

Elementos para la discusión en torno a la protección social y el derecho a la salud

* María Cecilia Acuña

1. Introducción

La discusión en torno a qué se debe entender por “protección social en salud” y cuál es el espacio institucional en el cual debe tener lugar la formulación e implementación de políticas de extensión de la protección social en salud ha adquirido una importancia creciente en los últimos años en América Latina y El Caribe, en un escenario regional marcado por un lado por el cuestionamiento a las reformas sectoriales de salud realizadas entre los años ochenta y noventa y por otro por la reciente aparición de figuras institucionales como el Ministerio de Protección Social en Colombia y la Política Nacional de Protección Social en México y Nicaragua, que incorporan instituciones y acciones de salud.

Esta discusión se inserta dentro de un debate más amplio acerca de la viabilidad y el futuro de los sistemas de protección social en el mundo, en circunstancias en que la implementación masiva de reformas económicas y de políticas de ajuste estructural destinadas a contener el gasto público y mejorar la competitividad para responder a los requerimientos de una economía globalizada, ha traído consigo profundos cambios en el mercado laboral en todo el mundo, caracterizados por el crecimiento del empleo informal y flujos migratorios crecientes de trabajadores hacia países y regiones más afluentes; el debilitamiento de la red de servicios sociales provista por el Estado; el surgimiento del sector privado como un actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por sector público, como la administración de servicios sociales y de monopolios naturales; y la pérdida de la capacidad de conducción y regulación del

Estado, con la consecuente profundización de la segmentación y la fragmentación asociadas a la aparición de nuevos esquemas de pensiones y de aseguramiento y provisión de servicios de salud. A ello se ha agregado una interpelación respecto de los roles que debe asumir el Estado y la aparición de fuertes críticas en cuanto a su desempeño, pero al mismo tiempo una profunda incertidumbre en relación con la confiabilidad de los nuevos esquemas y de sus administradores.

Una característica preponderante de esta situación es la inexistencia de una red articulada de protección capaz de reemplazar a la que anteriormente proveía el Estado y constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto. El resultado se expresa, en muchos países de la región, en niveles crecientes de pobreza, inequidad y exclusión social. En este escenario, se podría pensar que la aparición de las figuras institucionales de protección social mencionadas son una manifestación del reconocimiento de este problema y de la búsqueda de modos de abordarlo.

2. Dos ámbitos institucionales, un solo problema

Los sistemas de protección de salud en la región fueron construidos de acuerdo a dos modelos europeos que se originaron como consecuencia de los procesos desatados por la Revolución Industrial y por la Primera Guerra Mundial: el de seguridad social para los trabajadores, concebido por Bismark y el sistema universal de provisión de servicios sociales modelado

* Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud OPS-OMS

por Beveridge. Ambos están basados en la lógica de que el bienestar de los miembros de la comunidad -en especial el de aquellos más vulnerables- depende de sus derechos sociales² y que a su vez, estos derechos están ligados a la *membresía* o calidad de miembro, es decir a la pertenencia del beneficiario a la colectividad que provee el derecho.

El eje central de esta lógica es el de la protección mutua y la solidaridad intragrupal; ello se refleja de forma mucho más clara en la creación de los esquemas de seguridad social ligados al mundo del trabajo y que en su origen fueron mayoritariamente organismos que ofrecían asistencia médica a sus afiliados a partir de asociaciones de artesanos y/o de trabajadores industriales; en el caso de América Latina, en algunos países como Chile estas asociaciones generaron en su origen sistemas diferenciados para los obreros y los empleados; en otros como en Uruguay, la base de la formación de los sistemas de seguridad social fueron las agrupaciones de inmigrantes. En los países del Cono Sur en general, los esquemas de seguridad social estuvieron históricamente ligados a los sindicatos y a las luchas de los trabajadores organizados³. Bajo esta lógica, las organizaciones de trabajadores incorporaron como parte de sus reivindicaciones la creación de esquemas de protección de salud y de pensiones para ellos y en muchos casos, también para sus familias.

Es importante notar que los sistemas de protección de salud fueron creados bajo condiciones particulares -el escenario de post-guerra y el fenómeno de la industrialización de la producción- que determinaron el establecimiento del empleo formal como la modalidad más importante y la única deseable de contrato y con ello favorecieron la sindicalización de los trabajadores y el establecimiento de

un espacio estable de negociación entre dos grupos mutuamente dependientes, el binomio empleado-empleador, donde el Estado tenía el rol de arbitrar los conflictos entre ambos. Los profundos cambios operados durante las dos últimas décadas del siglo XX en la producción de bienes y servicios, en las comunicaciones y en la modalidad del empleo con la irrupción de la economía informal modificaron definitivamente estas condiciones, de modo que ya no son las predominantes en el mundo en la actualidad.

La cristalización institucional de ambos modelos fue la creación de los Sistemas Nacionales de Salud administrados por el Estado a través del Ministerio de Salud y de las instituciones de Seguridad Social, administradas en general por un ente bi o tripartito con representación de los trabajadores, los empleadores y el Estado. Ello generó dos universos institucionales distintos con redes absolutamente separadas de financiamiento y provisión; a estos dos ejes paralelos se ha agregado a lo largo de las últimas décadas la participación creciente de los gobiernos locales (provinciales, departamentales, municipales) en la administración de redes de servicios de salud como elemento central de los procesos de descentralización. Aún cuando en algunos países de la región se han operado cambios destinados a romper las barreras que separan estos diversos mundos institucionales como Brasil, en la mayoría de los países la separación persiste.

Sin embargo, en el contexto de crisis políticas y económicas que han resultado devastadoras para muchos países de la región y que han marcado el panorama regional en los últimos treinta años, la pérdida de protección social asociada al crecimiento de la economía informal y del subempleo, al incremento de la pobreza y

² Sociales y no políticos, ya que muchos de los beneficiarios de estos sistemas no tenían -y no tienen en la actualidad- derecho a voto o a otras formas de participación política, como destaca Jordan en "A theory of poverty and social exclusion", Cambridge, 1996.

³ Acuña, Cecilia "Los Sistemas de protección de salud de los países del MERCOSUR y Chile" y "La reforma del sector salud en Chile: Análisis y perspectivas" Fundación Friedrich Ebert, Santiago de Chile, 2001 - Olesker, Daniel "Estudio comparado de los sistemas de salud del MERCOSUR y Chile" Facultad de CCEE Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, sin fecha.

a los cambios en el modelo de desarrollo, ha tenido un enorme impacto en el acceso a la salud en todos estos ámbitos institucionales, restringiéndolo para millones de personas. En la actualidad alrededor de un tercio de la

población de la región no accede a servicios de salud y aquéllos que no cuentan con un seguro de salud público o privado constituyen una abrumadora mayoría en muchos países, como se ilustra en el cuadro siguiente.

Cuadro 1
Acceso a la salud medido a través de afiliación a seguros y cobertura real, países seleccionados

Indicador	Ecuador 2000	Guatemala 2000	Honduras 2001	Paraguay 2000	Perú 2001	República Dominicana 2001
Población sin seguro de salud* (% sobre población total)	77.0	82.2	83.1	79.9	73.0	76.4
Población sin cobertura real de salud** (% sobre población total)	20.7	33.0	39.3	47.0	31.0	20.0

* Se refiere a cualquier tipo de seguro de salud, incluyendo la seguridad social y los seguros privados

**Para todo el sistema incluyendo el subsector público, el seguro social y el subsector privado con y sin fines de lucro

Fuente: "Exclusión en salud en países de América Latina y El Caribe" Capítulo 4, págs. 84-85 OPS-OMS, Washington DC., 2003

3. La exclusión en salud

El reconocimiento de la exclusión en salud como una entidad conceptual distinguible y susceptible de medir, ha constituido un avance importante en la comprensión de los fenómenos que afectan el acceso a la salud. Entre 2001 y 2003 la OPS/OMS desarrolló y validó un instrumento metodológico que permite caracterizar y medir la exclusión en salud, sobre la base de un análisis jerárquico destinado a identificar las causas de la exclusión en salud mediante elementos cualitativos y cuantitativos⁴, a partir de la definición de exclusión en salud como "la falta de acceso de individuos o grupos a los bienes, servicios y oportunidades en salud que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan"⁵. Dicho instrumento se ha aplicado

ya en seis países de la región⁶ y se encuentra en uso en otros tres países en la actualidad⁷.

El resultado de los estudios de caracterización de la exclusión en salud realizados con esta metodología, ha aportado insumos importantes para el proceso de elaboración de políticas en estos países. De acuerdo a estos estudios, las principales causas de exclusión en salud varían entre los países pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores internos de la estructura y organización de los sistemas de salud como la segmentación, la fragmentación y la falta de regulaciones adecuadas⁸. Esta situación implica serios problemas de equidad y derechos humanos. En al menos cuatro de los seis países estudiados, la discriminación étnica aparece como un factor importante de exclusión en salud⁹.

⁴ "Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud" OPS/OMS, Washington DC 2001.

⁵ Para mayor detalle acerca de este concepto y su medición ver "Exclusión en salud en países de América Latina y El Caribe" Capítulos 1 y 2, págs. 1-23. OPS-OMS, Washington DC., 2003

⁶ Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana

⁷ Bolivia, El Salvador y México (en el Distrito Federal y en el Estado de Guanajuato)

⁸ Id. 4 Capítulo 4, Pág. 86.

⁹ Id. 4 Capítulo 4, Págs. 90 y 98.

Según a la misma fuente, entre 47% y 54% de la población con alto riesgo de exclusión en salud en estos países se ubica en el rango de edad de 18-65 años, lo cual es consistente con lo que muestran otros estudios en relación al alto costo de oportunidad y el costo económico de reportarse enfermo para una población sin empleo estable, que se mueve a niveles de subsistencia y por lo tanto se halla incentivada a contener la demanda por servicios de salud¹⁰. Además de las dimensiones éticas del problema, este hecho puede tener consecuencias importantes sobre las condiciones generales de desarrollo de los países, porque afecta al sector de la población que se encuentra en edad productiva.

De acuerdo a lo anterior, se pueden identificar tres elementos que configuran la actual situación de exclusión en salud en la región¹¹:

- a) La pérdida de la red social antiguamente provista por el Estado sin un reemplazo adecuado, en el contexto del nuevo modelo de desarrollo impuesto en el mundo
- b) Las crisis económicas de las dos últimas décadas en los países de la región, que han tenido un impacto negativo importante en el acceso a la salud
- c) Factores intrínsecos o propios del sistema de salud asociados a su marco institucional y estructura, a la organización del modelo de atención y gestión y a la asignación de recursos al interior del sistema

Respecto del tercer elemento, la estructura de los sistemas de protección de salud en la región parece ser un factor determinante de exclusión. En la región existen dos tipos de arreglos

organizacionales que dan origen a distintos sistemas de protección de salud¹²:

- a) Existencia de un sistema único nacional de salud administrado por el Estado
- b) Coexistencia de tres o más subsistemas – la seguridad social, el sistema público y el sector privado con o sin fines de lucro - con diversos grados de integración entre ellos.

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes al interior del sistema único o entre los subsistemas determina la habilidad del sistema en su conjunto para responder de manera adecuada a los requerimientos de salud de sus beneficiarios. En general, mientras mayor es el grado de integración entre los subsistemas, es mayor la capacidad de respuesta del sistema en su conjunto. En este contexto, se han identificado cuatro factores asociados a una menor capacidad de respuesta del sistema¹³:

- a) **La segmentación** o existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, generalmente “especializados” en diversos segmentos de la población, por lo general determinados por nivel de ingresos. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público -con recursos insuficientes y/o mal administrados- orientado a los pobres e indigentes y en un subsector privado –con mayores recursos y orientado al cliente- concentrado en los segmentos más ricos de la población. Entre ambos se sitúa la Seguridad Social, especializada en trabajadores formales con contrato y que cubre en algunos casos a sus familias. Este tipo de arreglo institucional

¹⁰ “Equidad en la atención de salud, Perú, 1997” Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud, Perú, 1997 y Madueño, Miguel en “Perú: Análisis de demanda y servicios de salud” Documento técnico preparado para el Proyecto 2000-MINSA, Gobierno de Perú, 2002.

¹¹ Levcovitz, Eduardo y Acuña, Cecilia “Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud” en la Revista Gerencia y Políticas de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Vol. 2, Número 5, Págs. 10-32, Diciembre 2003.

¹² Op. Cit 3

¹³ Op. Cit 4, Capítulo 2, págs. 18-19

consolida y profundiza la desigualdad entre los diferentes grupos poblacionales en el acceso a la salud y es un factor de exclusión en salud porque en un escenario de alta segmentación, los más pobres, desinformados y menos poderosos de la sociedad se quedan fuera del sistema.

- b) **La fragmentación** o existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas.
- c) **El predominio del pago directo** como mecanismo de financiamiento del sistema, ya que determina que la posibilidad de recibir las atenciones de salud demandadas depende de la capacidad de pago de cada persona. Este tipo de financiamiento determina un alto grado de inequidad en el sistema.
- d) **Sistemas regulatorios débiles** o poco desarrollados, que impiden el establecimiento de reglas del juego justas en la relación usuario - proveedor de servicio.

La creciente búsqueda de espacios de coordinación interinstitucional como el Consejo Nacional de Salud (CONASA) en Ecuador y Perú y las figuras institucionales de Protección Social ya mencionadas en otros países de la región, grafican la necesidad de avanzar hacia mayores grados de integración operacional entre los diversos organismos que tienen responsabilidades en proteger la salud de la población, como una manera de abordar con mayores posibilidades de éxito un problema que, como se puede observar, tiene raíces y medios de solución que exceden los límites tradicionales del sector salud.

4. El derecho a la salud y el acceso a la salud

A pesar de que en la mayoría de los países de la región los cuerpos legales existentes asignan a todos los ciudadanos algún tipo de cobertura de salud, en la práctica esto está lejos de ser así. En América Latina y El Caribe, cerca de 218 millones de personas carecen de este tipo de protección contra sus riesgos de enfermar, mientras que más de 100 millones no pueden acceder a los servicios de salud por razones geográficas. Asimismo, alrededor de 100 millones de personas no cuentan con los servicios más básicos de atención de salud¹⁴. Resulta evidente por lo tanto que se trata de un problema real que afecta a un porcentaje importante de la población de la región.

Desde esta perspectiva, la exclusión es, esencialmente, la negación del derecho de satisfacer las necesidades y demandas de salud a aquellos ciudadanos que no cuentan con recursos económicos suficientes o que no pertenecen a los grupos de poder de la sociedad.

En América Latina y el Caribe el ejercicio del derecho a la salud se encuentra limitado por las características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres - lo que Figueroa llama activos culturales- de los diversos grupos poblacionales, debido a que los diferentes activos culturales son valorizados de acuerdo con una jerarquía social históricamente construida. Los activos culturales proporcionan a las personas prestigio o estigma social y esto conduce a fenómenos de discriminación. Esta valoración desigual de los activos culturales implica la existencia de grupos con distinta posición social en la sociedad¹⁵.

¹⁴ "Panorama de la exclusión de la protección social en Salud en América Latina y El Caribe". Informe de la Organización Internacional del Trabajo/Organización Panamericana de la Salud presentado a la Reunión Regional Tripartita sobre "Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y El Caribe". México, Nov.29-Dic.1, 1999

¹⁵ Figueroa, Adolfo: "La exclusión social como una teoría de la distribución" en "Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe" Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.

En los sistemas de protección de salud esto se refleja en la existencia del fenómeno de la segmentación, que como se ha mencionado, consiste en la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social.

Con el fin de generar los cambios legales e institucionales que permitan implementar mecanismos tendientes a eliminar la exclusión en salud y extender la protección en salud para los grupos excluidos de este derecho hoy en día, resulta necesario responder a dos interrogantes:

1. Qué entendemos por derechos y responsabilidades en salud en el marco de las políticas y estrategias destinadas a extender la protección en salud, y
- 2.Cuál es hoy y cuál debería ser el sujeto de este derecho, es decir quién o quiénes pueden reclamar el derecho. Es necesario identificar si el sujeto de derecho es y/o debe ser el individuo, la familia, o el grupo poblacional.
 - Si es el individuo el sujeto de derecho, ¿es el individuo como ciudadano? ¿Como usuario de servicios? ¿Como consumidor de bienes?
 - En el caso de que sea la familia, ¿es la familia como grupo nuclear (¿legal? ¿consanguíneo)? ¿Como unidad territorial (los que viven bajo el mismo techo)? ¿Como unidad económica (de dependencia en la producción/gasto de bienes y servicios)?
 - En el caso de que sea el grupo poblacional ¿será agrupado por características comunes (etáreas – culturales/étnicas - otras)? ¿por criterios territoriales (lugar de habitación – de trabajo)? ¿por su función en el proceso productivo (obreros – empleados- gerentes – trabajadores por cuenta propia/informales)?

Lo anterior tiene serias implicancias para el financiamiento de los esquemas de protección de salud y para la organización del modelo de atención y de la provisión de servicios de salud. En este contexto, es necesario identificar las implicancias legales y económicas de las definiciones anteriores en cuanto a:

- a) Mecanismos para hacer efectivo el derecho y ejercer la responsabilidad (garantía)
- b) Financiamiento de las acciones contempladas en el plan/conjunto de derechos
- c) Estructura del sistema de salud (la organización de la oferta – la infraestructura – grado de integración de los subsistemas- segmentación- fragmentación- regulación)

Es necesario además identificar cómo estas definiciones se traducirán de manera concreta en el modelo de atención; en el funcionamiento de los servicios de salud; en los esquemas de seguros de salud; en los esquemas de financiamiento de los bienes y servicios de dirigidos al individuo; y en el financiamiento de las acciones de salud pública.

Sin duda, de estas definiciones dependerá en gran medida el futuro de los sistemas de protección de salud y su capacidad para eliminar la exclusión en salud generando condiciones más equitativas de acceso a los bienes, oportunidades y servicios de salud para todas las personas, independientemente de su origen étnico, su posición social, su situación laboral, su lugar de residencia y su capacidad de pago.

Referencias Bibliográficas

1. Jordan, Bill. *A theory of poverty and social exclusion*. Cambridge: polity Press, 1996
2. Acuña, Cecilia “*Los Sistemas de protección de salud de los países del MERCOSUR Chile*” y “*La reforma del sector salud en Chile: Análisis y perspectivas*” Santiago de Chile: Fundación Friedrich Ebert, 2001.

3. Olesker, Daniel *“Estudio comparado de los sistemas de salud del MERCOSUR y Chile”*, Montevideo, Uruguay: Facultad de CCEE Universidad de la República, 2001
4. OPS/OMS – ASDI *“Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud”*, Washington D.C: OPS/OMS, 2001
5. OPS/OMS – ASDI) *“Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe”*, Serie “Extensión de la protección social en salud” #1, Washington DC. OPS/OMS, 2003.
6. Madueño, Miguel *“Perú: Análisis de demanda y servicios de salud”* Documento técnico preparado para el Proyecto 2000-MINSA, Gobierno de Perú, 2002.
7. OPS/OMS-Ministerio de Salud de Perú *“Equidad en la atención de salud.”*.Perú: OPS/OMS, 1997
8. Levcovitz, Eduardo y Acuña, Cecilia *“Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud”* en la Revista Gerencia y Políticas de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. 2003; 2(5):10-32,
9. OPS/OMS -OIT *“Panorama de la exclusión de la protección social en Salud en América Latina y El Caribe”*. Informe de la Organización Internacional del Trabajo/Organización Panamericana de la Salud presentado a la Reunión Regional Tripartita sobre “Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y El Caribe”. México: OPS/OMS/OIT, 1999.
10. Figueroa, Adolfo *“La exclusión social como una teoría de la distribución”* en “Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe” Banco Mundial-FLACSO, 2000.