

**Hacia un trabajo decente:
Una protección social en salud
para todos los trabajadores y sus familias**



**Estrategias y
Técnicas contra
la Exclusión Social
y la Pobreza**

Un programa global de la OIT

El programa global “Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza” (STEP) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es una herramienta operacional para la extensión de la protección social en el mundo.

En consonancia con la contribución de la OIT a los objetivos de la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de Copenhague y a Ginebra 2000, STEP promueve la difusión de sistemas innovadores de protección social para los grupos excluidos. Estos sistemas, basados en los principios de equidad, eficiencia y solidaridad, contribuyen a la cohesión y a la justicia social.

El programa global STEP realiza diferentes tipos de actividades: capitalización, investigación y experimentación, producción y difusión de herramientas metodológicas, formulación y ejecución de proyectos de terreno, apoyo a la formulación e implementación de políticas.

**Programa Estrategias y Técnicas
contra la Exclusión Social y la Pobreza,**

Sector de la Protección Social,
Oficina Internacional del Trabajo,
4, route des Morillons
CH-1211 Ginebra 22,
Suiza

Tel.: (+41 22) 799 6544

Fax: (+41 22) 799 6644

E-mail: step@ilo.org

<http://www.ilo.org/step>

**Hacia un trabajo decente:
Una protección social en salud
para todos los trabajadores y sus familias**

*Marco conceptual del programa STEP
en materia de extensión
de la protección social en salud*

DOCUMENTO DE TRABAJO

Organización Internacional del Trabajo
Sector de la Protección Social
Ginebra

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2001
Primera edición 2001

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a la Oficina de Publicaciones (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, solicitudes que serán bien acogidas.

ISBN 92-2-312491-3

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Esta publicación puede obtenerse de forma gratuita: www.ilo.org/step/publs

Programa STEP
Sector de la Protección Social,
Oficina Internacional del Trabajo,
4, route des Morillons
CH-1211 Ginebra 22,
Suiza
Tel.: (+41 22) 799 65 44
Fax: (+41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org

Impreso en Italia

Agradecimientos

Este documento ha sido preparado por un equipo del programa STEP de la OIT dirigido por Cristian Baeza e integrado por Pedro Crocco, Marco Núñez y Michael Shaffer. El Sr. Assane Diop es Director Ejecutivo de la OIT para el Sector de la Protección Social, el Sr. Emmanuel Reynaud es Director del Servicio de Políticas y Desarrollo de la Seguridad Social de dicho sector y el Sr. Christian Jacquier es Coordinador del programa STEP, en el momento en que se preparó este marco conceptual. Christian Jacquier, Philippe Marcadent, Carmen Solorio, Evy Messell, Christine Bockstal, Francesca Moneti, James Cercone, Marisol Concha, Rubén Cano, Diego Capurro y Denis Arends hicieron significativos aportes y comentarios. Este documento se vio enriquecido, además, por las discusiones técnicas sobre financiamiento de salud que los autores mantuvieron con Alex Preker, Philippe Musgrove, Joseph Kutzin, Christopher Murray, Jack Langenbrunner, April Harding y Melitta Jakab. Los autores agradecen a todos ellos.

Índice

Introducción	1
I. El concepto de exclusión de la protección social en salud	3
A. Los objetivos de la protección social en salud	3
B. El plan garantizado de servicios de salud como instrumento indispensable de la política pública contra la exclusión de la protección social en salud	7
C. Los distintos tipos de exclusión	9
D. El contenido del PGS	10
II. Las causas de la exclusión y posibles soluciones	13
A. Las características de los distintos tipos de intervenciones en el PGS y el potencial “desfase” entre intervención y organización	14
B. Las causas de exclusión por fallas en la utilización	20
1. <i>Los problemas en la oferta</i>	21
2. <i>Los problemas en la demanda</i>	24
C. Las causas de exclusión por la falla en el financiamiento solidario	26
1. <i>La función de financiamiento en los sistemas de salud</i>	26
2. <i>Las alternativas para financiar el subsidio de equidad</i>	32
3. <i>Las causas posibles de exclusión por falla en el financiamiento</i>	34
D. Las posibles causas de exclusión por fallas organizativas e institucionales en el financiamiento en salud	43
1. <i>El marco de incentivos organizativos e institucionales en el logro de las condiciones técnicas para el financiamiento solidario</i>	43
2. <i>Las formas de organización de la función de financiamiento</i>	45
3. <i>Los incentivos internos u organizativos en los esfuerzos de inclusión</i>	48
4. <i>Los incentivos externos o institucionales en los esfuerzos de inclusión</i>	51
III. Las implicancias en la estrategia de lucha contra la exclusión de la protección social en salud	55
Referencias bibliográficas	61

Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha definido la protección social como uno de sus cuatro pilares en la promoción del trabajo decente en el mundo.

Desde 1998, el programa Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza (conocido por la sigla en inglés STEP) trabaja en la lucha contra la exclusión social y la extensión de la protección social en salud mediante más de 30 proyectos en 35 países de África, América Latina, Asia y Europa oriental, contribuyendo al objetivo global de la OIT de ofrecer una protección social apropiada a todos los trabajadores y sus familias. El programa STEP forma parte del Sector de la Protección Social de dicha Organización.

El objetivo de este documento es desarrollar el marco conceptual de la extensión de la protección social en salud del programa STEP con el fin de contribuir al análisis interno a la OIT. Se espera, en particular, que este documento sea tema de discusión con los mandantes de la Organización y los servicios técnicos interesados. También se desea utilizar este documento para entablar el diálogo con los demás actores comprometidos en la lucha contra la exclusión de la protección social en salud. El desarrollo de este marco conceptual sustenta la definición de la estrategia del programa STEP en lo que respecta a dicha lucha.

Aunque este documento no traduce necesariamente la posición oficial de la OIT, los autores esperan que contribuya al esfuerzo de sentar las bases de la extensión de la protección social en salud en el marco del trabajo decente.

El documento consta de tres capítulos con sus correspondientes secciones. Después de la introducción, en el Capítulo I, se analizan los objetivos de la protección social en salud y las intervenciones necesarias para su logro en la práctica. En el Capítulo II, se examinan las causas de la exclusión de la protección social en salud y las posibles soluciones. En el Capítulo III, se tratan las implicancias que puede tener este marco en la estrategia de lucha contra la exclusión de la protección social en salud en general, y en los distintos contextos institucionales y organizativos de los países en desarrollo, en particular.

I. El concepto de exclusión de la protección social en salud

Existe la tentación de pensar que todo aquel que no está afiliado a un régimen formal de seguridad social está excluido de la protección social. De hecho, por largo tiempo este ha sido el criterio utilizado en muchos países para identificar la exclusión. Ahora bien, ¿es la pertenencia a un régimen organizado o concreto, por ejemplo la seguridad social estructurada, lo que importa para definir la inclusión, o bien el acceso a determinados servicios y con determinadas condiciones? En otras palabras, ¿es el mecanismo por el que se logra la inclusión o son los objetivos de dicha inclusión los que deben definir la exclusión de la protección social en salud?

En este marco conceptual se propone que lo principal en la definición de la inclusión sea la consecución de los objetivos de la protección social en salud para todos los trabajadores y sus familias, utilizando cualquier disposición financiera, organizativa e institucional que sea necesaria y resulte más eficaz en el contexto nacional o subnacional considerado. De ahí que, conforme a este enfoque, no baste decir que un trabajador y su familia están afiliados a un régimen de seguridad social para afirmar que estén incluidos. Tampoco corresponde inferir que un trabajador y su familia están forzosamente excluidos por no pertenecer a dicho esquema. Por lo tanto, el desafío consiste en saber si las disposiciones técnicas, organizativas e institucionales (explícitas o implícitas) que conciernen a ese trabajador y su familia realmente permiten lograr el objetivo de protección social en salud y si lo hacen de la forma más eficiente posible, considerando las restricciones institucionales y organizativas del contexto.

De esta manera, la inclusión o la exclusión no se define en función de la pertenencia o no a un arreglo organizativo o institucional concreto sino del cumplimiento o no de los objetivos de protección social en salud sea cual sea el régimen adoptado. Entonces, lo esencial es concordar en los objetivos de la protección social en salud.

A. Los objetivos de la protección social en salud

En el último Informe de la OIT sobre el trabajo en el mundo (OIT, 2000) se define la protección social como:

“La protección que proporciona la sociedad a sus miembros mediante una serie de medidas públicas para:

- ➔ Compensar la inexistencia, o una reducción radical, de los ingresos del trabajo a causa de diferentes eventualidades (en particular, la enfermedad,

la maternidad, los accidentes de trabajo, el desempleo, la invalidez, la vejez y la muerte del sostén de la familia);

- ➡ proporcionar asistencia médica;
- ➡ facilitar prestaciones a las familias con hijos.”

La aplicación concreta de esta definición en lo que respecta a la protección social en salud implica, como mínimo, considerar que los objetivos de dicha protección están constituidos por las dos dimensiones siguientes: a) la protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los trabajadores y sus familias, y b) el financiamiento solidario del sistema que prevenga una reducción sustancial de los ingresos para evitar que los trabajadores y su familia caigan en la pobreza o sigan sumidos en ella.

Ambas dimensiones están relacionadas. La salud de los trabajadores y sus familias repercute ciertamente en los ingresos del hogar, tanto por permitir el trabajo productivo como por evitar la muerte de quienes aportan el sustento del grupo familiar. A su vez, la forma concreta de financiar el sistema no sólo afectará los ingresos de las familias sino también su acceso a los servicios de salud. En una familia sin una protección social en salud eficaz, cuando el sostén cae enfermo o fallece, otro(s) miembro(s) de la familia puede(n) sustentar la pérdida por un lapso de tiempo, ya sea reduciendo el consumo o bien, aumentando la carga de trabajo. No obstante, es claro que ambos ajustes pueden dañar a todo el grupo familiar y su bienestar futuro. Si no hay protección para estos hechos catastróficos desde el punto de vista financiero, ello no sólo puede impedir el bienestar del grupo familiar sino también, mantenerlo o sumirlo en el endeudamiento y la pobreza (Banco Mundial, 1997 y 2001).

Una larga vida, exenta de enfermedades y discapacidades tiene un valor en sí misma para la sociedad, en cuanto objetivo del desarrollo humano y, por lo tanto, trasciende una consideración puramente ligada al crecimiento económico como único objetivo de la sociedad. Así lo demuestra el consenso en la comunidad internacional que — a través de múltiples mandatos, convenios de los que la OIT ha sido protagonista, y esfuerzos de cooperación internacional — ha establecido que la inclusión en la protección social tiene un valor en sí misma sobre la base de convicciones éticas, filosóficas y de escalas de valores que consideran la buena salud no sólo como un instrumento sino también como un objetivo del desarrollo humano e impulsan la búsqueda constante de mecanismos eficaces y eficientes de inclusión para todos los miembros de la sociedad.

Por otra parte, la inversión en salud contribuye significativamente al desarrollo económico en su concepción más tradicional. Así lo muestra la relación entre buen desempeño económico e indicadores de salud, tal como lo sugiere la asociación entre algunos de esos indicadores y la productividad en los estudios comparativos entre países (Barro, 1997). La buena salud de los

trabajadores mejora la productividad, ya que se pierden menos días por razones de enfermedad y los trabajadores viven vidas activas y productivas más largas. Por ejemplo, los trabajadores que padecen anemia son 20 por ciento menos productivos que sus colegas que no la padecen. El impacto de la epidemia del VIH/SIDA en la población activa y en la productividad, desgraciadamente, es también una demostración palpable de esta relación. Asimismo, los cambios demográficos tienen un significativo impacto directo en el desarrollo económico a través de la estructura de la mano de obra por grupos de edad y de la tasa de dependencia, como lo muestra la transición demográfica asociada a rápidas mejoras del nivel de salud de la población del este de Asia (Bloom y colaboradores, 1998; Jamison y colaboradores, 1998).

La tercera dimensión constitutiva de los objetivos de la protección social guarda relación con el respeto de la dignidad y de la satisfacción de las legítimas aspiraciones de los trabajadores y sus familias en el sistema de protección social en salud. Esto es, no da lo mismo cómo se obtiene mejor salud y mejor solidaridad en el financiamiento, si ello implica no respetar la dignidad de los trabajadores y sus familias. Este es también considerado un objetivo central en el marco conceptual del programa STEP, conforme a las orientaciones de la OIT relativas al trabajo decente.

De ahí que en este marco conceptual, se entienda que en el caso concreto de la protección social en salud, el objetivo primordial sea mantener y mejorar la salud de todos los trabajadores y sus familias. No obstante, se aspira a que este objetivo se logre con un aporte solidario al financiamiento, de modo que ningún grupo familiar tenga que hacer frente a la falta de financiamiento como un obstáculo para acceder a ese conjunto de servicios o se vea empobrecido o le resulte difícil salir de la pobreza por tener que financiar el sistema de protección social en salud. Por último, el acceso a dicho conjunto de servicios, además de ser solidario en lo financiero, debe estar sujeto al respeto de la dignidad humana de cada miembro de la sociedad e intentar responder a sus legítimas aspiraciones (definidas en el proceso de diálogo social) en cuanto a su relación con el sistema de protección social.

Esto significa que si bien es cierto que el objetivo de preservar y mejorar la salud de todos los trabajadores y sus familias es fundamental, ya que de lo contrario no sería necesario enfocar el análisis en la salud, el objetivo de protección financiera derivado de la solidaridad en el financiamiento es de igual manera importante porque está destinado a proteger el ingreso del hogar y está incluido por lo tanto en los objetivos más amplios de seguridad del individuo y de desarrollo humano.

Las tres dimensiones propuestas en la definición de inclusión son imprescindibles por sí mismas. Un financiamiento solidario pero sin acceso real a servicios de probada calidad y eficacia no responde a las necesidades de las familias. A su vez, el acceso a estos servicios a un costo directo o indirecto de tal cuantía que les suma en la pobreza o les impida salir de ella,

tampoco es aceptable. Por último, si la solidaridad y el acceso se obtienen en detrimento de la dignidad humana tampoco es aceptable. Por consiguiente, la falla de una o todas estas esferas supone exclusión.

Como consecuencia, en este marco, la inclusión no está relacionada con pertenecer o no a un determinado tipo de régimen de seguridad social (ministerios de salud, institutos de seguridad social, seguros privados de salud) sino al hecho de acceder efectivamente o no a los servicios y hacerlo en condiciones de solidaridad financiera y dignidad.

A partir de esta definición, la eficacia o no de un sistema de protección social en salud debe estar relacionada con su capacidad de alcanzar los tres objetivos antes detallados: a) conservación y mejora de la salud; b) financiamiento solidario; c) respeto de la dignidad y satisfacción de los trabajadores y sus familias.

Este enfoque tridimensional de la inclusión en salud no sólo deriva de las definiciones de protección social de la OIT arriba mencionadas, sino que se enriquece y coincide sustantivamente con las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) contenidas en el último Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2000) respecto a los objetivos de los sistemas de salud, así como con aspectos sustanciales de la estrategia de salud, población y nutrición y la estrategia de lucha contra la pobreza explicitadas por el Banco Mundial (Banco Mundial, 1997 y 2001). Esta coincidencia y el enriquecimiento del presente marco conceptual con definiciones de organizaciones hermanas del sistema de Naciones Unidas, con las que la OIT comparte el objetivo de lucha contra la pobreza y la exclusión, permiten la realización de un trabajo coordinado de las tres instituciones.

Sin embargo, producto tanto del mandato específico de la OIT como de su foco en el trabajo decente, este marco contribuye particularmente al objetivo común de lucha contra la exclusión y, por lo tanto, presenta diferencias e innovaciones en el enfoque adoptado.

El objetivo principal de este documento es contribuir a establecer un diálogo sobre las políticas efectivas a nivel local y nacional con los gobiernos, los otros interlocutores sociales y la sociedad civil para la identificación conjunta de las causas y magnitudes de la exclusión en salud, así como de las estrategias y herramientas para afrontarlas. Este enfoque no se restringe a la evaluación *ex-post* del desempeño de los sistemas de salud aunque ciertamente la evaluación de los sistemas exitosos así como de los que fallan constituye una herramienta relevante en el proceso de diálogo sobre políticas.

En el presente marco se considera que la solidaridad en el financiamiento significa que ninguna familia (hogar) tenga que contribuir con más de una proporción razonable de sus ingresos al financiamiento del sistema de protección social en salud. Esta proporción razonable no está dirigida primariamente al logro de mayor igualdad distributiva aunque pueda

resultar en ella. En este sentido, la definición de solidaridad en el financiamiento apunta a garantizar la protección de los ingresos del hogar y minimizar el riesgo de que se vea obligado a permanecer en la pobreza o caer en ella como resultado de una contribución excesiva al financiamiento del sistema de protección de salud.

La “dignidad”, tal como se deriva de la iniciativa por el trabajo decente de OIT, aboga por el cumplimiento, en los ámbitos pertinentes del sistema de protección social en salud, de la agenda global de derechos humanos y de las convenciones y recomendaciones de la OIT y de otras agencias de Naciones Unidas. Sin embargo, y sujeto al cumplimiento de esta agenda, en este marco conceptual se propone que la definición específica del concepto de dignidad se haga en el ámbito de cada país, a partir del diálogo social, evitando así la imposición de patrones culturales o exportación de estos por parte de la comunidad internacional.

En este marco conceptual se destaca el carácter multidimensional de la exclusión en salud con el fin de mejorar el status de salud de la población y la solidaridad en el financiamiento bajo determinadas condiciones de dignidad. Estas dos últimas dimensiones, no son concebidas sólo como instrumentos para lograr mayores niveles de salud, sino también como fines en sí mismos.

B. El plan garantizado de servicios de salud como instrumento indispensable de la política pública contra la exclusión de la protección social en salud

En el enfoque del programa STEP contra la exclusión en salud se pone el énfasis en el diálogo sobre política pública que se mantiene con las autoridades locales y nacionales, los interlocutores sociales y las comunidades, respecto a las medidas concretas que se pueden tomar para mejorar los resultados de la protección social en las tres dimensiones propuestas, a fin de garantizar el acceso a los servicios en condiciones financieras y de dignidad adecuadas.

Para lograr estos objetivos, se propone que el elemento central del diálogo en torno a la política pública de inclusión en la protección social en salud sea la creación de mecanismos e instrumentos que “garanticen” el acceso de los trabajadores y sus familias a un conjunto de servicios de salud, definidos a través del diálogo social, en condiciones de solidaridad en el financiamiento, de respeto de la dignidad y de satisfacción. Esta garantía debe traducirse en un compromiso explícito y exigible; compromiso que en este marco conceptual corresponde al *Plan garantizado de salud (PGS)*. Dicha garantía se traduce en inclusión cuando el trabajador y el grupo familiar:

- a) Acceden y utilizan un conjunto de servicios e intervenciones de salud probadamente eficaces para mantener o recuperar su estado de salud, en las cantidades y oportunidades que se han definido como adecuadas;

- b) no contribuyen con más de una proporción razonable de sus ingresos para acceder a los servicios, estipulada a través del diálogo social;
- c) ven respetada su dignidad y expectativa legítima de satisfacción en todo el proceso.

En este marco conceptual estas tres dimensiones se denominan respectivamente: utilización, financiamiento solidario y dignidad. En lo concreto, una persona o grupo familiar está excluido cuando alguna de estas dimensiones falla, ya sea que la persona o el grupo estén afiliados o no a un régimen de protección social.

La utilización es la dimensión más familiar para quienes trabajan en salud pública o en atención de salud. Se refiere a la cantidad de servicios de calidad y oportunidad adecuada a los que un individuo o grupo familiar accede en un determinado período de tiempo. Para evaluarla, en teoría, se debería disponer de información respecto a la cantidad, la oportunidad y la calidad de todos los servicios incluidos en el PGS. La utilización de servicios efectivos para mantener o recuperar su estado de salud es la aproximación más realista y factible al objetivo de garantizar salud en política pública.

La solidaridad en el financiamiento se refiere a que ningún hogar debe contribuir con más de una proporción aceptable de sus ingresos totales para acceder a los servicios de salud. Dicha proporción debe permitir evitar el empobrecimiento o la indigencia de las familias como producto de su contribución al sistema. Además de las consideraciones éticas que sustentan la solidaridad en el financiamiento, la necesidad de contar con un financiamiento solidario se funda en la evidencia respecto al hecho de que el costo de los servicios constituye un obstáculo al acceso, en particular para los más pobres, y representa un costo de oportunidad elevado para la progresión del bienestar de la familia, particularmente respecto a evitar o superar la condición de pobreza. Cabe precisar que en este documento, se entiende por aporte del hogar, el total de gastos directos o indirectos por concepto de salud: impuestos generales de salud; aportes a la seguridad social; aportes a seguros de salud voluntarios o sistemas de seguro comunitarios y gastos de bolsillo, ya sea por participación en el pago o por pago directo. Se consideran ingresos totales los del grupo familiar en su conjunto.

Por último, la dimensión de dignidad se refiere a aspectos que no están relacionados con la utilización ni con el financiamiento, incidan o no en la salud del individuo, que se juzgan elementales para respetar la dignidad y la satisfacción de las legítimas aspiraciones de los miembros de la sociedad. Esta es la esfera menos desarrollada, no sólo en este marco conceptual sino también en la literatura en general.

Este marco conceptual propone que, bajo el respeto a los derechos humanos y convenciones internacionales relacionadas, la definición del PGS debe ser realizada a nivel nacional a través del diálogo social. Por lo tanto el PGS y los criterios utilizados para definirlo pueden diferir de un país a otro.

C. Los distintos tipos de exclusión

Dado el carácter multidimensional de la exclusión de la protección social en salud propuesto en este marco conceptual STEP-OIT, la falla de cualquiera de las tres dimensiones mencionadas determina exclusión. Por ejemplo, un grupo de población puede quedar excluido de cada una de las tres dimensiones, por no tener acceso a los servicios en la cantidad, calidad y/o oportunidad adecuadas; porque aporta una proporción muy significativa de sus ingresos para acceder a los pocos servicios a los que accede, o porque su dignidad (de acuerdo a la definición nacional) tal vez no se respeta. Esta "exclusión total", como lo ilustra una aplicación piloto del marco conceptual en la Argentina¹, está fuertemente asociada a los grupos de menores ingresos (STEP, 2000).

Otro tipo posible de exclusión es, por ejemplo, la de aquellos que tienen acceso parcial a los servicios y cuya dignidad es aceptablemente respetada en la interacción con el sistema pero que están pagando una proporción excesiva para acceder tan solo a una parte de los servicios necesarios. Como también sugiere la aplicación piloto inicial de este marco, tal podría ser el caso de un grupo de población que sólo esté cubierto por sistemas voluntarios de seguro no reglamentados y que no tienen obligación de cumplir con el PGS. Así pues, existe una variedad de tipos de exclusión de la protección social en salud que surge de la propuesta multidimensional de inclusión en el marco conceptual del programa STEP de la OIT y cuyas causas y posibles soluciones son muy distintas como se verá en el próximo capítulo.

En el Recuadro 1 se resumen los distintos tipos de exclusión de la protección social en salud. Lamentablemente, en muchos casos la información y las estadísticas disponibles a nivel de países no permiten combinar, para un mismo individuo o grupo familiar, los indicadores de utilización con los de financiamiento total y aún menos con la dimensión de dignidad, restringiendo dichas combinaciones a unas pocas intervenciones de salud y a la dimensión financiera en forma parcial. Por esta razón, si bien hacemos hincapié en el carácter multidimensional de la exclusión y en que existen tipos de exclusión que combinan fallas de dos o más dimensiones, frecuentemente el análisis de país deberá hacerse respecto a la falla de las tres dimensiones pero de cada una de ellas por separado.

¹ Para la identificación de causas y soluciones posibles, el enfoque analítico de este marco conceptual fue preliminarmente aplicado en la Argentina a través del proyecto de cooperación entre STEP y el Ministerio de Salud de la Nación. Por esta razón, algunos temas específicos en las siguientes secciones están ilustrados con dicha experiencia.

Recuadro 1
Posibles tipos de exclusión

Tipo de exclusión	Utilización	Financiamiento solidario y protección financiera	Dignidad y satisfacción
Inclusión	+	+	+
Exclusión I	-	+	+
Exclusión II	+	-	+
Exclusión III	+	+	-
Exclusión IV	-	-	+
Exclusión V	+	-	-
Exclusión VI	-	+	-
Exclusión VII	-	-	-

Esperamos que en el futuro, también como fruto del trabajo del programa STEP en colaboración con otras organizaciones, se establezcan sistemas de información que nos permitan estudiar la realidad de aquellos grupos de población que presentan más de una dimensión de exclusión a la vez, y que probablemente sean la mayoría y los prioritarios. La evidencia encontrada, sin embargo, es patente respecto a la exclusión multidimensional de importante prevalencia en la población de los sectores de menores ingresos estén o no cubiertos por regímenes formales de seguridad social en salud.

D. El contenido del PGS

De acuerdo a lo explicado anteriormente, la exclusión es entonces la falta de acceso al PGS en condiciones de financiamiento, dignidad y satisfacción aceptables para la sociedad y definidas a través del diálogo social. Pero, ¿qué se entiende por no tener acceso al PGS? Una cosa es decir que todos deben tener acceso a ese mínimo, otra muy distinta es aplicar ese mínimo en la práctica y otra, aún más difícil, verificar o lograr que la gente tenga efectivamente acceso a dicho mínimo.

De ahí que el PGS deba contener definiciones claras, establecidas por la sociedad a través del diálogo social, tanto en lo que se refiere a las prestaciones como a los aspectos financieros y de dignidad, que aseguren que se cumpla con el acceso y las consiguientes condiciones. En este sentido, el plan debe definir:

- ➔ Las prestaciones de salud incluidas, y en qué consiste cada una de ellas;

- ➔ las condiciones de calidad que las intervenciones deben reunir para que los prestadores sean acreditados;
- ➔ las condiciones de oportunidad (plazo máximo de espera);
- ➔ los “copagos” o “coseguros”;
- ➔ las condiciones de dignidad y satisfacción tales como la confidencialidad de la información, los mínimos de libertad de elección u otros.

Un elemento esencial, comúnmente ajeno al PGS, está constituido por las disposiciones reglamentarias y legales sobre la modalidad concreta de aporte de cada individuo o grupo familiar al sistema. Se trata de lo que más adelante se denomina “contenido técnico de las funciones en el sistema de protección social en salud” y también el “marco de incentivos institucionales” entre los que se cuentan las definiciones sobre la forma de organizar la función de “recaudación” como parte de la función de financiamiento del sistema. Estas definiciones pueden girar en torno al aporte asociado a un porcentaje del salario (típico del seguro social); a la reglamentación de los aportes voluntarios (típico de los seguros privados o de los sistemas de seguro comunitarios) o al financiamiento del sistema exclusivamente a partir de impuestos generales (típico de los sistemas tipo servicio nacional de salud o asociados a ministerios de salud). Por lo general, las tres modalidades coexisten en la mayoría de los diversos sistemas presentes en el mundo.

En ciertos casos, la parte asegurable del PGS (más adelante se analiza en forma más detallada a qué se refiere la “parte asegurable”), puede incluir explícitamente el número máximo de prestaciones a fin de poder estimar el costo de la prima y asegurar la viabilidad financiera del plan. Se considera aquí, que estas limitaciones no son más que elementos de la definición del PGS, que en algunos países podrán ser más amplias y en otros menos. Lo importante es que dichas definiciones sean fruto del diálogo social por intermedio de los mecanismos de los cuales se dota cada sociedad a tales efectos.

Ahora bien, un PGS muy limitado, a su vez limita significativamente la “sensación de seguridad” y en última instancia, el mínimo de protección social en salud para los trabajadores y sus familias. Tal como se plantea en los últimos capítulos, creemos que en estos casos, a la comunidad donante internacional le incumbe una gran responsabilidad en la definición y el financiamiento de un PGS mínimo, internacional y aceptable, que dicha comunidad pueda financiar cuando la realidad nacional no lo permita.

II. Las causas de la exclusión y posibles soluciones

Habiendo puntualizado que la exclusión de la protección social en salud es la falla en el acceso a los servicios de salud en las condiciones financieras y de dignidad que la sociedad definió como el mínimo adecuado a través de la garantía del PGS, en este capítulo se analizan las causas posibles de la exclusión y las soluciones correspondientes, indicando el campo potencial de intervención a escala nacional y local.

El acceso al PGS está dado por el cumplimiento de las tres condiciones de satisfacción definidas anteriormente: 1) la utilización de los servicios; 2) una carga financiera adecuada, bajo efectos de solidaridad, y 3) las condiciones de dignidad y satisfacción definidas a nivel nacional. Sin embargo, el análisis que hace este marco de las posibles causas y soluciones se centra sólo en las dimensiones de utilización y de financiamiento solidario. Esto se explica por dos motivos: el primero es la falta de información y mayor desarrollo conceptual en la comunidad internacional en cuanto a la dimensión de dignidad, y el segundo, tal como se indicara anteriormente, que las definiciones de "dignidad" se den a nivel de país, y estén sujetas al respeto de la agenda internacional de derechos humanos y convenciones internacionales respectivas. En el Recuadro 2, se resumen las principales fallas que impiden el cumplimiento de los objetivos relacionados a las dos dimensiones (utilización y financiamiento solidario).

Recuadro 2
Posibles causas de exclusión

Falla en el PGS	<ul style="list-style-type: none">✓ Ausencia o mala definición de las intervenciones prioritarias o falla en la regulación para que se cumpla el PGS (sub-cobertura)✓ Desfase entre tipo de intervención y mecanismo de financiamiento o provisión utilizado
Utilización	<ul style="list-style-type: none">✓ Falla en la oferta✓ Falla en la demanda
Financiamiento solidario	<ul style="list-style-type: none">✓ Falla en el subsidio de bajo a alto riesgo (distribución de riesgo)✓ Falla en el subsidio de alto a bajo ingreso (subsidio de equidad)✓ Falla en la relación comprador – prestador (falla en la compra)

Las falencias en la definición del PGS pueden causar tanto problemas de exclusión en la utilización, en el financiamiento solidario y/o en la dignidad. Aunque estas fallas son capturadas en cada una de estas dimensiones, es útil analizarlas independientemente al inicio de este capítulo.

La primera falla en el PGS es su inexistencia porque si no existe un PGS explícito es improbable que la población pueda exigir efectivamente su cumplimiento. Lamentablemente esta es una situación frecuente en todos los tipos de organización de la protección social en salud (tipo servicio nacional de salud como seguridad social y seguros privados o comunitarios).

Las fallas en el PGS que dan origen a problemas en la utilización y/o en el financiamiento solidario son de dos tipos: 1) la exclusión del PGS de intervenciones de probada eficacia y que los hogares requieren, o su inclusión en condiciones de satisfacción muy deficitarias que inhiben o impiden la demanda o imponen un aporte excesivo (de aquí en adelante, a esta falla se la denominará subcobertura). La inexistencia, del PGS mencionada anteriormente, representa el peor caso de dicha falla, y 2) la definición en el PGS de arreglos organizativos inadecuados de seguro y/o provisión de intervenciones, que determinan incentivos perversos para usuarios, aseguradores y prestadores. De aquí en adelante, esta falla se denominará “desfase” entre intervención y organización o simplemente desfase.

La falla por subcobertura, prácticamente se explica por sí misma y simplemente hay que recalcar la necesidad de explicitar las cinco variables de contenido del PGS presentadas más arriba. Una definición de PGS que adolezca de dichas definiciones o de un marco regulatorio que no las haga cumplir, implica potencialmente subcobertura.

El potencial problema de “desfase” entre tipo de intervención y mecanismo de financiamiento o provisión utilizado es menos evidente y nos parece importante abordarlo con mayor profundidad.

A. Las características de los distintos tipos de intervenciones en el PGS y el potencial “desfase” entre intervención y organización

La primera etapa en las definiciones iniciales de este marco, particularmente por sus consecuencias en la falla del PGS para ciertas intervenciones, consiste en la distinción que es preciso hacer entre el PGS propiamente dicho y las distintas partes del mismo que pueden ser financiadas, gestionado su aseguramiento, y suministradas a través de distintos mecanismos y arreglos organizativos en el sistema de salud. Es decir, la distinción entre el PGS en su totalidad y los instrumentos para garantizarlo. Esto es, la distinción por ejemplo entre:

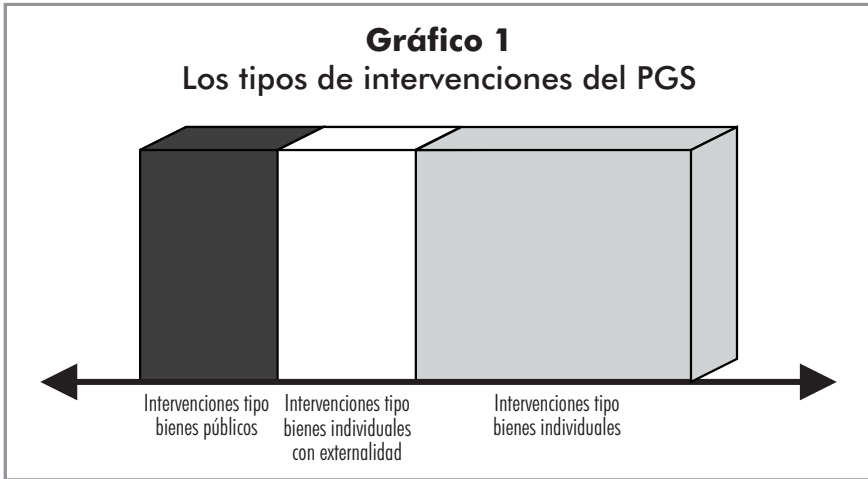
- ➡ Aquellas intervenciones que se vuelven obligatorias a través de los seguros con financiamiento privado;
- ➡ aquellas que se vuelven obligatorias a través de los seguros pero con financiamiento público, y
- ➡ aquellas que se financian y proveen directamente a través de programas públicos verticales o integrados.

Consideradas como un “bien”, las intervenciones en salud poseen distintas características que deben ser consideradas al momento de aplicar el PGS a través de mandatos y regulaciones que afectan tanto a los aseguradores como a los prestadores y los usuarios. No tener en cuenta dichas características puede entorpecer el cumplimiento efectivo de las normas y metas de las regulaciones por las que se rige el PGS, dar lugar a incentivos contradictorios y desencadenar la subcobertura y/o la subprestación² de determinadas intervenciones y, por lo tanto, exclusión.

En concreto, se quiere saber cómo lograr que el cumplimiento de los diversos aspectos del PGS sea más eficaz en el amplio espectro de regímenes de seguro, financiamiento y provisión que coexisten en cada sistema de salud. ¿Qué intervenciones del PGS se harían mejor, simplemente si su inclusión fuera obligatoria y se financiaran mediante el aporte del afiliado en los planes de los seguros privados voluntarios o de las organizaciones de la seguridad social? ¿Cuáles, por sus características, podría ser obligatorio incluir en dichos planes pero estar sujetas a subsidios públicos para asegurarse que los incentivos para aseguradores y usuarios fueran correctos a efectos de que dichas intervenciones fueran solicitadas y provistas? En suma, ¿cuál es el mecanismo más apropiado para cada intervención incluida en el PGS?

La primera noción para responder a esta pregunta tiene que ver con la definición de las características económicas de las intervenciones (Gráfico 1) cuyo financiamiento es viable, a saber: ¿Básicamente, la intervención es un bien público (intervenciones de apropiación colectiva, de aquí en adelante “bienes públicos”) o un bien privado (intervenciones de apropiación individual, de aquí en adelante, “intervenciones individuales”)? Elementos determinantes para distinguir unas de otras son la posibilidad de excluir a alguien de los beneficios de una intervención si ese alguien no aporta (criterio de exclusión) y el hecho de que si alguien utiliza una intervención esto impida que otro pueda utilizarla también (criterio de rivalidad). Si ninguna de ellas se cumple, la intervención es considerada un bien público. Estas características de bien público de una intervención indican que sólo se ofrecerá y se solicitará (demanda) si es financiada públicamente. Su inclusión en regímenes que requieren financiamiento privado, a falta de subsidios públicos significativos o totales, puede entorpecer considerablemente su demanda, su oferta, o ambas.

² Arreglos entre los aseguradores y prestadores que dificultan el acceso de sus beneficiarios a los servicios.



No siempre es fácil distinguir entre intervenciones tipo bienes públicos e intervenciones tipo bienes individuales. Incluso una misma intervención, en función de factores ajenos a ella, en algunos casos puede ser considerada más bien de naturaleza individual y en otros bien público. Sin embargo, la pura constatación de que una intervención es un bien público no justifica su financiamiento público. Por lo tanto, sería aconsejable que el financiamiento público se concentrara en aquellos bienes de naturaleza pública, más costo-efectivos.

Las intervenciones de salud con características de intervención individual son todo lo contrario. Se puede excluir del consumo a quien no aporta y el consumo de un individuo rivaliza con el consumo de otro individuo. Un caso especial, sin embargo, son aquellas intervenciones de carácter individual que determinan importantes externalidades. El financiamiento privado existirá para esta intervención pero probablemente distará de producir lo óptimo para la sociedad. Ejemplo de ello son el tratamiento de la tuberculosis o las vacunaciones cuando las coberturas esperadas superan los porcentajes que reducen efectivamente el riesgo de contagio o epidemia para toda la población. En estos casos, el financiamiento público es altamente aconsejable dado que la falta de prestación y consumo no sólo afectará al individuo sino a toda la población en forma significativa.

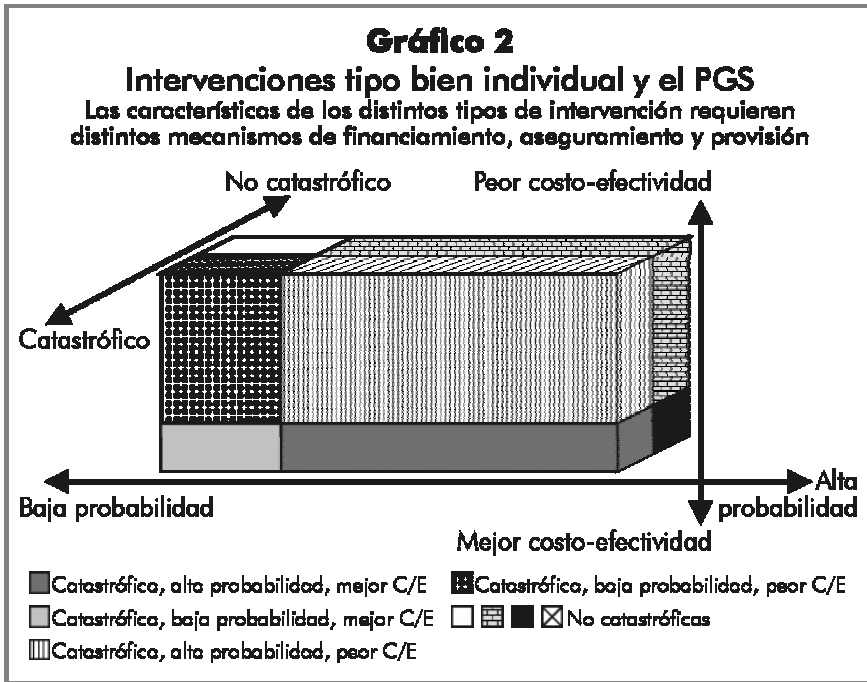
En resumen, tanto las intervenciones de tipo bien público y más eficaces en función de los costos, como las intervenciones de tipo bien individual con alta externalidad han de incluirse en el PGS pero requieren financiamiento público para evitar el riesgo de que no sean ofrecidas, lo que sobrepasa con creces el costo de financiarlas. De aquí en adelante, las intervenciones de tipo bien público y las de tipo bien individual con alta externalidad positiva se denominan “intervenciones de tipo bien público” o simplemente “bienes públicos”.

Una segunda característica de los bienes públicos es que frecuentemente, no son intervenciones para las cuales haya incertidumbre acerca de si un individuo tendrá que hacer o no uso de ellas. La sociedad espera que todos los individuos (o todas las poblaciones a riesgo) las consuman forzosamente. Por tanto, es un hecho real que dicho consumo existirá. Esto es obvio respecto al aire limpio resultado de la reglamentación y control de la contaminación, pero también lo es respecto a la utilización de vacunas o al control preventivo de crecimiento y desarrollo del niño sano. A raíz de esta certidumbre, y al menos en teoría, su inclusión en regímenes de seguro resulta poco eficiente, en particular, tratándose de regímenes de financiamiento sin subsidio público.

Ahora bien, el PGS no se restringe únicamente a bienes públicos. Si el objetivo es garantizar el enfoque múltiple de la protección social en salud, deberá incluir tanto el mandato de ciertas intervenciones de tipo bien público (que suelen tener gran impacto en la salud de la población) como intervenciones de tipo individual (que frecuentemente tienen gran impacto en la salud del individuo y en el gasto de salud del hogar); intervenciones que sean prioritarias así como los mandatos respecto a las modalidades de financiamientos, cobertura y prestación de las mismas. ¿Qué mecanismos de financiamiento, seguro y prestación utilizar para cada tipo de bienes del PGS?

En primer lugar, tal como se explicó antes, la economía en salud sugiere que las intervenciones de tipo bien público deben ser costeadas vía financiamiento directo, ya que de otro modo, tal vez no habría demanda ni oferta. Por otro lado, su inclusión en un sistema de seguro, particularmente si esto implica que deben ser financiadas por el asegurado mediante el pago de primas, puede resultar ineficiente y perjudicar su demanda y prestación. A fin de tener certeza respecto a estas últimas, debe analizarse si no es más conveniente el financiamiento y la gestión pública directa mediante programas específicos para dichos bienes.

¿Qué hacer con las intervenciones de tipo bien individual? ¿Cómo priorizar su inclusión o no en el PGS? ¿Bajo que regímenes de financiamiento, seguro o provisión deberían gestionarse para obtener el mayor impacto en la inclusión? Para comenzar a esbozar una respuesta, analicemos el Gráfico 2 que muestra en un cubo multicolor, el universo de intervenciones de tipo bien individual factibles de inclusión en un PGS. Los diferentes colores representan las poblaciones que son objeto de dichas intervenciones clasificadas según tres variables críticas.



Estas tres variables son, a nuestro juicio, de carácter prioritario para el PGS y la elección de mecanismos de financiamiento, seguro y provisión:

- ➔ Incertidumbre respecto al surgimiento del problema de salud que desencadenará el uso de la intervención (usualmente definido por una baja probabilidad de aparición en una población);
- ➔ costo-efectividad de la intervención;
- ➔ grado en que la intervención puede representar una catástrofe financiera para el grupo familiar si llegara a tener que necesitarla y financiarla de su bolsillo, comprometiendo una alta proporción de sus ingresos sino todos o incluso sus ahorros (evento catastrófico).

En el caso de intervenciones de tipo individual, costo-efectivas, que no son eventos catastróficos y de alta o baja probabilidad (color negro en el gráfico), no parece haber motivos válidos para que sean financiadas con fondos públicos ni incluidas en el PGS. Un caso típico de falla de información es, por ejemplo, la ingestión inadecuada de vitaminas y oligoelementos en la dieta. La regulación o mandato (por ejemplo, de agregar vitaminas y oligoelementos a algunos alimentos de gran consumo) es una intervención que no requiere forzosamente ser financiada con fondos públicos. En las intervenciones de carácter individual, que no son eficaces en función de los costos ni de carácter catastrófico (representadas por ladrillos en el gráfico), no parece haber motivo alguno de intervención pública más allá de la información y la educación a la población y, por otra parte, no se justifica su

inclusión en el PGS. No obstante, puede hacer falta una intervención pública de regulación en casos de falla de mercado tales como una ostensible falla de información. Incluso aunque así fuera, las características del aseguramiento más bien sugieren que no debe implicar la obligación de incluirla en regímenes de seguro. Sin embargo, la inclusión o no de este tipo de intervenciones bajo esquemas de aseguramiento puede estar plenamente justificada cuando, aun siendo de bajo costo (no catastróficas), están íntimamente ligadas al manejo o reducción del riesgo de ocurrencia de un episodio catastrófico, como es el caso de muchas intervenciones preventivas.

Las intervenciones de tipo individual, con pocas probabilidades de acaecer y que constituyen un evento catastrófico, tales como accidentes de tráfico, transplante renal o infarto al miocardio (gris claro y puntos en el gráfico), son casos típicos donde la distribución de los riesgos a través de formas de seguro juega un rol central. En este caso, el Estado debe desempeñar una función importante a través de la inclusión de estas intervenciones en el PGS y en regímenes de seguro, idealmente agrupando al mayor número de gente posible cuando las condiciones del país lo permitan. Sin embargo, así como fue evidente para las intervenciones de características de bien público, parece sensato pensar que la intervención reguladora se restrinja a la inclusión obligatoria de intervenciones individuales costo-efectivas (gris claro en el gráfico).

Asimismo, se espera que quienes no puedan pagar las primas respectivas, porque en virtud de la inclusión de dichas intervenciones son muy caras, beneficien de subsidios, ya se trate de subsidios cruzados al interior del grupo asegurado, o entre grupos de asegurados o bien de subsidios públicos.

En lo que respecta a intervenciones de carácter individual, catastróficas, con altas probabilidades de acaecer y eficaces en función de los costos (gris oscuro en el gráfico), la inclusión en el PGS puede ser necesaria. Sin embargo, la teoría de seguros aconsejaría excluirlas del sistema de seguros y financiarlas con ahorro individual (*Medical Saving Account*) para quienes cuentan con los recursos, o con subsidios públicos directos para quienes no cuentan con ellos. Por último, las mismas intervenciones pero que no son eficaces en función de los costos (representadas por rayas en el gráfico) no deben ser sujeto de intervención, salvo para informar a la población.

Para examinar si la inclusión en un sistema de seguro será o no una forma eficaz y eficiente de garantizar una intervención, las distinciones respecto a las características de la intervención (bienes públicos vs. bienes individuales, alta frecuencia vs. baja frecuencia, carácter catastrófico o no, buena vs. mala costo-efectividad) debe hacerse respecto a cada tipo de intervención. La falla en determinar los debidos arreglos financieros y organizativos (seguros y prestadores), puede generar incentivos perversos que impliquen fallas en la utilización o en la solidaridad financiera y, por lo tanto,

exclusión de la protección social en salud. Esto es lo que en el presente marco proponemos denominar “desfase entre organización e intervención” o simplemente desfase. La evidencia encontrada en la aplicación piloto de este marco en Argentina parece confirmar esta hipótesis.

De todo lo antedicho, se desprende que el PGS es una combinación de prestaciones de tipo bien público y de tipo bien individual asegurables o no, que serán garantizadas a la población mediante distintos instrumentos de financiamiento público y privado, y mediante distintos instrumentos de gestión del financiamiento (seguros y programas de salud pública). La confusión respecto a qué instrumentos utilizar así como las barreras al movimiento de subsidios públicos (ver sección sobre la falla en los subsidios de equidad) suele generar tensiones y dificultades entre los órganos reguladores, los aseguradores y los encargados del financiamiento público. Por otra parte, puede disminuir el éxito del financiamiento, la demanda y la provisión de componentes claves del PGS y, por consiguiente, determinar la exclusión tanto en la utilización como en el financiamiento solidario.

Visto este primer gran tema de los problemas de aplicación del PGS que pueden ser causa de exclusión, en las dos secciones siguientes, se analizan las posibles causas de exclusión por fallas en la utilización y en el financiamiento.

B. Las causas de exclusión por fallas en la utilización

Las causas de exclusión por falla en la utilización, esto es, que una persona no utilice las intervenciones del PGS cuando las necesita, se pueden clasificar básicamente en dos grandes grupos: 1) la exclusión por falla en la utilización por problemas en la oferta, y 2) la exclusión por falla en la utilización por problemas en la demanda.

En el Recuadro 3 se resumen las causas más importantes de exclusión por falla en la utilización en estos dos grandes grupos y sus posibles soluciones.

Para poder evaluar si existe exclusión por utilización, lo ideal sería poder tener una medición de todas las intervenciones incluidas en el PGS y, por ejemplo, a través de un índice compuesto, ver el grado de cumplimiento de todas ellas. Además de requerir información sobre la utilización de cada una de las intervenciones, que por lo general no la hay, también requeriría acuerdo respecto a cuáles son las tasas óptimas de utilización que representarían el umbral entre inclusión y exclusión. Esto último, habitualmente sólo existe para algunas intervenciones en cada país. En la práctica, dada la complejidad, no sólo de medir sino también por falta de información confiable respecto a casi todos los parámetros antes mencionados en la mayoría de los países en desarrollo, los ejercicios de estimación de la exclusión por falla en la utilización se tendrán que hacer a partir de algunos indicadores de acceso para los cuales hay simultáneamente información y acuerdo sobre la tasa de utilización. A la

metodología se pueden agregar luego otros marcadores a medida que la información esté disponible y que se juzgue necesario. En la prueba piloto de aplicación de este marco en Argentina, antes mencionada, se utilizó este enfoque.

Recuadro 3		
Exclusión por falla en la utilización		
	Problemas	Posible solución
Oferta	No hay prestadores	Expansión de la oferta "elegible":
	Prestadores no elegibles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inversiones ✓ Reducción de barreras de entrada ✓ Compra de servicios
	Prestadores ineficaces o de baja productividad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formación y educación ✓ Incentivos
	Prestadores que discriminan a determinados usuarios	Fortalecimiento de la función de compra: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mecanismos de pago y regulación
Demanda	PGS se juzga innecesario	Educación de la población; incremento de efectividad de prestadores
	PGS se juzga necesario, pero no hay voluntad de pago	Asegurar la correspondencia entre intervención – organización en el PGS
	PGS se juzga necesario, pero no hay capacidad de pago	Mejora de la eficiencia y del volumen del "subsidio de equidad"

1. Los problemas en la oferta

Cuatro son las causas más importantes que se analizan desde el punto de vista de los problemas de la oferta: a) la ausencia total de oferta de las intervenciones del PGS por falta de prestadores; b) la ausencia de oferta porque los prestadores disponibles no son elegibles para los usuarios; c) la ausencia de oferta pues aunque existen prestadores elegibles, son ineficaces por falta de calidad o ineficiencia manifiesta, y d) no existe oferta pues los

prestadores a pesar de ser elegibles y ser eficientes discriminan a determinados grupos de población.

La falta de prestadores como causa de exclusión se explica por sí misma. Se refiere a la ausencia total de ellos, sean públicos, privados o de la seguridad social. La falla de oferta por falta de prestadores elegibles implica que existen prestadores disponibles pero que por alguna razón (ajena a ellos mismos, a los usuarios, o a unos y otros) no pueden ser utilizados por la persona en cuestión. Un caso típico de esta situación es que la entidad aseguradora a la que pertenece dicha persona no ha establecido acuerdos con el proveedor. Ejemplos de esto pueden ser el del hospital militar que no presta atención de salud a la comunidad civil en la que está situado; un seguro social que posee hospitales o clínicas ambulatorias que no atienden a quien no esté afiliado o la población cubierta por un ministerio de salud o un seguro social que no tenga acuerdos, o bien, mecanismos de compra a prestadores privados disponibles en las zonas donde no hay prestadores públicos o de la seguridad social.

La falta total de oferta se da fundamentalmente en países de bajos ingresos. Sin embargo, los promedios nacionales pueden ocultar diferencias muy significativas entre regiones más pobres de cada país. Por lo tanto, no se debe pensar que en un país con un alto promedio de oferta, no haya exclusión por utilización por falta de ella. Lo que sí indica, es que por alguna causa, probablemente asociada a la distribución de subsidios de equidad, como se analiza más adelante, la distribución de dicha oferta es muy heterogénea y determina este tipo de exclusión.

La falla en la utilización por ser el prestador no elegible es un problema típico de los sistemas donde conviven el subsector público, el de la seguridad social y el subsector privado en forma compartimentada y no existen mecanismos de compra cruzada de servicios entre miembros de estos subsectores ni de "portabilidad" del subsidio público. La "portabilidad" entendida como la posibilidad de que el subsidio se mueva con el individuo.

Ambos casos, la falta total de oferta y la falta de prestadores elegibles, se solucionan por expansión de la oferta, ya sea por vía de inversiones públicas o privadas y eliminación de barreras de entrada a prestadores privados (la primera) y por mecanismos idóneos de compra público-privada (la segunda). Esta última está estrechamente ligada al tema de la gestión del subsidio público y la separación compra-provisión en el ámbito público.

La falla en la utilización ocasionada por problemas en la oferta, relacionados con la falta de productividad y eficacia implica que hay prestadores y en cantidades relativamente adecuadas, pero la producción de servicios es inferior en cantidad o calidad a lo que se esperaría que fuera su producción comparada con una buena base de referencia. Por ejemplo, la cantidad de egresos hospitalarios por cama para un mismo tipo de patología y población es menor que el que se encuentra en otros sistemas o, la cantidad

de problemas realmente resueltos durante la primera consulta es menor que los de otros sistemas, o el tipo de intervención llevada a cabo es obsoleto o de mala calidad. La mayoría de estas deficiencias obedece a una combinación de las siguientes características del sistema:

- ➔ Un modelo de atención inadecuado para los contenidos prioritarios del PGS y de la demanda de la población (por ejemplo, exceso de atención hospitalaria y falta de atención ambulatoria de mediana y alta complejidad; nivel ambulatorio de baja complejidad con escasa capacidad resolutoria, etc.); en suma, un modelo de atención con inadecuadas mezclas de factores, ya sea por error en el diseño o por rigidez de los métodos de gestión de los prestadores que les impide ir actualizando el modelo de atención;
- ➔ descapitalización y falta de formación adecuada de los prestadores, lo que daña su eficacia y eficiencia;
- ➔ un marco de incentivos, fundamentalmente en lo relacionado con los mecanismos de pago, que puede perpetuar prácticas clínicas poco eficientes.

Las soluciones a estos problemas se dan en torno a cambios en los modelos de atención, los modelos de gestión de prestadores, el marco de incentivos (fundamentalmente la relación comprador-prestador, a través de los mecanismos de pago y contratación) y la formación permanente del personal de los prestadores. Los esfuerzos de continua mejora de calidad desplegados por muchos sistemas de salud apuntan a mejorar este aspecto de la falla en la utilización.

Los gobiernos han puesto un significativo énfasis en esta causa como uno de los orígenes de la falla en la utilización de los servicios y en la eficiencia global del gasto en salud, particularmente en los países de medianos y altos ingresos. Esto se refleja tanto en los esfuerzos regulatorios de los ministerios de salud, los proyectos de reforma sectorial para promover el cambio de modelo de atención de salud, tanto en el subsector público como en el subsector privado, como en el enorme esfuerzo contenido en los proyectos con la Banca Multilateral y la cooperación bilateral destinados a mejorar la atención primaria, mejorar la gestión hospitalaria pública y fortalecer la creación de la función de compra y la separación de esta última y la provisión. Lo importante aquí es recalcar que se necesita un enfoque desde múltiples dimensiones que simultáneamente cambie el marco de incentivos externos del prestador (mecanismos de pago, sistemas contractuales, etc.) y también el funcionamiento interno de éstos respecto a sus prácticas clínica y administrativa. Tratar a los prestadores como “cajas negras”, cambiando sólo el marco de incentivos externos, es insuficiente para mejorar el modelo de atención (Baeza, 1996).

El último aspecto de la falla en la oferta está relacionado con la existencia de prestadores elegibles y eficientes pero que discriminan a determinados grupos de población y no les prestan servicios. Por ejemplo, el prestador podría no dar prioridad a quien no pueda aportar en el momento en que se le atiende, aun cuando en teoría no deba hacerlo y tenga que atenderlo, ya que el comprador (el sistema al que dicha población está afiliada), le paga. En este marco, proponemos considerar este tema fundamentalmente como una falla en la relación entre “comprador y proveedor” y, lo tratamos bajo el título “Falla en el financiamiento” concordando con la propuesta del último Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2000).

El mandato de la OIT concentra al programa STEP fundamentalmente en la demanda, incluyendo el financiamiento, el seguro y la compra. Aunque existe exclusión por problemas de la oferta como se analiza arriba, se espera trabajar conjuntamente con la OMS, los bancos multilaterales y otras agencias de cooperación que se concentran más en estos aspectos. Sin embargo, dado que la exclusión por utilización es un problema que se plantea particularmente en los países de menores ingresos, en algunos casos también será necesario para STEP intervenir en la oferta cuando ésta sea una causa patente que influya en la falta de demanda, como puede suceder, por ejemplo, con la falla en la calidad de las intervenciones.

2. Los problemas en la demanda

Cuando por cualquier razón, los usuarios no solicitan un determinado servicio que efectivamente necesitarían (según la definición técnica sanitaria de necesidad), se dice que hay un problema de demanda. Esto es, una persona o grupo necesita una intervención pero no la pide. La exclusión por utilización, producto de una falla en la demanda, obedece como mínimo a tres motivos: a) la intervención en cuestión, aunque incluida en PGS no se juzga necesaria; b) la intervención se juzga necesaria pero no hay voluntad de pago, y c) la intervención se juzga necesaria pero no hay capacidad de pago.

La falta de demanda exclusivamente porque se piensa que la intervención sea innecesaria es característica de muchos tipos de intervenciones preventivas de efectos a largo plazo (ejemplo: prevención secundaria en la hipertensión arterial) o incluso cuando quien lo pide no es quien se beneficia con la intervención como es el caso, por ejemplo, de un control de niño sano o incluso de un control de embarazo normal. En estos dos últimos casos, se habla de un “problema de agencia” que de aquí en adelante se incluirá en la categoría amplia y general de bienes públicos, analizada en la primera sección de este capítulo. La ausencia de demanda por una razón puramente de percepción (excluyendo el problema de agencia mencionado) debe encararse fundamentalmente con educación e información a la población en general y a la población en riesgo, así como a los prestadores

para inducir dicha demanda cuando existen contactos con la población a propósito de la demanda espontánea. Además, requiere esfuerzos considerables del modelo de atención para poder detectar estos problemas de salud e incentivar a la gente para que demande estos servicios aun cuando no se percate de sus beneficios a corto o mediano plazo.

También requiere que el marco de incentivos del “comprador/financiador” sea el correcto para estimular la detección de estos problemas subyacentes de salud cuya demanda no se manifestará espontáneamente hasta muy avanzado el daño. Es imprescindible recalcar aquí que, la intervención necesaria de educación a la población en riesgo para que efectivamente sienta la necesidad de demandar y que lo haga, tiene en gran medida carácter de bien público, particularmente en un contexto donde la mayoría de la población está cubierta por regímenes de protección social de tipo seguros de salud, en competencia y de corto plazo, como es el caso en muchos países en desarrollo. Siendo un bien público, en lo que respecta a su financiamiento y a la correspondencia organización e intervención, se le aplica el diseño necesario para asegurar que dicha intervención se lleve a cabo. Distinto es cuando la demanda se da como resultado de la educación sanitaria. Ambas, la educación masiva y la intervención específica, deben formar parte del PGS pero la manera de financiarlas y proveerlas puede requerir ser distinta par evitar problemas de desfase entre intervención y organización como se describe más arriba.

Enfrentar la exclusión por utilización, producto de falta de demanda por esta causa, probablemente sea el desafío más importante que se plantea a los sistemas de salud en todo el mundo para hacer frente a la creciente importancia de los problemas de salud crónicos no transmisibles y del envejecimiento de la población. Por definición, un sistema que funciona solamente a partir de una demanda espontánea no podrá encarar el problema de exclusión por utilización debido a falta de demanda. Los sistemas deben tener la capacidad de inducir la demanda de aquellas intervenciones donde sabemos que habrá una falla en la demanda espontánea. Los esfuerzos por combatir la exclusión debida a utilización, deben contemplar el apoyo tanto a las organizaciones que cumplen la función de compra (tal como se analiza en la próxima sección) como a los prestadores para adecuar el modelo de atención a la búsqueda de la demanda necesaria y que no se manifiesta.

Por otra parte, la idea de que una intervención no es necesaria y por tanto no es necesario demandarla puede ser un juicio relativo, esto es, la intervención no es importante comparado con lo que tengo que hacer, con lo que tengo que pagar por ella, o lo que tengo que esperar para obtenerla (en resumidas cuentas, con el costo de oportunidad para la persona que pide la intervención y, por lo tanto, también un problema de financiamiento).

Una segunda causa de ausencia de demanda está relacionada con la falta de voluntad de pago por una intervención aunque se considere necesaria

y que eventualmente se podría pagar. Tanto así, que incluso pueda llevar a no pedirla. Las razones de este comportamiento se analizaron extensamente en la sección sobre el desfase entre organización e intervención en el PGS.

La tercera causa de falla en la demanda está relacionada con la incapacidad de pagar. La intervención incluida en el PGS, es considerada útil y no hay problema de desfase entre organización e intervención pero la persona no puede pagar ya sea el costo directo de la intervención (el pago al prestador al momento de demandarla) o su costo indirecto (los costos de otros servicios o insumos relacionados con esta). En el marco del análisis propuesto, esta falla en la demanda es claramente una falla relacionada con el financiamiento, ya sea con la no pertenencia a sistemas de distribución de riesgos (seguro de salud) y por lo tanto ausencia de subsidios cruzados de bajo a alto riesgo al interior de estos regímenes y, eventualmente, con insuficiente subsidio de alto a bajo ingreso (“subsidio de equidad” según la nomenclatura utilizada en la próxima sección). Este problema de demanda será analizado en la próxima sección, en lo relativo a exclusión por falla en la solidaridad de financiamiento.

C. Las causas de exclusión por la falla en el financiamiento solidario

La exclusión por falla en el financiamiento significa aquí que el individuo o grupo familiar contribuye más de una proporción razonable de su ingreso total para financiar sus gastos en atención de salud. Esto significa que el total de sus aportes (gasto de bolsillo, aporte a seguro social, primas de seguros voluntarios y aportes a impuestos generales destinados a salud) constituye una proporción desmedida del total de sus ingresos. Compete a cada país definir en el marco del diálogo social qué proporción es desmedida, sin embargo la toma de decisión al respecto requiere referencias complementarias que serán proporcionadas en parte por investigaciones a nivel internacional realizadas por el programa STEP.

Antes de analizar con detenimiento cada uno de los posibles orígenes de la exclusión por falla en el financiamiento, en esta sección se tratan la nomenclatura y los fundamentos conceptuales más importantes de la función de financiamiento en los sistemas de salud.

1. La función de financiamiento en los sistemas de salud

Los sistemas de salud organizan el financiamiento a través de diversos arreglos para cumplir con las tres funciones principales del mismo. En este marco se utiliza la nomenclatura propuesta en el último informe de la OMS sobre la salud en el mundo³ (OMS, 2000):

- a) Recaudación de fondos (recaudación);

³ Capítulo 5.

- b) agregación⁴ de estos fondos (agregación);
- c) uso de dichos fondos para adquirir o financiar las intervenciones de los prestadores de servicios de salud (compra).

A fin de lograr el objetivo de inclusión por financiamiento solidario, la puesta en práctica organizativa e institucional de un sistema de protección social en lo que respecta a estas tres funciones debe permitir que se obtenga:

- ➔ La mayor proporción posible de contribución por adelantado, esto es, la mayor separación posible entre el momento de la utilización de los servicios y el del aporte para su financiamiento;
- ➔ el mayor grado posible de distribución de los riesgos financieros en el grupo de población, asegurando el mayor grado posible de subsidios desde aquellos individuos de menor riesgo a los de mayor riesgo;
- ➔ un grado apropiado de equidad en el sistema, favoreciendo suficientes subsidios entre los miembros de mayores ingresos a los de menores ingresos;
- ➔ un proceso de contratación y pago a los prestadores que prevea los incentivos correctos para una atención oportuna y de calidad.

La función de **recaudación** es el procedimiento por el cual, el sistema, o los subsistemas, recaudan el financiamiento que luego será mancomunado y utilizado para financiar los servicios. Los mecanismos de recaudación clásicos son: a) los impuestos generales; b) las cotizaciones obligatorias relacionadas con el salario c) los aportes obligatorios o voluntarios relacionados con el riesgo; d) el pago directo de bolsillo, y e) el ahorro personal. Generalmente, cada una de estas formas de recaudación se asocia a una forma organizativa tanto de compra como de agregación de fondos. De ahí que el uso de impuestos generales sea el instrumento de recaudación más típico de los sistemas del tipo servicio nacional de salud; la cotización, típica de la seguridad social en salud, y los aportes asociados a riesgos, de los seguros de salud voluntarios y privados. Ahora bien, estas asociaciones han cambiado en reformas como la de la Caja Costarricense de Seguro Social, que recibe tanto cotizaciones como aporte fiscal de impuestos generales, la de FONASA en Chile (cotizaciones y aporte fiscal) o la de Colombia.

El mecanismo concreto que se utiliza en el sistema para recaudar recursos determina el logro, o no, de la mayor proporción posible de contribución por adelantado para el financiamiento del sistema de protección social en salud, condición esencial de la inclusión. Esto es, la mayor separación posible entre el momento en que se aporta al sistema y el momento en que se utilizan los servicios. Cuando la proporción de contribución por adelantado es baja, el gasto de bolsillo de los trabajadores y sus familias es alto, lo que trae aparejada la exclusión, tanto por utilización como por financiamiento solidario, particularmente de aquellos más pobres. El

4 "Pooling" en la literatura anglo-sajona. Se refiere habitualmente a la función de aseguramiento.

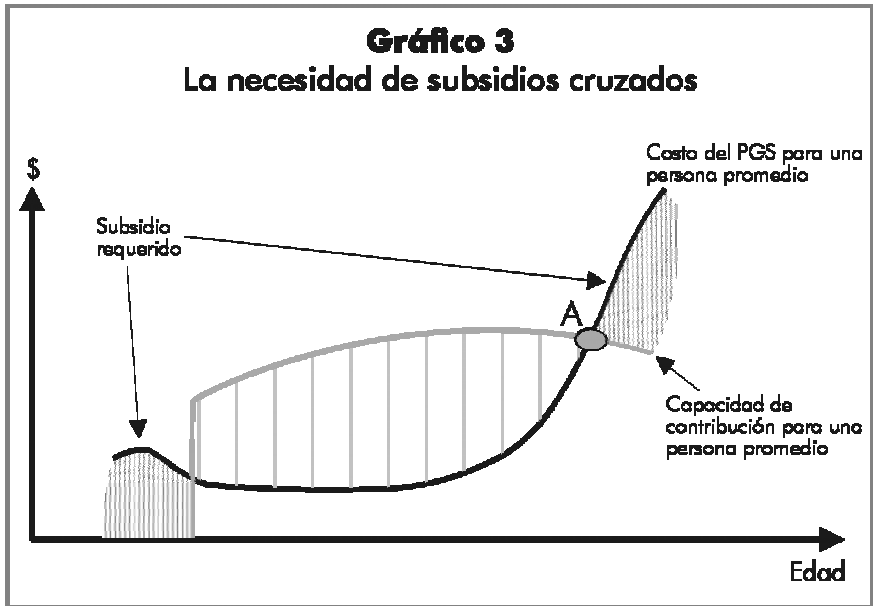
financiamiento vía impuestos generales representa el máximo grado de pago previo, mientras el financiamiento por pago directo de bolsillo representa el mínimo grado de pago previo.

La función de **agregación de fondos** (*pooling*) es la agregación y gestión de los recursos recaudados. A través de esta función se asegura que el riesgo de tener que pagar por los servicios de salud sea compartido por todos los miembros del grupo y no sólo por el que aporta individualmente. Esta función de distribución de riesgo es la función tradicional y esencial de cualquier seguro.

Los sistemas de salud y las comunidades se dotan de diversas modalidades para realizar la agregación de dichos fondos. La más típica y reconocida como tal es la seguridad social, pero también lo son los seguros privados, los ministerios de salud o los servicios nacionales de salud donde se agrega todo el financiamiento para la salud que los ciudadanos ponen a disposición de la sociedad a través de impuestos generales. Otras modalidades están constituidas por las mutuales o las organizaciones comunitarias frecuentemente conocidas como microseguros. En la mayoría de los países en desarrollo, todas estas modalidades coexisten.

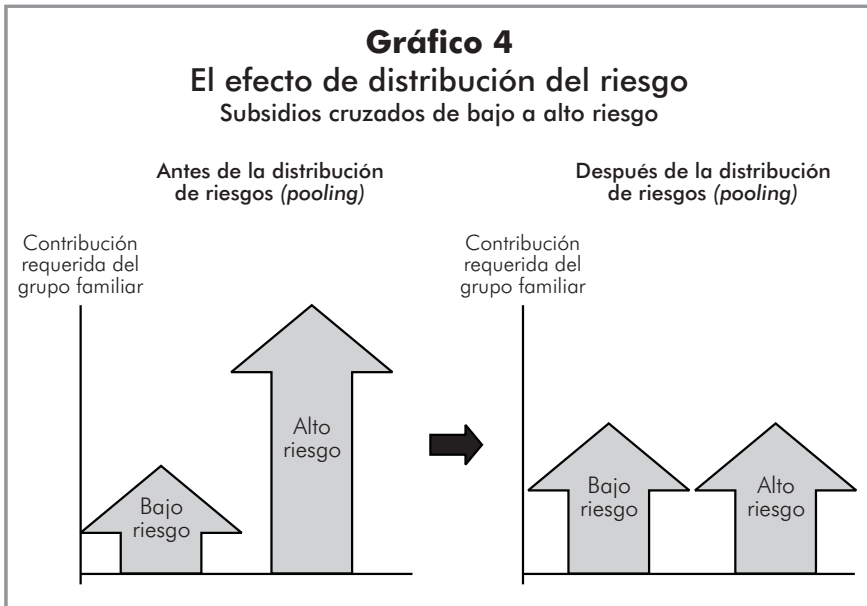
La necesidad de distribuir los riesgos está asociada a la necesidad evidente de recibir subsidios que tienen los de mayores riesgos y los de menores ingresos, para poder financiar el acceso a los servicios de salud incluidos en el PGS.

En el Gráfico 3 se resume la evolución teórica del costo de financiar el PGS para el ciudadano o familia media. La línea negra muestra la evolución promedio de ese costo, que aumenta con la edad. La línea gris representa la capacidad de aportar. En la concepción que se eligió en este documento, la capacidad de aportar está dada por una proporción máxima del ingreso del grupo familiar. Al aumentar el riesgo en el tiempo, tarde o temprano se llega a un punto en que dicha capacidad es inferior al costo del PGS, situación señalada en el punto "A" del gráfico y que llamamos "punto de partida de la necesidad de subsidio" o "punto de subsidio". A partir de "A", cualquiera sea la fuente de financiamiento y la forma de canalización, la persona tiene necesidad de recibir un subsidio para poder mantener el acceso o la cobertura del PGS que poseía hasta entonces. No obstante, cabe señalar que existe la posibilidad de que la gente con mayores ingresos no se sitúe en ningún momento en el punto de subsidio. Por otro lado, la población de menores recursos puede tener el punto de subsidio desde el nacimiento por lo que necesitará recibir subsidios a lo largo de toda la vida para acceder al PGS. En este contexto, y cualquiera sea el mecanismo que se utilice para financiar el subsidio, tal como se explica más adelante, la política de financiamiento de subsidios sólo puede ser viable, eficiente y equitativa, siempre y cuando se haya definido y cumplido un PGS para toda la población sin que nadie pueda quedarse sin él en ningún momento de su vida.



La agregación de recursos permite que se lleve a cabo una parte de este proceso fundamental, es decir, la distribución del riesgo financiero entre todos los miembros, a través de subsidios cruzados desde los miembros de bajo riesgo a los de alto riesgo, lo que representa la función esencial del seguro (Gráfico 4). Además, cuanto mayor es el nivel de agregación, las economías de escala y la ley de los grandes números permiten reducciones significativas de los aportes promedio de cada persona, facilitando el acceso a los servicios y estabilizando el flujo de recursos a los prestadores, lo que en muchos casos determina la existencia o no de la oferta. Mientras más grande el grupo de distribución de riesgos (*pool*), es posible que una proporción mayor de los recursos totales se concentren en gastos de servicios reduciendo la proporción destinada a las reservas para imprevistos o para gastos administrativos.

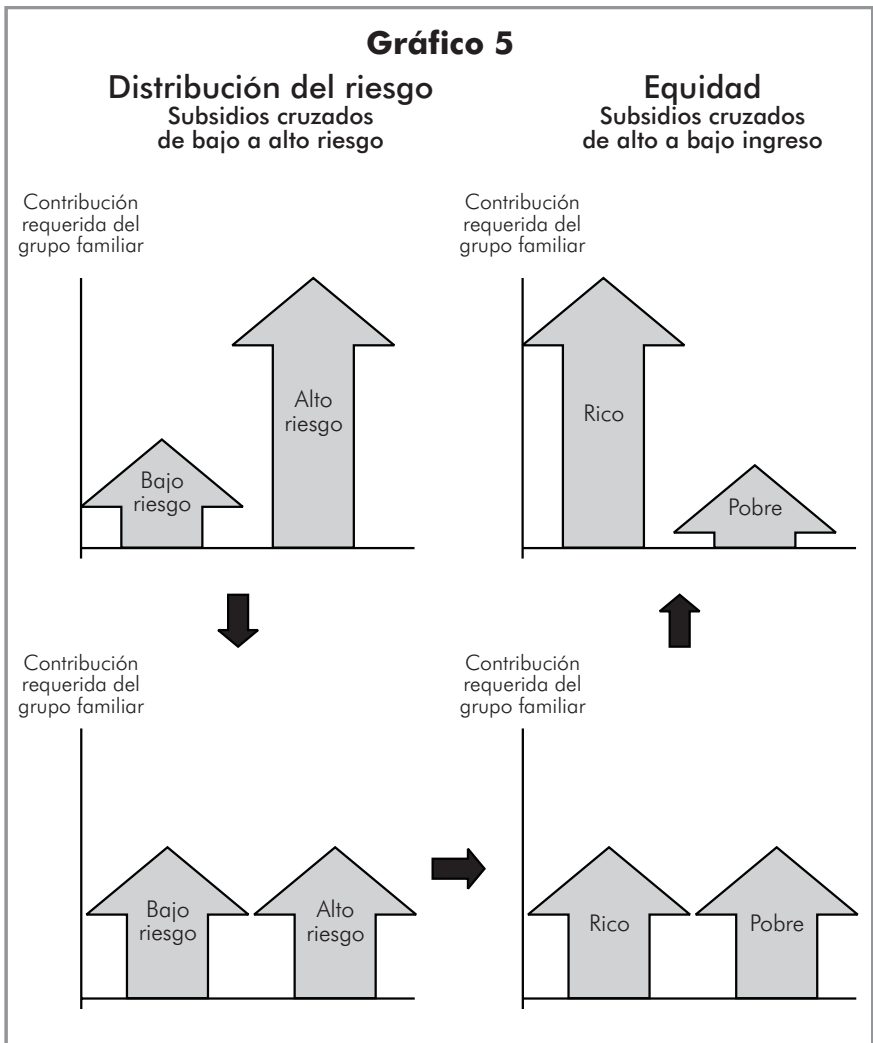
La ausencia de participación en un sistema de distribución de riesgos obliga al pago de bolsillo por los servicios sin que medien subsidios cruzados ni economías de escala, exponiendo al usuario a tener que pagar en el momento en que necesita la prestación, lo que supone una barrera significativa para la utilización o un gasto considerable para el total de sus ingresos y con costo de oportunidad significativo para el grupo familiar. Esto reviste mayor importancia cuando más bajo es el ingreso familiar. Un gasto de bolsillo elevado es signo notorio de la ineficacia de los mecanismos de agregación.



Sin embargo, la pura distribución del riesgo, incluso a través de regímenes de seguro, permite que, eventualmente, los pobres de menor riesgo terminen subsidiando a los miembros de mayores ingresos y de alto riesgo. Por otra parte, aunque la distribución de los riesgos en un grupo de gran tamaño permite en realidad disminuir sustancialmente el aporte, en virtud de las economías de escala y de la ley de los grandes números, los sectores de menores ingresos tal vez no estén en condiciones de pagar ese costo menor y ni siquiera la prima. Esto implica que la mayoría de los sistemas de protección social de todas partes del mundo, no sólo busquen cumplir con el objetivo central de la diseminación de riesgos, sino también que haya equidad en el financiamiento, asegurando subsidios desde los de mayores ingresos a los de menores ingresos para garantizar que el pago de la prima no esté fuera del alcance de nadie y, en última instancia, la inclusión en utilización y en financiamiento solidario (Gráfico 5). Proponemos llamar a esta porción del subsidio, “subsidio de equidad”.

La función de **compra** es la forma en que los sistemas utilizan los recursos recaudados y mancomunados para financiar intervenciones. En este marco se considera la función de compra en un sentido lato, incluyendo los mecanismos tradicionales de “presupuestación” y de pago por línea presupuestaria. No obstante, se hace una distinción entre el ejercicio estratégico de la compra y la compra pasiva. El primero se caracteriza por plantearse las preguntas siguientes: ¿Cómo adquirir? ¿Cuáles son las condiciones específicas de calidad de las intervenciones? ¿A quién comprar? ¿Cómo pagar? ¿Cómo supervisar y controlar? Dado que además, el adquirente estratégico goza de altos grados de libertad (respecto a los prestadores o los otros actores) para contestar a estas

preguntas, actuará en forma selectiva en cuanto a los prestadores que habrá que elegir, los precios a pagar y los tipos de contrato o cuasi contrato. En cambio, el comprador pasivo no goza de estos espacios y, en general, financia mediante los presupuestos históricos por línea o por "pago por servicio" con poca gestión de la relación con los prestadores. En este contexto, en gran medida es el adquirente, junto con el marco regulador, quien define los incentivos externos para los prestadores y para el desarrollo de los modelos de atención debiendo controlar constantemente la calidad y oportunidad de los servicios que compra.



2. Las alternativas para financiar el subsidio de equidad

En lo que respecta al financiamiento del subsidio de equidad, los sistemas se dan al menos cuatro alternativas para encarar el problema de la necesidad de subsidio, a menudo, todas ellas coexisten:

- ➡ Ahorro personal,
- ➡ subsidios dentro del mismo seguro,
- ➡ subsidios entre seguros,
- ➡ subsidio público.

Analizar exhaustivamente las alternativas para el financiamiento y gestión de los subsidios no entra en los objetivos de este marco. Por lo tanto, a continuación se examinará someramente cada una de estas alternativas, sólo con el fin de sentar las bases del análisis de las causas y soluciones de la exclusión.

La primera alternativa, ahorro personal, consiste en que la persona o grupo familiar, voluntaria u obligatoriamente, destine parte de sus ingresos actuales para financiar su aporte futuro cuando el costo del PGS suba y haga falta un subsidio. Este ahorro también puede ser una proporción de la cotización obligatoria existente que se identifica individualmente para uso futuro o, más que ahorro, la compra de un reaseguro para financiar el subsidio en el futuro, siempre y cuando sea necesario.

Si bien este mecanismo de ahorro permitiría a aquellos segmentos de mayor capacidad de ahorro financiar el aumento de la prima necesario para el PGS, luego de alcanzar el punto de subsidio en el futuro, aún habrá segmentos de la población para los cuales el ahorro será insuficiente o inexistente, por lo que harán falta otras alternativas para subvenir a la necesidad de subsidio.

Los subsidios dentro de un mismo seguro son la base de los sistemas tradicionales de la seguridad social en salud y de la cotización como mecanismo de recaudación. La finalidad teórica de definir el aporte en función de los ingresos es generar un excedente que se pueda destinar a subsidios cruzados dentro del mismo seguro para aquellos que están más allá del punto de subsidio. La importancia del excedente radica en su uso potencial como fuente de subsidios para los afiliados que pasan el punto de subsidio. Este supuesto funciona relativamente bien en contextos donde toda la población participa al mismo grupo de distribución de riesgos. Ahora bien, existe el supuesto que un excedente en la seguridad social en salud genera automáticamente un subsidio de dispersión de los riesgos y de equidad, en la práctica, es posible que no sea suficiente para ambos objetivos ni que se use dicho excedente para subsidiar, sobre todo en un ámbito de múltiples aseguradores, explícita o implícitamente en competencia, donde hay incentivos para la selección de los riesgos (el asegurador elige a aquellos de menor riesgo que generan mayor excedente, dejando a los demás, aquellos de mayor riesgo que necesitan subsidio). Esto porque no es explícita la cuantía de

recursos a destinar a uno u otro objetivo dejando espacio, particularmente cuando se permiten servicios adicionales al PGS, para que haya un incentivo de igualar el PGS más el adicional al aporte total del asegurado. Los problemas de los subsidios cruzados, implícitos en la modalidad de subsidio dentro de un mismo seguro, analizados más arriba, distorsionan significativamente el sistema de protección social en salud en un contexto de seguros múltiples, en particular, si éstos están en competencia y en dos subsistemas diferentes.

La tercera forma de asegurar la existencia de subsidios es la de subsidios entre seguros. Esto es, transferencias explícitas de financiamiento de un grupo de riesgos a otro, generalmente a través de fondos de redistribución financiados con una proporción del aporte de los afiliados a cada uno de ellos. Por definición, puesto que la seguridad social en salud se asocia casi exclusivamente al sector formal de la economía, este mecanismo de subsidio está destinado a dicho sector. Mecanismos similares son utilizados en Alemania, Argentina, Colombia, Holanda y otros países. La pieza clave del éxito de estos fondos de redistribución es la implementación de un mecanismo adecuado de compensación por las diferencias de riesgo e ingreso entre grupos de distribución de riesgos (*pools*).

La última forma de financiar los subsidios necesarios, aquí analizada, es la del financiamiento público (fiscal) procedente de impuestos generales. Este es el caso en la mayoría de los países para financiar subsidios en salud a quienes no forman parte de la economía estructurada y requieren subsidios. A raíz de la coexistencia de los ministerios de salud y de los regímenes de seguridad social, en estos países generalmente se utiliza a la vez el subsidio dentro de un mismo seguro o entre seguros para financiar los subsidios en los sistemas formales de seguridad social en salud, y el financiamiento fiscal para los trabajadores del sector informal.

Los mecanismos entre seguros probablemente sean los más viables para financiar subsidios a corto plazo, puesto que ya existen en varios países y que permiten la existencia de múltiples grupos de distribución de riesgos en países con dicha tradición. Sin embargo, tienen importantes desventajas debido a los significativos costos de transacción. Asimismo, la tendencia de un creciente sector informal de la economía los transformará en una herramienta limitada de lucha contra la exclusión de la protección social en salud. Además, la coexistencia con el mecanismo de subsidios públicos para el sector informal de la economía (por ejemplo, subsidios del ministerio de salud) y la falta de "portabilidad" de estos subsidios, que se analiza más adelante, contribuyen a mantener la segmentación entre el sector formal y el sector informal en un contexto donde la exclusión se da en ambos, lo que eventualmente restringe la eficiencia de la lucha contra la exclusión, particularmente en países con tradición de múltiples grupos de distribución de riesgos.

La exclusión por falla del financiamiento obedece a que los hogares o las personas gastan una proporción excesiva en salud de sus ingresos totales. La corroboración directa de exclusión por razones de financiamiento debe hacerse identificando a aquellos hogares y/o individuos cuyo aporte a la salud es superior al aceptable, información que se obtiene a través de las cuentas nacionales de salud y particularmente a través de sistemas adecuados de encuestas de ingreso y gasto de los hogares. Sin embargo, no siempre se puede encontrar información suficiente y fidedigna para esa corroboración directa; entonces, habrá que obtener información indirecta, por ejemplo, a través de la evidencia que algunos hogares o particulares dejan de acceder o de pedir determinados tipos de intervenciones por considerarlos de un costo excesivo para sus ingresos o simplemente porque no pueden pagarlos.

Esta primera evidencia indirecta, esto es, un número importante de personas que declara que no demanda servicios por no poder pagarlos, puede orientar la búsqueda focalizada de evidencia directa.

¿Cuáles son las causas posibles de esta exclusión por financiamiento? En las próximas secciones se analiza detenidamente esta cuestión y las posibles estrategias para abordarla.

3. Las causas posibles de exclusión por falla en el financiamiento

Además de la falta de recursos, debido al bajo nivel de ingresos del país (causa no analizada en este marco por considerar que escapa prácticamente al control del sistema de protección social en salud), o a las dificultades de recaudación por parte de las organizaciones respectivas (considerada en este marco más bien como un problema de capacidad institucional del sistema y examinada en la sección de causas organizativas e institucionales de exclusión), cuatro son las causas principales que se juzgan potencialmente importantes para explicar la exclusión por falla en el financiamiento solidario (Recuadro 4):

- ➔ Falla en el PGS, que de aquí en adelante llamaremos subcobertura;
- ➔ falla en los mecanismos que facilitan la distribución de los riesgos, esto es, los subsidios cruzados entre los miembros de un grupo con bajo riesgo en salud y los miembros con alto riesgo en salud, que de aquí en adelante llamaremos falla en la distribución de riesgos;
- ➔ falla en los mecanismos que facilitan los subsidios de equidad, esto es, la existencia de una cantidad adecuada de subsidios cruzados en el financiamiento del sistema entre los miembros de altos ingresos de una sociedad y los de bajos ingresos, que de aquí en adelante llamaremos falla en subsidio de equidad;
- ➔ falla en los mecanismos de compra, que de aquí en adelante llamaremos subprovisión.

Recuadro 4

Causas de exclusión por falla en el financiamiento

Financiamiento solidario y protección financiera	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Falla en el PGS (subcobertura)</i> ✓ <i>Falla en el subsidio de bajo a alto riesgo</i> ✓ <i>Falla en el subsidio de alto a bajo ingreso (equidad)</i> ✓ <i>Falla en la "compra estratégica" (subprovisión)</i>
---	--

a) **La falla en el PGS**

En la primera sección de este capítulo, se analizó la falla del PGS desde el punto de vista del desfase entre organización e intervención. A diferencia del desfase, en que los mecanismos de financiamiento – seguro y/o provisión – no se condicen con las características de tipo de bien de la intervención, la falla del PGS que determina exclusión por falla en el financiamiento guarda relación con la falta de definiciones claras en el PGS (por ejemplo, del "copago" o de la calidad de una intervención eficaz y solicitada por los hogares), que finalmente genera un alto gasto de bolsillo por tener que sufragar altos "copagos" o tener que pedir la intervención fuera de sistemas de distribución de riesgos (*pooling*) y sin acceso a subsidios (no inclusión o mala calidad). Todo esto puede llevar a gastar una proporción excesiva de los ingresos del hogar (exclusión por falla en el financiamiento).

b) **La falla en la distribución de los riesgos**

Respecto a la falla en la distribución de los riesgos, las diversas causas potenciales de dicho problema se resumen en el Recuadro 5.

La primera causa es que no existan sistemas de distribución de riesgos o que los pocos disponibles sean ineficaces. Este parece ser el caso en la mayor parte de los países de bajos ingresos donde la seguridad social y los seguros voluntarios cubren a la población del sector formal de la economía y de mayores ingresos respectivamente, incluyendo a una proporción muy baja de la población total. En teoría, el resto de la población está bajo la cobertura del ministerio de salud pública con subsidios públicos procedentes de impuestos generales. En la práctica, a raíz de una falta de recursos crónica y/o de la ineficacia en su manejo en los países de bajos ingresos, esta cobertura es reducida y, a menudo, tal como lo muestran las investigaciones del programa STEP en este campo (OIT-STEP, 2000), la población teóricamente cubierta, organiza espontáneamente formas comunitarias u oficiosas de distribución de riesgos para paliar este déficit. Sin embargo, también en estos casos, la

proverbial escasez de recaudación (aporte voluntario) y/o la frecuente fragilidad institucional y administrativa, sumadas a los tamaños reducidos de los grupos de distribución de riesgos que le restan eficacia en general a estos sistemas, pueden generar seguros muy precarios y vulnerabilidad financiera por lo que también dejan a dicha población fuera de un sistema eficaz de distribución de riesgos.

Recuadro 5
Exclusión por falla en la distribución de riesgos
 Las personas o el hogar aportan más que una proporción razonable de sus ingresos para el financiamiento del PGS por falla en la distribución de los riesgos

	Problemas	Posible solución
Falla en la distribución de los riesgos (falla en el subsidio de bajo a alto riesgo)	<i>No hay sistemas de seguro o los que hay son ineficaces</i>	<i>Creación y facilitación de sistemas de aseguramiento, incluyendo sistemas de ministerios de salud</i>
	<i>Hay sistemas pero el usuario no es elegible</i>	<i>Eliminación de barreras de elegibilidad (frecuente para trabajadores independientes): ajustes en la legislación, community rating, regulación, subsidio de equidad</i>
	<i>Hay sistemas pero el usuario los considera inútiles</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Educación a la población</i> ✓ <i>Obligación de afiliación (free riders)</i>
	<i>Hay sistemas disponibles pero el usuario no los utiliza pues no puede pagar la prima</i>	<i>Aumento del grupo de riesgo y, eventualmente, subsidio de equidad</i>

El problema de exclusión por falta de mecanismos de distribución de riesgos es mucho menos importante en países de medianos ingresos. El problema fundamental en ese caso parece ser la eficiencia de funcionamiento

de estos mecanismos, en un contexto que se caracteriza por el fraccionamiento de los grupos de distribución de riesgos. De singular importancia en este sentido son la gestión del financiamiento de los subsidios cruzados (por ejemplo, dificultades de “portabilidad” del subsidio público entre distintos sistemas), y la falla de la función de compra que, aunque se trata de una función distinta, suele incluirse en la función de distribución de riesgos dentro de un mismo arreglo organizativo (ministerio de salud, seguro social o seguro privado voluntario). Ambos problemas se analizan más adelante.

Aunque la inexistencia de mecanismos de distribución de riesgos sea una causa de exclusión financiera menor comparada con otras en los países en desarrollo de medianos y altos ingresos, hay pruebas de que es un problema creciente para el sector informal y para el trabajador por cuenta propia del sector formal que tendría capacidad de aportar pero que queda “atrapado” entre la focalización de subsidios públicos a los segmentos de menores ingresos (como debe ser) y la focalización de la seguridad social tradicional en el sector formal exclusivamente, lo que restringe sus opciones, fundamentalmente a los seguros privados voluntarios. A menudo, esta última opción resulta muy deficitaria, ya sea por precariedad de funcionamiento, por falta de un reconocimiento y una regulación estatal que sea eficiente, y/o por falta de “portabilidad” de los subsidios entre los distintos tipos de seguros, lo que deja a este segmento de la población con serias dificultades para acceder a sistemas eficaces de distribución de riesgos. Este problema también implica importantes deficiencias y potenciales filtraciones de subsidios públicos como lo muestra la investigación del programa STEP en el caso de América Latina (OIT-STEP y OPS, 1999).

Lo interesante de este grupo es que sin la barrera de capacidad de pago de por medio, la exclusión podría ser susceptible de solución por vía regulatoria. En el caso argentino, por ejemplo, las estadísticas disponibles (SIEMPRO, 1997) muestran que 10 por ciento del quintil más alto de ingresos sólo utiliza el subsector público, constituyendo más del 3 por ciento de todas las personas cubiertas únicamente por este subsector (como mínimo, medio millón de personas). Si bien es cierto que este grupo podría constituir un grupo de “beneficiarios evasores” (del inglés *free riders*), es decir, que benefician de las prestaciones sin aportar lo que correspondería, también es muy probable que sea un grupo que enfrenta barreras de entrada a regímenes formales, tales como las que encuentran los microempresarios y los trabajadores independientes.

La última causa de falla en la distribución de riesgos aquí contemplada, reside en no poder participar en sistemas correspondientes por incapacidad de pago del aporte (prima). Esta es en realidad una falla en el subsidio de equidad y será analizada a continuación.

c) La falla en la cuantía o la gestión del subsidio de equidad

La falla en la cuantía o la gestión del subsidio de equidad es una tercera causa potencial de exclusión por financiamiento (Recuadro 6). Esto es, hay regímenes de seguro pero las personas no pueden pagar su aporte o lo pagan a gran costo de oportunidad para el grupo familiar. Varias son las causas posibles de esta falla.

La primera es que no haya suficientes subsidios de equidad en el país. Empíricamente, sólo se puede encarar la suficiencia o no de los subsidios mediante estimaciones del costo del PGS y de las consiguientes necesidades de subsidios en todo el sector de la protección social en salud.

La insuficiencia de subsidios de equidad es un claro problema en los países de bajos ingresos. La insuficiencia de recaudación es causa de exclusión del PGS. Resolver el problema de la protección en salud del sector informal y/o pobre de dichos países es tarea urgente pero muy compleja, a raíz de esta falla en la cuantía de los subsidios de equidad, de la falla en la distribución de riesgos (distribución de los riesgos a través de subsidios de bajo a alto riesgo), y de la fragilidad institucional y organizativa. En el último capítulo se examinará como tomar en cuenta las diferencias en las causas de exclusión para establecer estrategias adaptadas que permitan enfrentar este problema en los países de bajos y medianos ingresos.

Al analizar la distribución del gasto fiscal en salud (subsidio público en salud) entre distintas zonas de un país, particularmente allí donde los procesos de descentralización sectorial pueden haber contribuido a la fragmentación del grupo de personas bajo un mismo esquema de distribución de riesgos, se constata una gran desigualdad porque hay zonas donde el gasto fiscal es muy bajo y, efectivamente, los subsidios pueden ser insuficientes, ya no por baja recaudación a nivel nacional sino por políticas públicas que determinan dichas desigualdades.

El problema de la compartimentación o fragmentación en el manejo de los subsidios públicos en salud y la ineficiencia de los instrumentos de asignación de dichos subsidios, que analizaremos a continuación, son fuentes significativas de la falta relativa de subsidios de equidad en muchas zonas de países en desarrollo.

Las dos otras causas de exclusión por falla en el subsidio de equidad están relacionadas con la eficiencia de su gestión.

La primera, es la falta de "portabilidad" de los subsidios, que determina segmentación de los grupos de distribución de riesgos y una mala asignación del subsidio de equidad. En estricto sentido se podría usar el concepto de subsidio a la demanda. Sin embargo, se ha usado el de "portabilidad" (Baeza y Copetta, 1999) para precisar que no se trata de cualquier subsidio a la demanda donde el usuario puede escoger a cualquier asegurador que le ofrezca un conjunto de prestaciones que le resulte atractivo. Se trata de un

subsidio directamente vinculado al PGS, a la necesidad que lo determina y al cumplimiento de los requisitos de acreditación para incorporarse al sistema, tanto en lo que se refiere al asegurador como al prestador.

Recuadro 6
Exclusión por falla en el subsidio de equidad
 Las personas o el hogar aportan más que una proporción razonable de sus ingresos para financiar el PGS

	Problemas	Posible solución
Falla en el subsidio de equidad (falla en el subsidio de alto a bajo ingreso)	<i>Hay regímenes de seguro pero no se puede pagar la prima porque no hay subsidios suficientes por lo cual no hay afiliación</i>	<i>Asegurar que se disponga de suficientes subsidios de equidad:</i> ✓ dentro del seguro ✓ entre seguros (fondo de solidaridad)
	<i>Hay regímenes de seguro y hay afiliación pero se debe pagar más de lo justo porque no hay subsidios suficientes</i>	✓ público (impuestos generales)
	<i>Hay regímenes de seguro y hay afiliación pero se debe pagar más de lo justo porque no hay "portabilidad" del subsidio</i>	<i>Establecer la "portabilidad" del subsidio entre los seguros o del subsidio público</i>
	<i>Hay regímenes de seguro y hay afiliación pero se debe pagar más de lo justo porque la "portabilidad" del subsidio es poco eficiente</i>	✓ Mejorar a través de ajuste de riesgo, ajuste a tamaño del grupo familiar ✓ Mejorar la eficiencia de la compra en el sector privado y público

Financiar los subsidios cruzados exclusivamente por fuentes internas de un mismo seguro no permite que el trabajador pueda continuar recibéndolos al cambiar de sistema. Claro está que los trabajadores del sector formal recibirán un subsidio de su nuevo seguro, lo que en principio no plantearía problemas. Sin embargo, la cuantía de dicho subsidio puede ser una barrera importante para que ese trabajador se incorpore fácilmente a su nuevo seguro, si es muy elevada

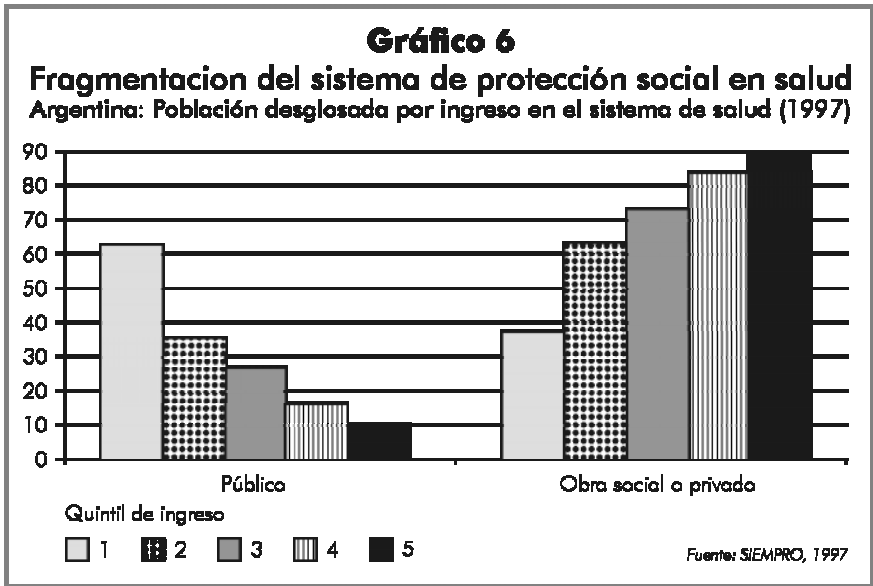
y supone una carga financiera significativa para este último. Esta es la base del incentivo para la selección de los riesgos por parte de los aseguradores.

El problema es más complejo en el caso del sector informal y de los pobres que requieren subsidio. Por lo general, sólo lo reciben a través del gasto público, por ejemplo, mediante servicios de salud subsidiados. La ausencia de “portabilidad” del subsidio público implica que todo aquel trabajador informal o pobre que lo reciba, solo podrá estar incluido a través del sistema público. Lo mismo ocurre respecto al subsidio de la seguridad social: quien lo recibe, lo hace únicamente dentro de ese régimen de protección social en salud. Dado el creciente, continuo y dinámico ir y venir de trabajadores del sector informal al sector formal, característico de las economías de los países en desarrollo, hoy en día la no “portabilidad” del subsidio implica que los cambios respecto a la naturaleza formal o no del empleo forjan modificaciones en su sistema de protección social o incluso pueden reducirla, si en el sistema existen regulaciones respecto a enfermedades preexistentes u otras similares que restringen la movilidad de los trabajadores entre distintos esquemas.

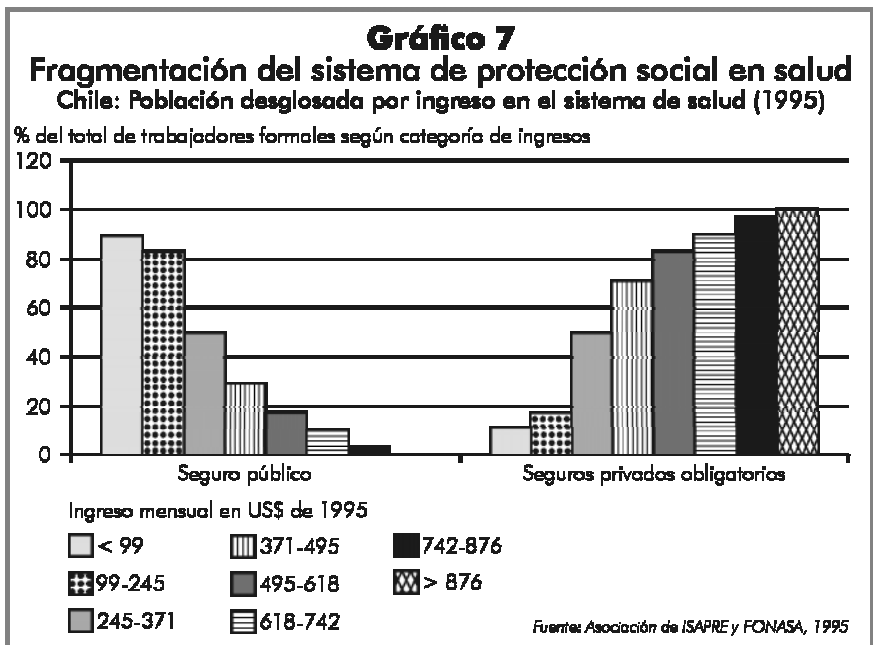
De este modo, el hecho de que el subsidio no sea portable, podría ser un obstáculo para la lucha contra la exclusión, si se confirma la tendencia de crecimiento del sector informal. En ese caso, los subsistemas de protección social en salud requieren una comunicación fluida, dado el frecuente ir y venir de trabajadores de uno a otro sector. La “portabilidad” de estos subsidios entre subsistemas y, lo que sería más eficiente, la unificación de su modalidad de financiamiento mediante gasto fiscal únicamente, cuando la capacidad institucional del país lo permita (recaudado mediante impuestos generales) podría contribuir significativamente a la lucha contra la exclusión en ese contexto.

La inexistencia de “portabilidad” contribuye a la segmentación del sistema de protección social en salud en muchos países en desarrollo porque aun cuando pueda haber una considerable cantidad de subsidios (ya sea público o dentro de un mismo seguro), a la persona no le llegan o no los puede llevar al sistema de protección social al que pertenece o que mejor satisface sus necesidades.

El Gráfico 6 muestra el ejemplo de Argentina donde, al igual que en la mayoría de los casos de América Latina, el sistema de protección social en salud está segmentado por ingresos como producto de la no “portabilidad” del subsidio de equidad entre el subsistema público y el subsistema de la seguridad social. En el caso argentino, el sistema de protección social en salud esta segmentado según pertenencia al sector formal de la economía y según ingresos; de ahí que todos aquellos que requieren subsidio público deban estar exclusivamente en el grupo de distribución de riesgos de los ministerios de salud nacional o provinciales.



El Gráfico 7 muestra una segmentación parecida en el caso de Chile. Segmentaciones similares ocurren en la mayoría de los países en desarrollo donde coexisten sistemas de protección social separados para el sector formal y para el sector informal y/o pobre de la economía. Dicha segmentación parece ser la norma y no la excepción en esos países.



La segmentación se acentúa aún más en muchos países de estructura federal o, incluso en países de muy marcada descentralización regional, no sólo por tener múltiples grupos de distribución de riesgos para la seguridad social y para el seguro privado sino también por una gestión fragmentada del subsidio fiscal en salud. Muy frecuentemente, la asignación de presupuestos históricos de subsidio a la oferta, como modelo de gestión del subsidio público en salud, contribuye a la desigualdad entre ciudadanos de distintas regiones de los países en desarrollo y es particularmente preocupante porque resulta de la asignación no equitativa de subsidios públicos y, por lo tanto, es inducida por una política pública.

La segunda causa de ineficacia en el subsidio de equidad está relacionada con problemas del diseño y/o la gestión de este subsidio. Los problemas asociados a la gestión del subsidio público en salud en un contexto federal son una expresión de la consiguiente ineficacia. Otra causa tiene que ver con los mecanismos de cálculo de los subsidios y de su asignación en un contexto donde ya existe la "portabilidad". Este es el caso, por ejemplo, del fondo de redistribución de los regímenes de seguridad social de Argentina, Colombia y Holanda.

Capturar los diferenciales de necesidad de subsidio que hay entre distintas personas o grupos, y que tienen que ver con sus riesgos y sus ingresos, es fundamental en lo que respecta a la eficiencia de la asignación de los subsidios de equidad. Esto es, puede existir "portabilidad" del subsidio, lo que permite abordar con mayor flexibilidad la movilidad geográfica, laboral y de sistema de protección social, pero si la cuantía de ese subsidio no se condice con lo que el individuo o grupo familiar necesita será ineficaz para combatir la exclusión. Si se subestima, de todos modos dejará a la persona desprotegida o sujeta a segregación y si se "sobrestima" privará a otros de dicho subsidio. La existencia de elementos de ajuste de riesgos para la estimación del subsidio es esencial en este tema.

En el caso de la gestión del subsidio público, la transferencia de recursos con base en el gasto histórico y/o en los presupuestos por factores productivos, no permiten saber con precisión hacia qué poblaciones y subpoblaciones se canalizan estos subsidios. Tampoco permiten que el Estado y la sociedad tengan claro qué se está subsidiando concretamente ni lo que se puede exigir a los sistemas de protección social en salud que administran el subsidio. El problema de equidad y regresividad generado por esta fórmula de asignación de los subsidios públicos es clara tanto en el gasto per cápita como en la evidencia respecto a la exclusión por utilización, por financiamiento, o por ambas.

En el caso de los fondos de redistribución de regímenes con "portabilidad" del subsidio de equidad entre regímenes de protección social en salud, es importante asegurar equidad e incentivos correctos para evitar la discriminación por riesgo en el proceso de competencia creciente entre

seguros. Una cápita única, si bien es cierto que es mejor que no tener “portabilidad” en absoluto, sienta las bases para establecer incentivos de selección de los riesgos que pueden incrementar la exclusión ya sea por falla en la distribución de riesgos u otras fallas analizadas en este documento.

d) *La falla en la función de compra*

Básicamente, la falla en la compra es la falla en el ejercicio de la compra estratégica, tal como se definiera más arriba. Una falla en la función de compra ocurre cuando la relación entre el adquirente (o la organización que financia las prestaciones de salud) y el proveedor de servicios no crea el marco de incentivos adecuado para que el segundo cumpla con los contenidos del PGS en sus tres dimensiones: utilización, financiamiento y dignidad. Esto puede implicar, por ejemplo, que el proveedor discrimine a determinadas poblaciones pertenecientes al grupo de distribución de riesgos del adquirente, lo que entraña mala calidad, objetiva o que se percibe como tal, una demora considerable o un cobro indebido de la prestación. Las dos primeras pueden llevar a la persona a tener que pedir y financiar las intervenciones que necesita fuera del sistema, aunque estén debidamente incluidas en el PGS. A este fenómeno lo denominaremos subprovisión. Por otra parte, es en esta relación, además de los temas regulatorios, donde se determinan los incentivos para que los prestadores se organicen en determinados modelos de atención, con gran impacto en la utilización.

La subprovisión puede ocurrir ya sea porque simplemente no existe compra estratégica y el adquirente se limita a financiar a los prestadores sin más, o bien, porque los mecanismos de pago, contratación, supervisión u otros son incorrectos o ineficaces.

D. *Las posibles causas de exclusión por fallas organizativas e institucionales en el financiamiento en salud*

1. *El marco de incentivos organizativos e institucionales en el logro de las condiciones técnicas para el financiamiento solidario*

Hasta aquí, la mayor parte del análisis de este marco conceptual ha girado en torno a las características técnicas que el diseño del sistema de protección social en salud debe cumplir para contribuir a la inclusión. Por ejemplo, debe haber la mayor proporción posible de contribución previa, mecanismos de subsidios cruzados, ya sea de distribución de los riesgos o de subsidio de equidad, y compra estratégica. Sin embargo, muy frecuentemente se observa que aun cuando existe la intención y el compromiso de las autoridades políticas sectoriales de poner en práctica dichos diseños técnicos,

a la hora de aplicarlos no funcionan. Por ejemplo, aunque se sepa que un diseño técnico es superior, no es posible ponerlo en práctica pese al gran esfuerzo que se hace a través de la política sectorial de un determinado país.

Un caso típico es el recurso a impuestos generales como mecanismo de recaudación que permite alcanzar la mayor proporción de contribución previa. ¿Por qué, conociendo esta realidad desde hace tanto tiempo, pocos son los países que lo utilizan en la práctica como su mecanismo principal? ¿Por qué el gasto de bolsillo y los aportes asociados a salarios siguen predominando en los países en desarrollo? (OIT y OPS, 1999). La explicación radica, en gran parte, en la complejidad organizativa e institucional que requiere aplicar y mantener sistemas puramente basados en impuestos generales para que funcionen como mecanismo de recaudación idóneos para todos los regímenes de protección social en salud. Resulta sumamente complejo, demandante y difícil lograr que la existencia de incentivos externos e internos adecuados para los usuarios y las organizaciones que se ocupan de la gestión y asignación de impuestos generales coincidan para asegurar una buena recaudación, una buena relación entre el ministerio de finanzas y las organizaciones aseguradoras, etc. ¿Por qué? En esta sección se analizan las razones organizativas y los incentivos indispensables que se requieren para que los diseños técnicos explorados hasta aquí puedan funcionar efectivamente, y cuyas fallas explican frecuentemente las dificultades de alcanzar los determinantes óptimos para la inclusión de las personas en la utilización de los servicios y en el financiamiento solidario. La presente sección se centra en los aspectos organizativos e institucionales que influyen en el éxito de la aplicación de las características técnicas del financiamiento solidario, aspectos más relacionados con el mandato del programa STEP.

Las recomendaciones y reformas de instrumentos específicos con miras a lograr un diseño técnico óptimo para la inclusión por financiamiento solidario (contribución previa, distribución de los riesgos, subsidio de equidad y compra estratégica) analizadas en las secciones anteriores pueden resultar ineficaces o incluso contraproducentes para la inclusión en salud, si no son acordes con las condiciones institucionales y organizativas predominantes en el país o en la división territorial de que se trate, o si se intenta aplicarlas sin acompañarlas de las debidas estrategias de cambio organizativo e institucional. A menudo, el debate sobre políticas y los esfuerzos de reformas sectoriales se concentran en los aspectos técnicos de diseño y dejan de lado o subestiman la importancia de los contextos organizativos e institucionales donde esos cambios de diseño técnico deberán operarse. La introducción de competencia en seguro o la expansión de la participación del sector privado en sistemas de distribución de riesgos, estrategias de extensión que se aplicaron en América Latina en las décadas de los 80 y 90, y sus efectos en la fragmentación del grupo en el cual debe operarse la distribución de riesgos, en muchos casos son ejemplos de este fenómeno (Baeza, 1998).

2. Las formas de organización de la función de financiamiento

En esta sección se analiza la incidencia de algunos factores organizativos importantes (formas organizativas, incentivos internos e integración de las funciones de financiamiento en distintos arreglos organizativos) en el financiamiento solidario y, en definitiva, la inclusión a través del mismo.

En la práctica las sociedades se dan diversas formas organizativas ligadas usualmente a mecanismos de recaudación y de distribución de riesgos concretos. Las más usuales son, a saber:

- ➔ El ministerio de salud, que suele disponer de grandes redes de prestadores públicos, organizadas a través de uno o varios sistemas nacionales de salud; habitualmente, esta forma organizativa, sirve en particular a los trabajadores del sector informal y suele estar asociada al uso de impuestos generales como mecanismo de recaudación y fuente de financiamiento a través del gobierno central;
- ➔ la seguridad social (única o múltiple, en competencia o no, con o sin participación del sector privado en la gestión), que generalmente sirve a los trabajadores del sector formal y a sus familias, utilizando como mecanismo principal de recaudación, aportes relacionados con los salarios (cotizaciones), y frecuentemente también dispone de redes propias de prestadores o adquiere servicios para sus propios miembros;
- ➔ los seguros voluntarios (generalmente privados), formales o informales, cuyo principal mecanismo de recaudación suelen ser contribuciones relacionadas con los riesgos;
- ➔ las organizaciones de seguro comunitarias o asociadas a prestadores, que forman usualmente pequeñas agregaciones de riesgo, basadas en diversas clases de aportes voluntarios, y que se han dado en llamar "microseguros de salud".

Los prestadores también pueden jugar un rol como organización de seguro cuando reciben sus ingresos a través de sistemas de capitación no ajustada por riesgos. También juegan un rol similar cuando son la base de sistemas de pago previo tales como aquellos que de más en más se organizan en torno a corporaciones en los países en desarrollo (OIT-STEP, 2001).

Cada tipo de arreglo organizativo incorpora las características técnicas de las funciones de financiamiento en forma peculiar, muchas veces con lógicas opuestas o incompatibles. Así, por ejemplo, las organizaciones de seguridad social en salud distribuyen los riesgos a través del grupo respectivo, afiliado a la organización de seguridad social en particular, generalmente constituido por los trabajadores del sector formal, financiado mediante aportes relacionados con el salario y no con los riesgos. En los seguros de salud privados y voluntarios, los riesgos se distribuyen también al interior del grupo de sus miembros afiliados pero únicamente al interior del subgrupo de riesgos

similares (desde una perspectiva actuarial), al interior de la agrupación total de sus miembros. Todo esto utilizando mecanismos de contribución asociados con los riesgos. Ambos sistemas, sin embargo, difieren en su forma de recaudación y contribución, una ligada al riesgo (seguros voluntarios) y otras al ingreso (seguridad social). Ambas formas de diseminar los riesgos (*pooling*) son contradictorias en este aspecto y la coexistencia de ambas, particularmente en condiciones de competencia explícita o implícita, determina los incentivos internos y externos para una segmentación de los mecanismos de distribución de riesgos. El caso chileno es un buen ejemplo de los efectos de dicha segmentación en particular frente a la falta de “portabilidad” del subsidio de equidad (Baeza y Copetta, 1999).

Las funciones de financiamiento, analizadas anteriormente (recaudación, distribución de los riesgos, subsidio de equidad y compra), en la realidad están generalmente integradas dentro de una organización de seguro de salud. Sin embargo, existen excepciones a dicha integración, a saber: a) en las formas organizativas tipo ministerio de salud o servicio nacional de salud, la recaudación está a cargo de dependencias de los ministerios de finanzas (economía o hacienda); b) algunos sistemas de seguridad social en salud con múltiples organizaciones aseguradoras han introducido organizaciones centralizadas de recaudación para todo el sistema y también organizaciones centralizadas de administración del subsidio de riesgo y del subsidio de equidad, por ejemplo, a través de fondos solidarios de redistribución (Colombia y Holanda), y c) existen esfuerzos preliminares para separar la distribución de los riesgos y la función de compra en organizaciones distintas.

En cuanto estrategia para mejorar los incentivos externos a los agentes aseguradores, la separación organizativa de las funciones de financiamiento es menos frecuente y aún incipiente, comparada con la separación entre compra y provisión como estrategia para mejorar los incentivos externos a los prestadores, introducida en la “competencia administrada” y las “reformas de los mercados internos” (Enthoven, 1985, 1988 y 1993; Ovreteit, 1995).

Sin embargo, la separación entre las funciones de distribución de riesgos y de compra puede jugar un rol importante en el futuro para permitir la convergencia hacia una mayor agregación de los grupos de distribución de riesgos, manteniendo y aprovechando las ventajas de la pluralidad de actores involucrados en el seguro, en sistemas con tradición de múltiples aseguradores y/o sistemas de gran fragmentación de los grupos de distribución de riesgos, típicos de los países en desarrollo. A través de sistemas de “portabilidad” del subsidio de riesgo y de equidad con mecanismos efectivos de asignación, esta separación podría permitir la convergencia de los diversos grupos de distribución de riesgos y mantener la viabilidad organizativa de los actores existentes, ahora concentrados fundamentalmente en la compra. De paso, permitiría disminuir las desigualdades entre grupos de distribución de riesgos, fruto de la no “portabilidad” de los subsidios y de la fragmentación de dichos grupos.

La fragmentación, entendida como la existencia de múltiples grupos de distribución de riesgos de poca cuantía, daña el aporte de dicha distribución respecto a las funciones de financiamiento y contribuye a la exclusión. En cuanto a la fragmentación, no es el número sino el tamaño predominante de grupos de personas que comparten riesgos (*pools*) lo que importa. Grupos muy pequeños son muchas veces ineficientes e insostenibles. El tamaño también es importante para las organizaciones que se ocupan de compra. La compra se ve fragmentada si hay fragmentación de la agregación de fondos, dada la integración usual entre estas dos funciones. Los adquirentes de mayor tamaño no sólo pueden aprovechar las ventajas de las economías de escala sino que además poseen mejor capacidad de negociación respecto a precio, calidad y oportunidad frente a los monopolios naturales formados por los prestadores, particularmente en lo que se refiere a las prestaciones de mediana y alta complejidad.

Se podría argumentar que un problema similar de fragmentación se plantea respecto a la existencia de múltiples y pequeños sistemas de seguro comunitario en los países en desarrollo de bajos ingresos y que, por lo tanto, la existencia de dichos sistemas es perjudicial para la inclusión. Efectivamente, la existencia de estos múltiples sistemas muestra una fragmentación de los grupos de distribución de riesgos. Sin embargo, en este caso se trata de saber si la existencia de esos múltiples sistemas es o no una mejor alternativa que la inexistencia de los mismos, inexistencia que en la práctica significa una fragmentación del grupo hasta el nivel individual. Propugnar la creación de sistemas comunitarios, a falta de un mecanismo de distribución de riesgos que sea más eficaz y de mayor nivel de agregación, parece razonable ya que no fragmenta sino que inicia el proceso de agregación. Lo ideal sería poder comenzar de inmediato desde un estado de inexistencia de grupos de distribución de riesgo a uno de gran agregación de algunos de ellos. En la práctica los contextos organizativos e institucionales de los países en desarrollo de bajos ingresos no lo permiten. El estímulo a la creación de seguros comunitarios puede anticipar las dificultades de la agregación posterior en la medida en que se anticipe la misma desde un principio.

En la mayoría de los casos, a raíz de la inexistencia o de la ineficacia de los regímenes públicos o de seguridad social para incluir a toda la población en mecanismos de distribución de riesgos, los sistemas de seguro comunitario resultan una mejor alternativa que la inexistencia de cualquier mecanismo de este tipo, particularmente para los sectores de población que disponen de alguna capacidad de aporte. En estos contextos, como también se verá en el último capítulo, los sistemas de seguro comunitario ofrecen la posibilidad de aumentar la proporción de contribución previa y la distribución del riesgo, así como de canalizar subsidios de equidad desde el momento en que se disponga de ellos, aprovechando la capacidad organizativa de esos sistemas. Dicho esto, los sistemas comunitarios múltiples y pequeños son claramente

una alternativa inferior a la de un sistema de agregación nacional o subnacional de gran tamaño, si éste es efectivamente posible en el contexto de un país determinado. En muchos casos, se entablará un debate acerca de la viabilidad de dicho sistema y si es mejor entonces concentrar los esfuerzos en propiciar esa alternativa que en la alternativa de múltiples seguros comunitarios. Esta evaluación debe hacerse caso por caso.

3. **Los incentivos internos u organizativos en los esfuerzos de inclusión**

La posibilidad de que los elementos técnicos planteados para la inclusión se puedan poner en práctica con eficiencia depende de que sean adoptados por las organizaciones que gestionan las funciones de financiamiento en salud y aplicados por ellas. Que esto ocurra o no depende de la capacidad de dichas organizaciones y de que los incentivos externos (marco institucional) e internos de la organización estén orientados correctamente para cumplir con las características técnicas que son indispensables para la inclusión por financiamiento solidario. El logro de este objetivo depende de la coherencia entre los incentivos internos enumerados a continuación:

- a) **Derechos de decisión.** El nivel de autonomía que tiene la organización respecto al propietario o los propietarios que la supervisan o bien, el gobierno en el caso de instituciones públicas. Algunos derechos de decisión cruciales que afectarán la tensión existente entre la viabilidad financiera de la organización y la inclusión por financiamiento solidario son: la definición del mecanismo de recaudación (prima o cotización); los niveles de "copago"; el orden de prioridades de las intervenciones que se han de adquirir; el diseño y negociación de la contratación y los mecanismos de pago de los prestadores así como la selectividad para elegirlos.
- b) **Grado de responsabilidad**⁵. En la medida en que aumenta la autonomía, los propietarios o el gobierno que supervisan el quehacer de las organizaciones requieren mecanismos para responsabilizarlas (a nivel gerencial) por los resultados esperados en cumplimiento de la aplicación de los instrumentos de inclusión por financiamiento solidario; esto a través de supervisión y control jerárquico, regulación e incentivos financieros.
- c) **Grado de exposición a la competencia.** Esto es, la proporción de ingresos totales que proviene de la preferencia de las personas y no de asignaciones presupuestarias fijas, ya sea del gobierno o de otra fuente. En este caso es de capital importancia, saber si el gobierno proveerá suplementos presupuestarios en caso de déficit por falta de preferencia o demanda por parte de los usuarios que le corresponden a la organización en cuestión.

5 "Accountability" en la literatura anglo-sajona.

- d) **Grado de responsabilidad financiera** de su nivel gerencial por pérdidas, los derechos a utilidades o si retienen ingresos por la venta de capital.
- e) **Nivel de mandatos no financiados.** Esto es, la proporción de mandatos por los cuales se responsabiliza a la organización sin que esté autorizada a cobrar y sin que reciba ninguna transferencia financiera compensatoria. Estos mandatos podrían ser, por ejemplo, la inclusión en el seguro de los más pobres y de quienes presentan mayores riesgos, a falta de un mecanismo que permita la llegada a la organización de los correspondientes subsidios de equidad.

La mayoría de los sistemas de salud y de protección social en salud del mundo está estructurada según una combinación de las formas de organización analizadas (seguro social, ministerios de salud, microseguros, seguros privados y otros). Es claro que las características técnicas para la inclusión serán aplicadas y funcionarán en forma diversa según las formas organizativas, considerando que se ven afectadas de distinta manera por los incentivos externos, analizados anteriormente.

Un ejemplo de la manera en que los varios arreglos organizativos se exponen en forma distinta a los incentivos internos son las significativas diferencias respecto a quien rinden cuentas, las organizaciones responsables de la gestión del financiamiento. El alto grado en que el misterio de salud y sus organizaciones relacionadas rinden cuentas principalmente a la autoridad política (gobierno) ha de compensarse de algún modo (por ejemplo, a través del tipo de incentivos externos que estipula el marco institucional en que se desempeñe) para que respondan mejor a los ciudadanos. El fenómeno inverso ocurre con las organizaciones de seguro voluntario privado o las organizaciones de seguro comunitario que rinden cuentas fundamentalmente a sus dueños y a los consumidores por vía de su exposición a la competencia y que también requieren algún tipo de compensación para responder a las prioridades nacionales representadas a través del gobierno y el parlamento.

Frecuentemente, los seguros privados de salud se concentran en responder a la demanda de sus consumidores, enfocando las prestaciones de seguro en el corto plazo y las prestaciones de bajo costo y alta frecuencia, dejando que el alto riesgo financiero sea cubierto por los seguros de *default* implícitos, constituidos por el sector público de salud. En este caso, la obligatoriedad de un PGS que refleje las prioridades nacionales de salud, solidaridad en el financiamiento y dignidad es indispensable para compensar esta inclinación de los seguros privados.

Otro ejemplo es el grado en que los ministerios de salud o los servicios nacionales de salud están tradicionalmente expuestos a los “mandatos no financiados” y, por lo tanto, el grado en que su gestión está acostumbrada a ellos, y a adaptarse para poder cumplirlos, es muy distinto y mucho mayor que

en el caso de los seguros voluntarios privados. Esto se acentúa si se considera también el grado de exposición a la competencia y las características de responsabilidad a las cuales están expuestas estas dos formas de organización.

Así, mientras un ministerio de salud puede responder a un “mandato no financiado” de incluir al sector informal en un programa o en el total del PGS ajustando la calidad y la oportunidad a todos sus usuarios, o incluso generando déficit presupuestario, a raíz de su nivel tradicional de exposición a la competencia, la reacción de los seguros privados voluntarios a un mandato similar podría consistir en buscar fórmulas que les permitan no cumplir dicho mandato, por ejemplo, a través de la selección de riesgos, la subprovisión o la subcobertura, ya analizadas como causas de exclusión en secciones anteriores.

Mientras las señales para asegurarse que un ministerio cumplirá con el “mandato no financiado” se dan fundamentalmente a través de mecanismos gubernamentales de “comando y control jerárquicos”, las mismas señales no serán eficaces en los seguros privados de salud ni en los sistemas comunitarios de seguro, en virtud de su distinta característica de responsabilidad. Por lo general, estas diferencias no son consideradas a la hora de hacer reformas para extender la cobertura, ya sea a través de una mayor participación de los seguros privados, de los sistemas comunitarios, o de ambos.

Frecuentemente, en procesos de reforma que conllevan la incorporación del sector privado asegurador en la estrategia de extensión de la protección en salud, los gobiernos se “quejan” de que los nuevos actores no quieren responder favorablemente a sus solicitudes (“mandatos no financiados”) para cumplir con prioridades nacionales que antes cumplían y para lo cual bastaba con ordenárselas al ministerio de salud. Entonces, la extensión por vía de la inclusión de nuevos actores (organizaciones) debe tener en cuenta sus características de incentivos organizativos y aplicar los instrumentos adecuados para asegurarse que estos nuevos actores responderán verdaderamente a las prioridades de inclusión. De no ser así, reformas inicialmente destinadas a extender los mecanismos de inclusión pueden incrementar la fragmentación y la exclusión.

Las reformas en salud incluyen frecuentemente cambios fundamentales de la forma en que el Estado ejerce la rectoría⁶ de todo el sistema, de la modalidades de “comando y control jerárquicos” a las formas de regulación e incentivos financieros. Hacer estos cambios exige muchísimo de las organizaciones, ya que requiere la creación de una nueva institucionalidad y, en muchos casos, también cambios significativos de los esquemas y competencias de los cargos directivos y profesionales de las agencias reguladoras. Tan difícil es, que en contextos de Estados de poca capacidad institucional puede resultar imposible aunque existan la convicción y el

⁶ “Stewardship” en la literatura anglo-sajona.

compromiso político de hacerlo. Por esta razón, la posibilidad real de operar estos cambios así como el itinerario para hacerlo deben ser considerados a la hora de intentar introducir cambios estructurales para mejorar las características técnicas del financiamiento solidario y también deben serlo para definir el plazo realista en que se puedan llevar a cabo para evitar que entrañen mayor exclusión, cuando el objetivo inicial era aumentar la inclusión.

En el Recuadro 7 se resumen los grados de exposición y características de los incentivos internos de las cuatro modalidades organizativas, que como se ve responden (son *accountable*) a varios actores y están expuestas en forma muy distinta a los demás incentivos internos.

Recuadro 7
Exposición diferencial de formas organizativas a incentivos internos

Forma organizativa Incentivos internos	Ministerio de salud	Seguridad social	Organizaciones comunitarias	Seguros voluntarios privados
Derechos de decisión (autonomía)	Limitados	Variables pero generalmente altos	Altos	Altos
Responsabilidad (accountability)	Gobierno/ votantes	Directorio, gobierno/ votantes	Dueños y usuarios	Dueños y usuarios
Exposición al mercado	Ninguna	Variable, alta en sistemas múltiples en competencia	Alta	Alta
Responsabilidad financiera	Ninguna o muy limitada	Baja	Alta	Alta
Mandatos no financiados	Alto	Bajo	Ninguno o muy limitado	Ninguno o muy limitado

4. Los incentivos externos o institucionales en los esfuerzos de inclusión

Así como las organizaciones representan a los actores en el sistema de protección social en salud, las instituciones representan las reglas según las cuales las diferentes organizaciones interactúan para lograr la solidaridad en el financiamiento, utilizando con suma idoneidad las características técnicas de financiamiento en salud: pago previo, distribución de los riesgos, subsidio de equidad, y compra estratégica. Los tres incentivos institucionales que nos

parecen más relevantes respecto al desempeño de las organizaciones que gestionan el financiamiento son:

- ➡ Reglas y costumbres relacionadas con la forma de gobierno o gestión de las organizaciones (*governance*);
- ➡ reglas y costumbres relacionadas con el financiamiento para cumplir objetivos de política pública;
- ➡ reglas y costumbres relacionadas con la función de rectoría.

Las reglas y costumbres relacionadas con esta última configuran la relación entre la organización y las autoridades (de gobierno u otras) competentes en política pública de salud y en protección social en salud; la regulación y la aplicación de leyes y reglamentos, así como la relación entre usuarios y organizaciones, estableciendo las obligaciones administrativas y legales a las cuales están sujetas las organizaciones que gestionan el financiamiento en salud.

La función de rectoría puede y debe usar una diversidad de instrumentos para definir los incentivos externos más apropiados para las organizaciones, considerando tanto sus incentivos internos como las normas y usos consuetudinarios de la sociedad. Estos van del comando y control jerárquicos (por ejemplo una orden o instrucción administrativa directa del ministerio de salud a una dependencia gubernamental) a la regulación y los incentivos financieros a través de subsidios o tributaciones. Estas pueden incluir, entre otros: definiciones respecto al porcentaje de cotización; contenidos mínimos de los planes de seguro; regulaciones respecto a condiciones preexistentes y exclusiones; duración de contratos; barreras de entrada de prestadores de servicios o seguros; comercialización y marketing; reglas sobre definición del monto de las primas (por ejemplo, definición comunitaria de precios); información obligatoria de agentes reguladores; márgenes de solvencia, y reservas técnicas de organizaciones aseguradoras y muchísimas otras que, en definitiva, modelarán la interacción de las organizaciones y los elementos concretos para lograr la optimización de las características técnicas en lo que respecta a la inclusión por vía de financiamiento solidario.

Las reglas y costumbres relacionadas con el financiamiento para cumplir objetivos de política pública configuran la relación de las organizaciones que gestionan el financiamiento en salud y el financiamiento público (si es que hay alguno), incluyendo las normas de aplicación del presupuesto público, las normas de elegibilidad respecto a los subsidios públicos, los procedimientos de auditoría, las normas de impuestos y otras.

Las reglas y costumbres relacionadas con el gobierno o la gestión de la organización dan forma a la relación entre ésta y los propietarios. La propiedad (pública o privada) da derecho a tomar decisiones sobre el uso de haberes y excedentes. La delegación de las decisiones de este uso constituye el derecho de decisión, que se traduce por un incentivo interno.

Particularmente llamativa es la diferencia entre los incentivos externos a que están expuestos los ministerios de salud en comparación con los de los seguros voluntarios privados o los sistemas comunitarios de seguro. Mientras los primeros responden a incentivos externos de la función de rectoría frecuentemente a través del “comando y el control jerárquicos”, los segundos lo hacen fundamentalmente a través de incentivos y reglamentación.

El Recuadro 8 resume la forma diferenciada en que las diversas formas organizativas están expuestas a algunos incentivos externos.

Recuadro 8				
Exposición diferencial de formas organizativas a incentivos externos				
Forma organizativa	Ministerio de salud	Seguridad social	Organizaciones comunitarias	Seguros privados voluntarios
Incentivos externos				
Gobierno o gobernancia	Pública, bajo nivel de derecho de decisión	Pública o “cuasi pública”, bajo nivel de derecho de decisión	Privada, alto nivel de derecho de decisión	Privada, alto nivel de derecho de decisión
Financiamiento público	Muy alta	Variable, generalmente bajo	Ninguna, excepto cuando se recibe subsidio público	Ninguna, excepto cuando se recibe subsidio público
Rectoría (stewardship)	Comando y control jerárquicos	Grados variables de comando y control jerárquicos, regulación e incentivos	Regulación e incentivos financieros	Regulación e incentivos financieros

Los incentivos, tanto institucionales como organizativos, en que se desempeñan las organizaciones de gestión del financiamiento, originan diferencias entre el éxito o el fracaso de los esfuerzos de los cambios de las definiciones de contenido técnico en la mayoría de las reformas de financiamiento en salud, tendientes a la inclusión y, sorprendentemente, también es ignorado en la mayoría de ellas. Este problema es patente en los resultados de las reformas de financiamiento en salud de algunos países de Europa oriental y América Latina (Banco Mundial, 1997; Baeza, 1999).

III. Las implicancias en la estrategia de lucha contra la exclusión de la protección social en salud

El marco conceptual propuesto tiene implicancias significativas en la lucha contra la exclusión de la protección social en salud para que todos los trabajadores y sus familias beneficien de dicha protección, trabajen estos en el sector formal o en el sector informal de la economía.

En este marco se pone de manifiesto la complejidad y las múltiples causas de la exclusión de la protección social en salud. La lucha contra esa exclusión requiere establecer la confianza y entablar el diálogo con los gobiernos, los otros interlocutores sociales y las comunidades para llegar a identificar el o los tipos predominantes de exclusión en distintos contextos nacionales o locales, identificando las fallas de diseño técnico a las que probablemente obedezca dicha exclusión, así como los factores institucionales y organizativos que contribuyen a dicha falla y que, sin duda, influyen e influirán en la posibilidad de que un diseño óptimo desde el punto de vista técnico, sea efectivamente factible y el más apropiado en un contexto dado.

Este marco implica la distinción entre el objetivo de lucha contra la exclusión en salud, y los instrumentos disponibles, que son meros medios para lograr ese fin. Dicha lucha no debe estar centrada en preconizar el uso de uno u otro instrumento sino en la identificación de las causas de exclusión en distintos contextos, en la facilitación del diálogo social para identificar las soluciones y en el apoyo técnico para que esas soluciones funcionen efectivamente en los contextos institucionales y organizativos concretos a nivel nacional o de comunidades.

No es el objetivo del esfuerzo de la lucha contra la exclusión el transformarse en programas para preconizar el uso de microseguros, o de sistemas de reaseguro de microseguros, o de los sistemas de la seguridad social formal en salud o de la extensión por vía de la participación masiva del sector privado o público como panacea de la lucha contra la exclusión en salud y la extensión de la protección social en salud. Es un esfuerzo que, basado en los valores permanentes de protección social, en las evidencias y en el diálogo de política, contribuye a la identificación de las causas de la exclusión y de las soluciones más apropiadas, desde el punto de vista técnico, en el contexto organizativo e institucional del país y/o la comunidad en cuestión, y ayudan a ponerlas en práctica.

El esfuerzo de lucha contra la exclusión de la protección social en salud está orientado a abordar las causas de inexistencia o baja eficiencia de sistemas de protección social en salud: 1) la falta de una recaudación suficiente (ya sea por bajo aporte directo al sistema o por insuficiencia de

subsidios públicos vía impuestos generales); 2) la ineficacia de los seguros existentes por razones de capacidad institucional y/o por inestabilidad de sus flujos de ingresos, y 3) la necesidad de encauzamiento de los esfuerzos comunitarios de distribución de riesgos hacia modalidades viables y eficientes, a través de su agregación y del cumplimiento del PGS incluso por vía de subsidios explícitos nacionales o internacionales.

Estos esfuerzos deben, sin embargo, distinguir al menos entre dos contextos de países en desarrollo, los de ingreso bajo y de gran restricción de capacidad institucional y organizacional y los de ingreso medio con niveles crecientes de capacidad institucional y organizacional. Es necesario trabajar en ambos contextos.

Parte importante de la labor llevada a cabo por el programa STEP hasta ahora ha sido apoyar el fortalecimiento de los sistemas comunitarios en países de ingreso bajo, abordando particularmente la ausencia de mecanismos eficaces de distribución de riesgos. El proyecto conjunto de la OIT y del Banco Mundial respecto al reaseguro de microseguros también está encaminado a completar este esfuerzo para el pequeño grupo de sistemas comunitarios respecto a los cuales, la ausencia de reaseguro es el problema principal.

En estos contextos, que se caracterizan por una alta fragmentación de los grupos de distribución de riesgos e incluso por la falta crónica de mecanismos para asegurar dicha distribución, y donde la constitución de grupos de gran tamaño no se considera posible, el desafío reside en apoyar a las comunidades para que haya cada vez más sistemas de seguro comunitarios, tomando los resguardos para que se facilite su agregación en grupos más grandes a medida que las condiciones del país así lo permitan. Esto debe hacerse a través de la labor conjunta con las comunidades para establecer sistemas comunitarios de distribución de riesgos, y a través del diálogo con el gobierno y otros interlocutores sociales nacionales e internacionales para influir en la creación de grandes grupos de distribución de riesgos y en el apoyo y administración de los sistemas comunitarios hacia mayores seguros en el futuro. Es útil propiciar la existencia de estos esquemas comunitarios como una opción disponible por el momento. Las evidencias actuales sugieren que aún cuando estos sistemas son muy frágiles en su viabilidad financiera y organizativa (Bennett y colaboradores, 1998; OIT-STEP y OPS, 1999), la existencia de seguros comunitarios es una mejor alternativa que su inexistencia, particularmente para los sectores que tienen alguna capacidad de aporte.

En este contexto institucional y económico distinguimos dos grupos de población:

- a) El grupo con capacidad de aportar y que, por razones institucionales y organizativas del contexto nacional o local, está excluido de cualesquiera de las tres dimensiones de la exclusión;
- b) el grupo sin capacidad de aportar a un PGS mínimo, eficaz y sostenible.

En el primer caso, y en un contexto organizativo e institucional donde no es posible que haya grandes grupos de distribución de riesgos, se consideran todas las causas de exclusión ya analizadas en este marco: desde la exclusión por utilización, ya sea por falla en la oferta o en la demanda, hasta la exclusión por falla en el financiamiento, particularmente en la organización de aseguramiento en salud. El esfuerzo se concentra en el apoyo a estas comunidades para eliminar las barreras para su participación en esquemas formales o, en ausencia de estos esquemas, para que establezcan sistemas comunitarios de seguro que les permitan mejorar simultáneamente los cuatro objetivos de diseño técnico propuestos en este marco y que son determinantes para lograr la inclusión. Los sistemas comunitarios son únicamente una opción frente a la ausencia de una alternativa de mejor distribución de riesgos, ya que su tamaño y fragmentación no les permiten cumplir eficientemente con los objetivos esperados en el financiamiento en un sistema de protección social en salud en particular, el de asegurar subsidios de equidad. El apoyo a estos sistemas debe ser considerado un medio de transición hacia modalidades de agregación de riesgo más eficientes y que aseguren verdaderamente la disponibilidad de subsidios de equidad a través del esfuerzo al menos del país, de lo contrario, sería condenar a estas comunidades a hacer fondo común de su pobreza.

La labor concreta en la lucha contra la exclusión en lo que respecta a apoyar a las comunidades para que formen y consoliden sistemas de distribución de riesgos debe estar centrada en fortalecer la capacidad de gestión de los sistemas (desde su instalación), particularmente en la definición del conjunto de prestaciones; la definición del aporte necesario para sostener el financiamiento de dicho conjunto; la gestión de la afiliación; la gestión financiera y la gestión de la compra. Según la experiencia del programa STEP y de otros actores, estas son las causas más importantes de falla de viabilidad de estos sistemas. Existe una causa adicional, de no viabilidad encontrada en los sistemas que pueden superar el problema de capacidad de gestión antes mencionado y con niveles de aporte relativamente suficientes para el financiamiento del conjunto de prestaciones. Esta causa radica en la ausencia de reaseguro y está estudiada exhaustivamente en el ámbito del proyecto conjunto de la OIT y del Banco Mundial sobre reaseguro de microseguros, ya mencionado y cuyos resultados serán utilizados extensamente por el programa STEP.

En el caso de la población sin capacidad de aporte y en ese mismo contexto nacional, el inicio de la solución pasa forzosamente por resolver el problema de poner a disposición un subsidio de equidad suficiente para financiar un PGS definido socialmente de acuerdo a los recursos disponibles (que son en general mínimos). Luego, es preciso abordar igualmente las dimensiones de sustentabilidad similares a las de la población con capacidad de aporte. En este caso, la falta de recaudación suficiente parece ser el

problema más difícil de superar, a juzgar por las evidencias disponibles, de acuerdo a la evidencia respecto a los sistemas comunitarios y a la estrategia de financiamiento público vía impuestos generales en países de bajos ingresos, donde esta limitación debe reconocerse abiertamente y podría ser encarada por la comunidad donante internacional a través de subsidios internacionales explícitos.

¿Cuál de las tres formas coexistentes de distribución de riesgos subsidiar internacionalmente en el caso de los países de bajos ingresos? ¿El ministerio de salud, la seguridad social, o los sistemas comunitarios? Habida cuenta de las enormes restricciones de capacidad organizativa e institucional que existen en estos contextos, este tema es aún objeto de controversia. La estrategia de experimentar con las tres modalidades, unida a un proceso serio y profundo de evaluación de los resultados de dicha experimentación, ha sido un proceso muy insuficiente hasta el momento, que el programa STEP intenta incrementar substancialmente.

La estrategia de programas sectoriales (conocida por la sigla en inglés SWAPS) responde en parte a la necesidad de transitar de proyectos de inversión centrados en la visión del donante, a un apoyo a la estrategia del gobierno nacional. Dicha estrategia es un paso en la dirección correcta en términos de subsidio de equidad de la comunidad internacional. Además del esfuerzo al respecto, puede ser útil llevar a cabo experiencias piloto de puesta en práctica de sistemas de seguro comunitario con subsidios de equidad en forma de primas subsidiadas para los sectores más pobres. El análisis y las recomendaciones de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS pueden ser una buena oportunidad para que la contribución de la comunidad donante internacional se dé, no sólo a través de subsidios a la oferta de servicios sino también en forma piloto, a través de subsidios a estos sistemas de aseguramiento y de garantías de reaseguro, en aquellos casos en que ese sea el problema principal de sustentabilidad, tal como indicado anteriormente.

En países de medianos ingresos, con mayor capacidad organizativa e institucional, que generalmente se caracterizan por una combinación de modalidades públicas y privadas de seguro y provisión de servicios de salud, y donde suele haber una cuantía significativa de subsidios de equidad por vía de gasto público en servicios de salud, el énfasis debe estar orientado a intensificar el diálogo de política con las autoridades gubernamentales y los otros interlocutores sociales. Esto con el fin de identificar las causas de exclusión y explorar soluciones que aprovechen el enorme esfuerzo ya existente en los países, en términos de seguridad social en salud, ministerio de salud y complementación público-privada. En estos contextos, es más factible establecer mayores grupos de distribución de riesgos y, por consiguiente, la lucha contra la exclusión debe concentrar el esfuerzo en dos tareas:

- a) Mejorar la eficiencia en la gestión del subsidio de equidad (particularmente la gestión pública de dicho subsidio);

- b) disminuir la fragmentación del grupo de distribución de riesgos, ya sea por vía de agregación organizativa, o por vía de agregación virtual modificando el marco institucional en los casos de tradición de múltiples grupos de distribución de riesgos (PGS común, mejora de la eficiencia de la “portabilidad” de subsidios, fortalecimiento de la reglamentación de protección al consumidor, etc.).

El programa STEP ya ha establecido convenios de asistencia técnica con algunos países de ingreso medio y está en vías concretar otros con el fin de apoyar sus esfuerzos en estas dos áreas de trabajo.

Para lograr sus objetivos, el programa STEP aspira a consolidarse como programa global del Sector de la Protección Social de la Organización Internacional del Trabajo, concentrándose en la lucha contra la exclusión social y en la extensión de la protección social en salud a través de la combinación sinérgica de la investigación empírica y conceptual, y de proyectos profundamente arraigados en el diálogo de política nacional, y en el nivel local y comunitario. A tales efectos, en el ámbito del programa STEP se trabaja para ampliar y mejorar todos los campos de su quehacer:

- ➔ Desarrollo del conocimiento a través de investigaciones y actividades empíricas a nivel nacional y local, en asociación con interlocutores internacionales;
- ➔ divulgación de conocimientos, contribuyendo a los esfuerzos de formación en el campo de la protección social en salud y al proceso mismo de diálogo de política;
- ➔ diálogo de política a nivel de países y comunidades, y con interlocutores internacionales, orientado a identificar la exclusión en sí, sus causas, y sus soluciones a nivel local y del país;
- ➔ experimentación de campo para aprender y explorar nuevos instrumentos de extensión de la protección social en salud;
- ➔ proyectos de asistencia técnica para contribuir a identificar la exclusión, su magnitud y sus múltiples causas, así como a buscar y poner en práctica las soluciones más apropiadas en función del contexto organizativo e institucional del país en cuestión.

El eje central de la inclusión en el marco propuesto es la garantía social del PGS. La integralidad y complejidad de dicha garantía depende de la capacidad de los países y de la decisión de la comunidad internacional de proporcionar financiamiento de subsidios de equidad en salud más allá de las fronteras. La labor del programa STEP consiste en contribuir a que los gobiernos y demás interlocutores sociales puedan establecer transiciones viables hacia el PGS, manteniendo claro en el horizonte, el objetivo de la inclusión más allá de los instrumentos que, forzosamente, irán cambiando con la tecnología y con las definiciones sociales.

En el ámbito del programa STEP del Sector de la Protección Social de la OIT, la lucha contra la exclusión es un compromiso constante con los objetivos y valores de siempre de la seguridad social en salud y en cuya consecución trabajamos incansablemente y con mente abierta, utilizando los instrumentos más útiles para encarar los problemas actuales.

Referencias bibliográficas

- Baeza, C. 1999. "Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI", en *Documentos para el Diálogo en Salud* (Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Investigación en Sistema de Salud), núm. 3.
- . 1998. *Taking Stock of Health Sector Reform in Latin America*, Documento de trabajo del Departamento de Desarrollo Humano de la Región de América Latina y el Caribe del Banco Mundial, presentado en la Semana del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.
- . 1996. *Economía de la Salud y la Organización de los Servicios*, Conferencia ante la Asociación Latinoamericana de Economistas de Salud, La Paz, Bolivia.
- . 1996. "Recursos Humanos, la Agenda pendiente en la Reforma del Sector Salud en América Latina", en la Revista del Programa de Administración en Salud de la Universidad de Chile (Santiago, Universidad de Chile).
- Baeza, C.; Copetta, C. 1999. *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y transferibilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile* (Santiago, Centro Latino Americano de Investigaciones en Sistemas de Salud y Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile).
- . 1999. *La separación de funciones en la modernización del sector público de salud: ¿Alternativa real a la privatización o nueva utopía del estatismo? Conceptos, avances y estado actual de experiencias internacionales representativas*, Documento de trabajo (Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud).
- Banco Mundial. 2001a. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la pobreza* (Washington DC).
- . 1997b. *Health, Population and Nutrition Strategy Paper* (Washington, DC).
- . 1997c. *Argentina: Facing the Challenge of Health Insurance Reform*, LASHD ESW, Report 16402-AR (Washington, DC).
- Barro, J. 1997. *Determinants of Economic Growth: A cross-country Empirical Study* (Cambridge, MA, MIT Press).
- Bennett, S.; Creese, A.; Monash, R. 1998. *Health Insurance schemes for people outside formal sector employment*, en ARA Paper núm. 16 (Ginebra, OMS).
- Bloom D.; Williamson, J. 1998. "Demographic Transition and Economic Miracles in Emerging Asia", en *The World Bank Economic Review* (Banco Mundial, Washington, DC), núm. 12.

- Enthoven, A. 1993: "The History and Principles of Managed Competition", en *Health Affairs*, núm. 12, págs. 24-48.
- . 1988. "Managed Competition of Alternative Delivery Systems", en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, núm. 13, págs. 305-321.
- . 1985. *Reflection on the Management of the National Health Service* (Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust).
- Harding, A.; Preker, A. 2000. *Innovations in Health Service Delivery: Corporatization in the hospital sector* (Baltimore, Johns Hopkins University Press).
- Jamison, D. y colaboradores. 1998. "Health's contribution to economic growth, 1965-1990", en *World Health Report 1998: Life in the 21 Century: a Vision for All* (Ginebra, OMS).
- Musgrove, P. 1999. "Public Spending on health care: how are different criteria related?", en *Health Policy*, núm. 47 (3), págs. 207-233.
- OIT. 2000. *Informe sobre el trabajo en el mundo 2000. La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación* (Ginebra).
- OIT-STEP. 2001. *The Integrated Insurance Scheme of the Self-employed Women's Association - SEWA* (Ginebra, STEP).
- . 2000. *Informe preliminar de la primera etapa del proyecto OIT-STEP/Ministerio de Salud de Argentina sobre la lucha contra la exclusión de la protección social en salud* (Washington, DC, STEP).
- . 2000. *Health Micro-Insurance: A compendium* (Ginebra, STEP).
- OIT; OPS. 1999. *El gasto de bolsillo en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud* (Ginebra, STEP, OPS).
- . 1999. *Síntesis de estudios de casos de regímenes de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina* (Ginebra, STEP, OPS).
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance* (Ginebra).
- Ovretveit, J. 1995. "Purchasing for Health. A Multidisciplinary Introduction to the Theory and Practice of Health Purchasing", en *Health Services Management Series*, editores: Ham and Heginbotham (Philadelphia, Open University Press).
- Preker, A. y colaboradores. 1999. *Health Financing Systems in Transition: Trends in Eastern Europe and Central Asia*, World Bank Technical Paper (Washington, DC, Banco Mundial).

- Shieber G.; Maeda, A. 1997. "A Curmudgeon's guide to financing health care in developing countries", presentado en la Conferencia del Banco Mundial *Innovations in Health Care Financing*, celebrada en Washington, DC, el 10 y 11 de marzo de 1997.
- SIEMPRO, 1997. *Encuesta de desarrollo social 1997. Condiciones de vida y acceso a programas y servicios sociales* (Buenos Aires, Argentina, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente).