECl está lista para participar en el comité de dirección propuesto para el proyecto.

Comentarios de la OPS a propósito de las intervenciones:

- ✧ Es necesario cimentar alianzas y reforzar la coordinación con las acciones que ya están en curso.
- ✧ Es preciso establecer una red de servicios de salud para garantizar el éxito en ampliar la protección social en salud.
- ✧ Se requiere desarrollar procesos de diálogo social.
- ✧ Resulta indispensable desarrollar procesos de coordinación en el nivel de los países, hay que seguir afirmando este concepto.
- ✧ En el nivel regional, nos es preciso seguir trabajando en el desarrollo de documentos, políticas y alianzas, tenemos que discutir e identificar apoyo técnico de expertos para revisar el proyecto. La idea central es crear alianzas de mayor intensidad.
- ✧ Conviene a la iniciativa organizar eventos en conjunto, con la participación de países donantes y otras organizaciones

internacionales. Es necesario organizar misiones en conjunto a países y eventos seleccionados y hacer capacitación en conjunto.

- ✧ Es necesario desarrollar nuevas metodologías con los socios.
- ✧ Es clara la necesidad de llevar a efecto reuniones de coordinación de los donantes respecto de temas específicos.

Comentarios de la OIT a propósito de las intervenciones:

- ✧ Debe mejorarse las alianzas entre los esfuerzos bilaterales y las organizaciones internacionales para unir esfuerzos.
- ✧ Tenemos los mismos deseos y objetivos, la protección social es un factor clave del desarrollo.
- ✧ La participación social va más allá del ámbito político.
- ✧ Algunas definiciones de seguridad social, protección social y otras, precisan ser revisadas y mejor definidas.

Los pasos siguientes:

1. La OIT y la OPS van a trabajar en la versión final del documento tomando en cuenta las sugerencias hechas en esta reunión.
2. Es muy probable que sea necesaria otra reunión para revisar el documento y tomar decisiones prácticas. La OIT y la OPS harán una propuesta específica.
3. La OIT y la OPS van a preparar un informe de la reunión que será enviado tan pronto como fuera posible.
4. Se recomienda ampliar la alianza con otros socios y entidades que no estuvieron en la reunión.
5. Es importante avanzar.
6. La OPS hará el seguimiento:
 - a. El Área de Desarrollo Estratégico de la Salud de la OPS deberá formular con la OIT-Ginebra un plan de trabajo regional y de país para los planes de cooperación de la iniciativa de extensión de la protección social en salud en 2004.
 - b. El Área de Desarrollo Estratégico de la Salud de la OPS deberá dar seguimiento con la OIT (Lima y Ginebra) a la posibilidad de que la OPS participe en la reunión de la oficina subregional y de país de la OIT, en enero de 2004, en Lima.