Asociación Internacional de la Seguridad Social

Conferencia Regional Americana

Belize City, Belice, 28-31 de mayo de 2006

Integración de políticas de protección social para extender la cobertura: El rol de las instituciones de seguridad social

La extensión de la cobertura de salud en América Latina: problemas y políticas

Carmelo Mesa-Lago
Profesor Emérito
Universidad de Pittsburgh
Estados Unidos

ISSA/AMER/RC/BELIZE/06

La extensión de la cobertura de salud en América Latina: problemas y políticas

Carmelo Mesa-Lago
Profesor Emérito
Universidad de Pittsburgh
Estados Unidos

Introducción[1]

En los últimos 25 años y particularmente los últimos 15, virtualmente todos los 20 países de América Latina han reformado sus sistemas de salud, aunque con considerables diferencias en sus modelos, ámbito, profundidad y velocidad (véase Mesa-Lago, 2006). A pesar de dichas reformas, en la mitad de los países de la región la cobertura general de salud es insuficiente, mientras que la específica del seguro social promedia 53 por ciento de la población total (por debajo de la norma mínima de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)), fluctúa entre 7 y 34 por ciento de la población en diez países y se ha estancado o caído en al menos siete países. Este trabajo se divide en dos partes. La primera examina la transformación del mercado laboral y su impacto en la cobertura de salud en los países latinoamericanos; describe la cobertura legal de diversos grupos; estima la cobertura estadística de salud y sus tendencias, distinguiendo los tres sectores típicos en la región (público, seguro social y privado); apunta las diferencias de cobertura por áreas geográficas, etnias e ingreso; analiza las dificultades en incorporar a grupos del sector informal, la población de bajo ingreso, rural e indígena, trata brevemente el tema del acceso e identifica las causas de la baja cobertura. La segunda parte resume las recomendaciones para extender la cobertura hechas por los organismos internacionales y regionales, además propone políticas para expandir la protección en general y entre grupos vulnerables e identifica temas que requieren estadísticas y realizar investigación más profunda. A los efectos del análisis y la comparación, los 20 países se dividen en tres grupos basados en el tiempo en que comenzaron sus sistemas de seguridad social y el desarrollo alcanzada por ésta: 1) pionero-alto (Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay); 2) intermedio (Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela), y 3) tardío-bajo (El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana).

[1] Este trabajo está basado en el libro del autor. Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: Su Impacto en los Principios de la Seguridad Social (Santiago: CEPAL/GTZ, 2006). El trabajo resume y reestructura las secciones pertinentes, con cambios y adiciones, así como nueva información y bibliografía.

Análisis de la cobertura de salud y sus problemas

Composición y transformación del mercado laboral: impacto en la cobertura

Desde la década de los años ochenta, el sector formal urbano ha disminuido en América Latina a par que ha crecido el sector informal, creando un reto fundamental no sólo para extender la cobertura del seguro social sino para mantenerla, debido a que la inmensa mayoría de los trabajadores informales está excluida o tiene una afiliación minúscula. El sector informal incluye mano de obra no calificada o independiente (cuenta propia), o doméstica o empleada en microempresas, siempre con baja productividad. El sector informal aumentó de 42 por ciento del empleo urbano en la región en 1990 a 47 por ciento en 2001, debido a la reducción del empleo público formal, del crecimiento del empleo en grandes empresas a ritmo inferior al aumento de la fuerza laboral, del aumento del empleo en microempresas, servicio doméstico y trabajo independiente, y la flexibilización o terciarización laboral.

El sector informal como porcentaje de la fuerza laboral urbana ocupada promedia 47 por ciento, fluctuando de 29-43 por ciento (de menor a mayor) en Chile, Costa Rica, Panamá, Argentina, Brasil y Uruguay (países del grupo pionero-alto y uno intermedio), a 50-63 por ciento en Ecuador, Guatemala, Paraguay, Venezuela, Honduras, Nicaragua, Perú y Bolivia (países del grupo tardío-bajo excepto dos del grupo intermedio) (cuadro 1). El segmento más importante del sector informal es el de los trabajadores independientes, que relativo a la fuerza laboral empleada promedia 31 por ciento y oscila de 20-26 por ciento en Chile, Costa Rica, Uruguay, Panamá, México, Argentina y Brasil (grupo pionero-alto excepto dos del grupo intermedio), a 34-46 por ciento en Guatemala, Ecuador, Venezuela, Nicaragua, República Dominicana, Honduras, Perú, Colombia y Bolivia (grupos tardío-bajo e intermedio). La falta de empleador, el trabajo inestable y de bajo ingreso, la dispersión y la obligación de pagar una cotización igual a los porcentajes del trabajador asalariado y el empleador, hacen muy difícil la cobertura de este segmento. La escasa información disponible sobre los servidores domésticos indica que es mucho menor, proporcionalmente, que el de los independientes. No hay información estadística sobre el porcentaje de empleados en microempresas porque la mayoría de ellas son informales y es muy difícil detectarlas y controlar su cumplimiento; generalmente el seguro social da prioridad al registro y cobro de las empresas grandes y medianas en menoscabo de las pequeñas. Los trabajadores a domicilio, estacionales, a tiempo parcial y sin contrato, y los familiares sin remuneración, carecen de empleador o su empleo es inestable o laboran en una empresa familiar, por lo que son tan difíciles de identificar y afiliar como los independientes.

Cuadro 1

Contrariamente al sector informal urbano, la proporción rural en la fuerza laboral total ha disminuido en la región, aún así en los países del grupo tardío-bajo la población rural y la fuerza laboral agrícola fluctúan entre 29 y 55 por ciento. Además, el componente independiente o familiar remunerado como porcentaje de la fuerza laboral rural aún es predominante, ya que varía entre 45 y 86 por ciento en todos los países, excepto Costa Rica y Chile (29 y 33 por ciento, respectivamente). Este sector es también muy difícil de cubrir, debido a que la mayoría son campesinos, trabajadores estacionales o independientes, aparceros o precaristas, todos usualmente ocupados en agricultura de subsistencia, por lo que no tienen empleador o sólo por algunos meses del año y sus ingresos son ínfimos; además su dispersión hace muy difícil la incorporación. Por último, la

incidencia de pobreza en la región promedia 44 por ciento y oscila de 15-38 por ciento en los países del grupo pionero-alto (es mayor en Argentina debido a la crisis) a 45-77 por ciento en el resto, especialmente alta en el grupo tardío-bajo, y los pobres están excluidos en la mayoría de los países (cuadro 1).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2003) ha desarrollado una nueva metodología para determinar el nivel de protección social en el mercado laboral latinoamericano, basada en encuestas de hogares tomadas entre 1992 y 2002 en siete países: dos del grupo pionero alto (Argentina y Chile), tres del grupo intermedio (Bolivia, Ecuador y Perú) y dos del grupo tardío-bajo (Guatemala y Nicaragua). La metodología registra distintos niveles de protección social de acuerdo con el grado de vulnerabilidad que se determina por la condición laboral del trabajador, a su vez tipificada por tres variables: el tipo de ocupación (empleador, asalariado, independiente, sin salario y desocupado), el tipo de empresa o sector (grande, pequeña y pública), y la calificación (profesional o no profesional). A partir de esta clasificación se identifican siete grupos de trabajadores y se ordena su grado de protección social de mayor a menor como sigue: los cuatro primeros grupos son de baja vulnerabilidad y mayor protección social (empleador, asalariado en empresa grande, asalariado en sector público e independiente profesional) y los otros tres grupos son de alta vulnerabilidad y menor protección social (asalariado en empresa pequeña incluyendo trabajador doméstico, independiente no calificado, sin salario, y desocupado). La elaboración de estadísticas para medir la cobertura del seguro de salud es muy difícil por las encuestas, debido a que los sistemas de salud son muy distintos y las preguntas no siempre estaban normalizadas (Gasparini y Betranou, 2005; ver estimados de cobertura más abajo).

Cobertura legal

Las constituciones y leyes de seguridad social o de salud de virtualmente todos los países de la región establecen el derecho a la cobertura de salud, usualmente con carácter universal y gratuito para los no asegurados, pero en más de la mitad de los países esta obligación no se cumple en la práctica. El cuadro 2 muestra la cobertura obligatoria del seguro social estipulada en la ley (explica también cuando es voluntaria e identifica legislación en curso para hacerla obligatoria) de los siguientes seis grupos: trabajadores asalariados del sector formal (distinguiendo cuando se cubre legalmente a todos o sólo a parte de ellos); dos tipos de trabajadores en el sector informal urbano (independientes y domésticos); el sector rural-agrícola; los familiares dependientes del asegurado (cónyuge e hijos), y los pensionados.

Cuadro 2

Todos los asalariados tienen cobertura legal obligatoria (incluyendo a domésticos y agrícolas) en los seis países del grupo pionero-alto; también la tienen, con algunas excepciones, cinco países del grupo intermedio (Colombia, México, Panamá, Perú y Venezuela); en Ecuador no se ejecuta la cobertura de domésticos; Bolivia excluye a los domésticos y agrícolas. Todos los países del grupo tardío-bajo (en Haití virtualmente no hay seguro social) cubren sólo a parte de los asalariados, porque el seguro opera sólo en algunas regiones del país y y/o excluye a los agrícolas y domésticos legalmente o en la práctica. Los trabajadores independientes tienen cobertura legal obligatoria en sólo tres países Brasil, Colombia y Cuba (en Paraguay la ley no se ejecuta y en Argentina sólo parte está obligado); son excluidos en tres países (El Salvador, Guatemala y Haití) y tienen cobertura voluntaria en los 12 restantes. En Costa Rica los independientes de bajo ingreso reciben subsidios fiscales; leyes recientes o proyectos de ley (la mayoría no implementado

aún) hacen obligatoria la cobertura de los independientes en Costa Rica, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

Los servidores domésticos tienen cobertura obligatoria en 13 países (aunque en tres es poco efectiva), voluntaria en uno y son excluidos en seis; estos trabajadores tienen empleador pero muchos carecen de contrato y, aún cuando existe, es muy difícil reclamar la cotización del empleador o el salario es muy bajo y el doméstico colabora con el empleador para evadir. Los trabajadores agrícolas están excluidos en la mitad de los países, la otra mitad cubre principalmente a los asalariados en grandes plantaciones y en algunos países a los miembros de cooperativas agrícolas; los campesinos independientes, precaristas, aparceros y otros similares no están cubiertos, salvo tres excepciones: el programa de seguro campesino del seguro social en Ecuador; el programa IMSS-Oportunidades que cubre también a campesinos del programa principal de seguro social en México, y el seguro agrario en Perú que cubre a los independientes. El cónyuge (usualmente mujer) y los hijos dependientes del asegurado están obligatoriamente cubiertos en todos los países (salvo Haití) pero con restricciones importantes, especialmente en los países del grupo tardío-bajo. Por ejemplo, en cinco países la cónyuge sólo tiene cobertura de maternidad pero no de enfermedad (lo opuesto en otro país), y en seis países los hijos mayores de entre uno y doce años no están cubiertos. Los pensionados están cubiertos en todos los países aunque con restricciones en dos.

Los trabajadores familiares no remunerados, empleados en microempresas, a domicilio, estacionales, a tiempo parcial y sin contrato están excluidos de cobertura legal o ésta se concede sólo voluntariamente o bajo ciertas condiciones a sólo parte del grupo. En la mayoría de los países la ley fija un mínimo de empleados de una empresa (usualmente entre 5 y 10) para que ésta quede obligada a la afiliación de sus empleados y deducción de las cotizaciones. Las reformas han extendido la cobertura legal en sólo cinco países: Brasil, Colombia, Cuba, Nicaragua y la República Dominicana (en la última la reforma sólo está parcialmente en vigor), en los otros países no se han introducido cambios legales de importancia en la cobertura. Sólo una minoría de las reformas estableció metas de cobertura; en Colombia la meta de 100 por ciento de cobertura en 2001 no se cumplió.

En la inmensa mayoría de los países el sector público (usualmente el ministerio de salud) cubre a la población sin recursos no asegurada ni por el seguro social ni por el sector privado; el último comprende tres tipos. Entidades con fines de lucro (medicina prepaga, seguros, hospitales, clínicas y profesionales) que atienden a la población de ingreso alto y medio-superior, especialmente en las zonas urbanas, pero también a la población de bajo ingreso que no tiene acceso efectivo al sector público en los países menos desarrollados y que paga de su bolsillo con gran sacrificio y efectos regresivos en la distribución. Los proveedores sin fines de lucro son las ONG, iglesias, patronatos, etc., y atienden a la población pobre y de bajo ingreso. Por último la medicina tradicional, importante en al menos seis países del área andina y centroamericana, asiste a la población pobre, especialmente indígena.

Estimados de cobertura estadística y tendencias

El cuadro 3 exhibe estimados del porcentaje de cobertura estadística de la población total en 19 países, indicando el año y la distribución entre los sectores público, de seguro social (programa principal) y privado, así como en "otros" (programas menores separados de seguro social para funcionarios públicos, fuerzas armadas, etc.). Los estimados están basados principalmente en estadísticas provistas por instituciones o por encuestas de hogares en unos pocos países. La veracidad de los cálculos es reducida considerablemente

por lo problemas siguientes: 1) no existen series históricas de cobertura estadística en la región, no hay estadísticas en Cuba y hay sólo estimados gruesos (y a veces incompletos) en Bolivia, Ecuador, Haití, Perú, República Dominicana y Venezuela; 2) no hay estimados de cobertura efectiva del sector público en cinco países; 3) es imposible o muy difícil estimar el sector privado en cinco países y la categoría "otros" en siete países; 4) ocurre una sobreestimación por doble cobertura del seguro social y/o la cobertura total en cuatro países; 5) hay cifras dudosas o poco confiables sobre los asegurados totales (y no asegurados) en tres países; 6) los estimados son entre cinco y once años viejos en ocho países, y sólo en tres hay datos para 2003-2004; 7) hay contradicciones notables entre diversos estimados, a veces procedentes de la misma fuente y documento, y 8) faltan criterios uniformes en las encuestas para categorizar los diversos segmentos de la población cubiertos por los tres sectores (para análisis y detalles véase Mesa-Lago).

Cuadro 3

Teniendo en cuenta las reservas anteriores, los cuadros 1 y 3 sugieren que a más antigüedad del sistema de seguridad social y mayor el tamaño del sector formal, mayor la cobertura de la población total y viceversa. También parece haber una correlación directa entre nivel de desarrollo socioeconómico y cobertura. Los países con la mayor cobertura entre 2000 y 2004 (86 a 100 por ciento) son los cinco del grupo pionero-alto y probablemente Cuba aunque se carece de estadísticas. Los dos países más avanzados del grupo intermedio también parecen tener cobertura universal (México y Panamá); en Colombia la cobertura puede ser 100 ó 53 por ciento según se incluya o excluya a la población que aún está supuestamente "vinculada" a los hospitales públicos, mientras que en Bolivia, Ecuador y Perú la cobertura disminuye a 66-73 por ciento. En el grupo tardío-bajo, la cobertura es 57-68 por ciento en cinco países (El Salvador, Haití, Paraguay, Honduras y Nicaragua) y en otros dos es mayor (72 por ciento y 84 por ciento en Guatemala y República Dominicana, ambos con cifras cuestionables).

Realmente, no es posible hacer un estimado de la cobertura total (tres sectores más "otros") debido a la incertidumbre sobre la cobertura efectiva del sector público y la falta de cifras sobre "otros" programas en siete países. Menos factible aún es contrastar la cobertura total antes y después de la reforma debido a las mismas razones y porque sólo hay datos comparables en la mitad de los países y no siempre la primera observación corresponde al año anterior a la reforma. Los cambios en la afiliación entre los sectores antes y después de la reforma (Colombia) o la considerable multiplicidad de seguros que existía previa a la reforma (Chile) también obstaculizan la comparación[2]. Pero si es posible estimar la cobertura del seguro social en 2000-2004 (Bolivia en 1997, Ecuador en 1994 y Cuba excluida) y compararla antes y después de la reforma. Había alrededor de 248 millones de asegurados y el promedio regional de la cobertura del seguro social, ponderado por la población, era 53 por ciento; substrayendo a Brasil, que concentra casi la mitad del total de asegurados, el promedio disminuía a 41 por ciento[3]. Ambas cifras quedaban por debajo de la norma mínima de la OIT de 75 por ciento de la población residente; pero debe tenerse en cuenta que hay una parte importante de la población cubierta por el sector público y en menor medida por el sector privado y "otros". La cobertura del seguro social aumentó de

[2] La comparación poco confiable en siete países sobre la cobertura de la población total antes de la reforma y en 2000-2004 (cuadro 3) muestra: no cambio en cuatro: Argentina, Costa Rica, México y Panamá (todos con cobertura universal antes de la reforma); incremento en tres: Chile y Uruguay (ambos cercanos a la cobertura universal antes de la reforma), y Guatemala. En Colombia ocurrió un incremento o declive según se ha explicado. En Brasil, no hay cifras antes de la reforma pero cobertura universal en 1998-2003.

[3] Si se añade "otros" (seguros sociales menores separados) disponible en siete países, el promedio aumenta a 46 ó 42 por ciento sin Brasil, aún así por debajo de la norma mínima.

61 por ciento en 1980 a 64 por ciento en 1990, pero descendió a 53 por ciento en 2000-2004; excluyendo al Brasil (seguro social en 1980-1990, después sector público), los promedios disminuían a 43, 52 y 41 por ciento, respectivamente. Alrededor de 59 millones de personas ó 11,5 por ciento de la población estaba cubierta por el sector privado.

Las tendencias de la cobertura por sectores y países sólo pueden ser detectadas en un número limitado de casos: la del sector público, la más incierta (ocho países), cayó en cinco, aumentó en dos y no varió en uno; la del seguro social incluyendo la combinación con el público en Chile (diez países) cayó en tres, aumentó en tres y se estancó en cuatro; y la del privado (seis países), aumentó en cuatro (donde se contrajo la cobertura del público o del seguro social) y se estancó en dos. Aunque se necesita mejor información y de más países, estas cifras sugieren una caída en la cobertura del sector público, estancamiento o caída en el seguro social y aumento en el sector privado.

Las encuestas de hogares utilizadas por la OIT (2003) en su nueva metodología para medir la cobertura de salud en la fuerza laboral permiten estimaciones y comparaciones entre 1994-1998 y 2000-2004. El grado de cobertura en el grupo pionero-alto es 56 y 87 por ciento (Argentina y Chile); en el intermedio fluctúa de 15 a 52 por ciento (Bolivia, Ecuador, Perú y Panamá), y en el tardío-bajo es de 16 y 26 por ciento (Nicaragua y Guatemala). En siete países es posible comparar el cambio de cobertura entre los dos años de observación con los resultados siguientes: caída en tres (Argentina, Bolivia y Perú); aumento en tres (Chile, Ecuador–1994-1998, y Nicaragua), y estancamiento en uno (Panamá[4]).

Diferencias en la cobertura por área geográfica, etnia y nivel de ingreso

Cuatro países carecen de cifras sobre diferencias en la cobertura geográfica y otros cinco sólo la tienen parcialmente; la información sobre la cobertura de la población indígena es muy rara. La razón extrema entre las áreas geográficas mejor y peor cubiertas por el seguro social fue como sigue: nula o muy pequeña en Costa Rica, Cuba y Uruguay; 1,2 veces en Brasil (en el paquete básico), 1,4 en Argentina y Chile, 2 en Colombia, 5 en Panamá, 38 en Paraguay, 107 en Ecuador, 350 en Honduras y 400 en Nicaragua (nótese que la desigualdad es menor en el grupo pionero-alto y mayor en el grupo tardío-bajo). Las áreas geográficas mejor cubiertas son las más desarrolladas y urbanizadas, mientras que las peor o no cubiertas son las menos desarrolladas, rurales y pobres. En los países con una proporción considerable de población indígena, ésta se concentra en las áreas más pobres, rurales y peor cubiertas. Sólo se logró información comparativa en el impacto de las reformas en las diferencias en la cobertura en Colombia: la razón extrema entre el departamento mejor y peor cubierto bajó de 2,8 a 2 veces entre 1993 y 2003, mientras que la razón en las diferencias urbano-rurales disminuyó de 4,4 a 1,3 veces. No obstante, se incrementaron las diferencias entre las cabeceras urbanas y las rurales y había desigualdades en cuanto a necesidades satisfechas en el régimen subsidiado.

Estadísticas de 12 países sobre la población cubierta por el seguro social por quintiles de ingreso en 1996-2002 demuestran que según aumenta el ingreso también se incrementa la

[4] Encuestas de 14 países en 2000-2003, miden la cobertura de la fuerza laboral en prestaciones monetarias (principalmente pensiones) como sigue (los países son ordenados de menor a mayor cobertura): pionero-alto de 35 a 58 por ciento en Argentina, Brasil, Costa Rica, Uruguay y Chile; intermedio de 10 a 38 por ciento en Bolivia, Perú, Ecuador, Venezuela y México, y tardío-bajo de 14 a 30 por ciento en Paraguay, Nicaragua, Guatemala y El Salvador (Rofman, 2005). Una comparación en la cobertura de salud con la de pensiones, en los siete países en que es posible, muestra que la primera es mayor que la segunda en cinco y menor en dos.

cobertura del seguro social y viceversa[5]. Además en cuatro países (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana), esa tendencia se acentúa mucho más respecto a la cobertura por el sector privado; cifras de Brasil muestran una relación igualmente positiva entre escolaridad y uso de los servicios privados, y las de Chile indican que según aumenta la edad se reduce la cobertura privada y crece la pública. Aunque hace falta más información de otros países, lo anterior plantea dudas sobre la capacidad del sector privado para extender la cobertura entre los grupos de menor ingreso y educación, y entre los de mayor edad. La comparación del impacto de la reforma en la distribución de la cobertura por quintiles es sólo posible en dos países: en Colombia: aumentaron notablemente los porcentajes de cobertura en todos los quintiles en 1993-1997, pero todos descendieron en 2000 aunque estaban todavía por encima del nivel de 1993; en Bolivia la cobertura en todos los quintiles de ingreso cayó en 1996-2000.

Cobertura de grupos difíciles de incorporar

La cobertura de los trabajadores independientes usualmente se da como porcentaje del total de afiliados al programa principal de seguro social, por ejemplo, 0,4 por ciento en Nicaragua, 1 por ciento en Honduras y México, 2 por ciento en Perú, 4 por ciento en Colombia, 5 por ciento en Ecuador y 6 por ciento en Argentina. En todos estos países la cobertura es voluntaria excepto en Colombia, cuya meta de incorporar a 80 por ciento de los independientes en 2000 (con el incentivo de una cotización solidaria) no se cumplió; en Argentina sólo los pequeños empresarios (monotributistas) que están obligados son los afiliados a los seguros sociales y el resto está cubierto por el sector público. En Brasil la incorporación de los independientes es obligatoria legalmente y, como hay virtualmente cobertura universal, se asume que todos están cubiertos. En Cuba toda la población oficialmente está cubierta por el sector público incluyendo a los independientes pues no se discrimina por ocupación. En Chile la cobertura es voluntaria y sólo 1,7 por ciento del total asegurado en el sector privado es independiente; sin embargo, todos los independientes indigentes pueden recibir atención gratuita en el sector público-seguro social que cubre a la mayoría de ellos. Costa Rica también tiene cobertura voluntaria pero el seguro social cubre a 45 por ciento de los independientes porque el Estado subsidia a los de menor ingreso pagando toda o parte de la cotización patronal. En Uruguay 45 por ciento de los independientes está protegido por el sector público, 28 por ciento por las mutualidades y 5 por ciento por el sector privado y otros. La OIT (2003) estimó la cobertura por el seguro social de los independientes no calificados en 2000-2002 como sigue: 3 por ciento en Nicaragua, 4 por ciento en Guatemala, 7 por ciento en Bolivia, 12 por ciento en Perú, 17 por ciento en Ecuador, 36 por ciento en Argentina y 74 por ciento en Chile – virtualmente todos en el sector público-seguro social (todos estos países tienen cobertura voluntaria[6]). Es difícil hacer inferencias sobre los efectos de la obligatoriedad en la protección debido a que sólo tres países tienen cobertura legal obligatoria y únicamente en dos de ellos parece ser efectiva, pero todos los independientes parecen estar cubiertos en esos dos países mientras que sólo entre 3 y 36 por ciento (con una excepción) en los países que tienen cobertura voluntaria. La inmensa mayoría de estos trabajadores está cubierto por el sector público (publico-seguro social en Chile), salvo en Costa Rica donde casi la mitad de los

[5] La cobertura en los quintiles de menor ingreso ha sido sobreestimada en la mayoría de los países: las estadísticas de acceso son menores a las de cobertura; la incidencia de pobreza es de tal magnitud que hace imposible la cobertura en el quintil más pobre; y las estadísticas de cobertura del seguro social y procedentes de encuestas de hogares son muy inferiores a las de cobertura estadística en los dos quintiles más pobres.

[6] La cobertura de salud más alta la tuvieron los empleados del sector público (de 68 a 93 por ciento) seguidos por los de empresas grandes (de 39 a 94 por ciento).

independientes está afiliado al seguro social, aunque la cobertura es voluntaria, debido al subsidio fiscal.

La obligatoriedad legal en la cobertura de los servidores domésticos en 13 países no parece ser efectiva como muestran las escasas cifras disponibles: 3 por ciento en Paraguay, 11 por ciento en Panamá, 13 por ciento en Ecuador, 27 por ciento en Colombia y 31 por ciento en Uruguay. La mitad de los países excluye legalmente a los trabajadores agrícolas y no es de extrañar que haya pocas cifras de cobertura: 1,5 por ciento en Ecuador (pero 20 por ciento de la población rural protegida por el seguro campesino), 3-6 por ciento en México (pero 10 por ciento de la población total cubierta por IMSS-Oportunidades) y 2 por ciento en Honduras. La OIT (2003) estimó la cobertura de los empleados de microempresas en 2000-2002 como sigue: 5 por ciento en Nicaragua, 7 por ciento en Bolivia, 12 por ciento en Guatemala y Perú, 20 por ciento en Ecuador, 42 por ciento en Argentina y 88 por ciento en Chile.

Acceso y utilización

La información sobre acceso en 17 países es muy diversa y no la hay en tres países. Encuestas recientes muestran que entre 4 y 62 por ciento de la población que se enfermó o accidentó no procuró atención; dicho porcentaje era menor en el grupo pionero-alto y mayor en el tardío-bajo (de Uruguay a la República Dominicana). Las razones más frecuentemente dadas para no atenderse en siete países fueron: falta de dinero, unidad de atención muy lejana o larga cola o espera, automedicación o utilización de remedios caseros, dolencia percibida como menor, falta de atención o atención deficiente o de confianza en la misma, falta de medicinas o médico, muy cara la atención, no le dieron turno o no lo atendieron o los trámites eran complejos, y falta de información. De los que consultaron, la mayoría acudió al sector público, pero entre 32 y 54 por ciento recurrió al sector privado por falta de acceso al sector público en cinco países del grupo tardío-bajo; la proporción menor se atendió en el seguro social, y 40-48 por ciento se trató por medicina tradicional en dos países.

Información de algunos países indica que el acceso en las zonas rurales es mucho menor que en las zonas urbanas y la capital; el acceso medido por encuestas es inferior a la cobertura del seguro social; el acceso de los que tienen recursos es inmediato pero los que no tienen recursos deben esperar largo tiempo; hay una alta correlación entre el ingreso y el uso de los servicios; y el acceso de los familiares dependientes es mucho menor que el de los asegurados (a veces debido a las restricciones impuestas a cónyuges e hijos). El acceso de la población indígena es el peor en cuatro países: entre 30 y 90 por ciento usa la medicina tradicional o auto-tratamiento; el acceso de los indígenas es la mitad del acceso al seguro social de la población no indígena; 54 por ciento no tiene acceso a agua potable en la vivienda y 79 por ciento carece de tanque séptico. Evidencia de cinco países muestra que el paquete básico ha sido un factor importante en facilitar y extender el acceso, pero con ciertos problemas serios: un tercio de la población no tiene acceso; persisten las barreras geográficas y étnicas; ha mejorado el acceso al primer nivel pero hay dificultades con la referencia y contrarreferencia; virtual acceso de la población al primer nivel de atención por el médico de familia pero éste carece de medicinas básicas, etc.

Causas de la baja cobertura e incumplimiento de metas

La baja cobertura en la mitad de los países, los siete del grupo tardío-bajo (El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana) y al menos tres del grupo intermedio (Bolivia, Ecuador y Perú – y probablemente Venezuela) se debe a

factores externos e internos. Los externos son: macroeconómicos (nivel de desarrollo, incidencia de pobreza), composición de la fuerza laboral (largo sector informal, alto desempleo y subempleo), políticos (inestabilidad, falta de compromiso, crisis), culturales (analfabetismo, diferencias lingüísticas), sociales (inequidad de etnias y género), geográficos (larga población rural, zonas de pobre desarrollo), y financieros (escasez de recursos fiscales, baja capacidad tributaria). El sistema de salud o modelo de provisión no es neutro sino que determina el grado de exclusión, por ejemplo, un sistema segmentado o altamente segmentado sin coordinación, regulación débil y baja solidaridad es típico de todos esos países. El grupo tardío-bajo sufrió un rezago en la introducción del seguro social y en algunos países aún no se ha extendido a todas las áreas geográficas del país, tampoco han logrado coordinar o integrar sus sistemas y la mayoría tiene una población indígena-rural extensa. También los mecanismos de asignación y distribución de recursos han jugado un papel negativo en la cobertura, como el gasto superior de los sectores de seguro social y privado en relación con el sector público que tiene a su cargo la cobertura de la mayoría de la población pero recursos insuficientes, y la magnitud del gasto de bolsillo entre los grupos de bajo ingreso; la ausencia o insuficiencia de regulación de estos problemas agrava la situación.

Por lo contrario, en los países del grupo pionero-alto, el seguro social se desarrolló temprano y extendió su ámbito, también varios de ellos coordinaron o integraron sus sistemas e infundieron elementos de solidaridad. Este grupo ha logrado la cobertura universal con diversas organizaciones del sistema de salud y tipos de financiamiento, por ejemplo: dual, principalmente público y provisión en parte privada, financiado con impuestos y transferencias fiscales (Brasil); seguro social unificado financiado con cotizaciones y subsidio fiscal para cubrir a los pobres, con provisión privada pequeña (Costa Rica); totalmente público y unificado, financiado por el presupuesto estatal (Cuba); dual coordinado, público-seguro social y privado, financiado por cotizaciones y aportes fiscales (Chile); tripartito con la provisión parte por el seguro social y parte por entidades mutualistas o cooperativas privadas sin ánimo de lucro, y financiado por cotizaciones, subsidios fiscales y primas (Uruguay). Estos países tienen también factores externos positivos que ha facilitado la extensión: relativamente alto desarrollo y sector formal, baja incidencia de pobreza y analfabetismo, estabilidad política y compromiso del gobierno para extender la cobertura, y ausencia de una significativa población indígena (salvo Brasil y Chile).

Los factores que impidieron el cumplimiento de la meta de cobertura universal en Colombia en 2001 fueron: falta de consenso político; recesión económica y alto desempleo en parte causado por la guerra civil; gasto público de salud insuficiente e incapacidad para cambiar los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda; posposición de la entrada del régimen subsidiado para incorporar a la población pobre y de bajo ingreso, así como retraso y recorte en la asignación de sus recursos; inadecuado sistema de información para determinar la población pobre elegible para recibir subsidios (los municipios menos desarrollados identificaron una proporción mucho menor que la capital); desvío de recursos inicialmente asignados a los pobres para aumentar los salarios del personal médico; y régimen contributivo cada vez más excluyente debido a restricciones y afectado por creciente evasión, morosidad y subdeclaración.

Políticas para extender la cobertura de salud

Necesidad de desarrollar estadísticas fidedignas de cobertura

En vista al vacío fundamental sobre cálculos de cobertura es crucial que todos los organismos internacionales y regionales que se dedican a la salud unan esfuerzos de manera coordinada para desarrollar series estadísticas normalizadas y confiables sobre la cobertura poblacional y su evolución a través del tiempo por los tres sectores y tipo de trabajo del asegurado, así como de sus familiares dependientes que están cubiertos, con información pertinente de todos ellos. La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS, 2003) hizo un estudio en 2003 con cálculos de la cobertura de 15 países del mundo, incluyendo Costa Rica, México y Uruguay. La OIT (2001) ha realizado 20 casos de estudio de cobertura (incluyendo a varios países latinoamericanos) y la Conferencia Internacional de 2001 dio máxima prioridad a la extensión de la cobertura y a la necesidad de compilar estadísticas. A ese efecto varios mecanismos deberían ser establecidos en el seguro social, el ministerio de salud y otras instituciones clave de salud: un sistema moderno e integrado de información, un registro unificado de todos los asegurados (directos o indirectos-dependientes) y sus características, revisado periódicamente, ambos mecanismos han de ser desconcentrados para capturar y actualizar los datos en todos los puntos de contacto con el afiliado, y un carné de identidad único para todos los asegurados con información básica. Es sorprendente que en la mitad de los países existan series estadísticas normalizadas, publicadas semestralmente por una asociación regional, sobre la cobertura, finanzas y administración en las pensiones privadas pero, a pesar del desarrollo del sector privado de salud en muchos de estos países, no haya siquiera estimados del número de sus asegurados o usuarios (Chile es una excepción), lo cual debería ser obligatorio para el sistema general de información, y con el fin de desarrollar un mejor control y supervisión de los servicios privados. Por último las encuestas de hogares deberían de incluir preguntas normalizadas para detectar quienes son los excluidos (sin cobertura ni acceso) a la atención de salud y sus características (económicas, sociales, sanitarias, etc.), lo cual es imprescindible para diseñar políticas de extensión, estimar los costos de la misma y definir prioridades.

Enfoques de organismos internacionales y regionales para lograr la universalidad

Entre los organismos internacionales y regionales envueltos en la salud hay varios enfoques generales diversos de políticas para extender la protección o cobertura que se resumen a continuación.

La OIT recomienda tres formas complementarias de protección: el seguro y la asistencia social como mecanismos convencionales; la promoción de programas descentralizados independientes, basados en la iniciativa local o comunal, auto-financiados y auto-gestionados (especialmente el microseguro), y el diseño de mecanismos que conecten todas las formas de protección social. En los países en desarrollo de ingreso medio (los del grupo pionero-alto y varios del grupo intermedio en América Latina) el Estado y el seguro social juegan un papel central, aunque es necesario adaptar el seguro para incorporar a grupos de trabajadores como los independientes y otorgar subsidios para proteger a grupos de bajo ingreso que no están asegurados. En los países de bajo ingreso (los del grupo tardío-bajo en la región), la capacidad de extender la cobertura del Estado y el seguro social es limitada, el seguro debe reestructurarse para mejorar la cobertura de sus asegurados, pero los mecanismos descentralizados tienen el mayor potencial. La OIT y la OPS han

firmado un acuerdo para promover una iniciativa regional que apoye a los países miembros en sus esfuerzos para extender la protección social en salud a los grupos excluidos y garantizar el acceso universal a los servicios, de forma independiente a la capacidad de pago de las personas (Cruz-Saco, 2002; Reynaud, 2002; OIT, 2001b; Ginneken, 2003).

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS, 2002a) aconseja que las autoridades sanitarias garanticen a toda la población cobertura básica universal, con independencia de su capacidad de pago, para disminuir las desigualdades en el acceso a servicios de salud necesarios y de calidad, para lo cual hay que proveer cobertura efectiva a los grupos excluidos, especialmente los del sector informal y los marginados. A ese efecto sugiere utilizar modalidades, a veces combinadas, de cinco estrategias practicadas en la región, cuyas bondades y limitaciones se resumen a continuación, con algunos ejemplos exitosos apuntados por el autor. 1) Seguro social no contributivo para los pobres y grupos de bajo ingreso, los cuales pueden tener éxito a corto plazo pero carecen de sostenibilidad financiera a largo plazo, porque usualmente son financiados con fondos externos temporales, no están propiamente integrados al sistema general de salud y ofrecen atención desigual. Costa Rica es un ejemplo exitoso ya que su programa no contributivo es financiado con transferencias fiscales, está integrado al sector unificado de seguro social, no discrimina en el trato y lleva más de 30 años en funcionamiento. 2) Seguro voluntario con subsidios fiscales para ciertos grupos de la población, estos funcionan mientras el gobierno continúa proporcionando los fondos necesarios y pueden también proveer atención de salud inferior a la del sistema general. El programa costarricense de subsidios a los trabajadores por cuenta propia de bajo ingreso que se afilian voluntariamente al seguro social ha tenido éxito, ya que ha logrado la segunda cobertura más alta de este grupo en la región, no adolece de trato diferenciado y lleva muchos años operando. 3) Programa comunitario administrado por los propios usuarios en áreas que sufren exclusión notable y donde no han tenido éxito los seguros convencionales, la ventaja de estos es su adaptación a las necesidades de la comunidad y la autogestión, pero requieren coordinación adecuada con los servicios públicos, fuentes diversas y sustentables de financiamiento y capacidad gestora. 4) Sistema público al que accede la mayoría de la población, usualmente combinado con un programa privado complementario, con diversas fuentes de financiamiento (incluyendo cotizaciones e impuestos); su principal limitante es la falta de acceso garantizado a niveles superiores. El sistema unificado de salud en Brasil es un ejemplo exitoso de la combinación público con privado complementario, y el de Chile de la combinación público-seguro social y privado alternativo; también el sistema nacional de salud público de Cuba, pero sin privado complementario o alternativo. 5) Expansión de servicios específicos a ciertos grupos de la población, un enfoque factible a corto plazo pero con el limitante de su escasa sostenibilidad. La OPS también recomienda cambiar el énfasis a favor de la promoción de la salud y la atención primaria, garantizando la continuidad de la atención entre niveles y sectores y reforzando la demanda de la población con mayor riesgo de exclusión.

El Banco Mundial (1993), en un primer informe general sobre salud, combinó diversos medios de protección: el seguro social, los proveedores y seguros privados y, subsidiariamente, el Estado el cual ha de focalizar los recursos públicos disponibles de manera eficiente en la protección de los pobres y otros grupos vulnerables (mediante un paquete básico de atención), así como promover un entorno favorable al desarrollo de mecanismos de protección privada que facilitarían la universalización de la cobertura[7]. Un

[7] Sin embargo, hemos visto que según disminuye el ingreso y aumenta la edad, crece la cobertura por el sector público y disminuye la del privado, de manera que el sector público se queda con la población pobre, anciana y de alto riesgo, mientras que el sector privado se concentra en los jóvenes, los de mayor ingreso y menor riesgo, lo cual plantea no sólo un problema de equidad sino también de financiamiento.

nuevo informe del Banco Mundial, específico sobre la salud en la región, advierte que mientras continúe el énfasis en la cobertura del sector formal asalariado mediante mecanismos públicos o de seguro social con mancomunidad de riesgos será muy difícil extender la cobertura más allá de una minoría de ingreso relativamente alto. Para cambiar esa situación propone varias políticas, algunas ratificando el enfoque inicial y otras nuevas: dar prioridad a la extensión de la mancomunidad de riesgos al importante y creciente sector informal a través de mecanismos innovadores de cotización (que no estén conectados con la condición laboral o lugar de trabajo) para hogares no pobres y con capacidad contributiva superior al costo promedio del paquete básico de prestaciones; desconectar el financiamiento de la condición laboral reemplazando la contribución sobre el salario por impuestos generales; expandir la participación del sector privado en la oferta de servicios de salud con financiamiento público y con contribuciones de riesgo mancomunado; definir derechos universales explícitos a un paquete básico de prestaciones específicas; y focalizar los subsidios fiscales en bienes públicos de salud (por ejemplo, inmunización) otorgados a los pobres, los ancianos y otros grupos vulnerables (Baeza y Packard, 2005).

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2004), en su estrategia de salud para la región recién diseñada, establece como prioridades: la inclusión de los pobres, los grupos de menor ingreso y otros excluidos como pueblos indígenas y comunidades étnicamente o culturalmente no integradas o discriminados por su género. También la reducción de las inequidades en la cobertura y calidad de la atención entre grupos de mayor y menor ingreso. Para lograr dichos objetivos el Banco promete intensificar sus esfuerzos para mejorar la cobertura de los programas de salud pública, tales como vigilancia sanitaria, epidemiológica, ambiental, promoción de la salud, prevención de enfermedades transmisibles y crónicas nos transmisibles, extensión de la cobertura de agua potable, saneamiento básico y recolección y disposición de residuos sólidos, y mitigación de los efectos de desastres naturales. Además intentará proteger el gasto en programas prioritarios de salud en períodos de restricción fiscal y ajuste macroeconómico.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2006), en un informe sobre protección social recién publicado, recomienda expandir los sistemas de aseguramiento de cobertura universal y obligatoria, con independencia de la inserción laboral, capacidad de cotización y nivel de riesgo, de modo que la necesidad de realizar gastos de bolsillo no sea un obstáculo para el acceso, y determinar de manera explícita las coberturas aseguradas definiendo paquetes de garantías explícitas universales y exigibles para toda la población (como en Chile). Otras medidas son: fortalecer el sector público de salud; expandir la atención primaria; coordinar adecuadamente los servicios, así como integrar las fuentes de financiamiento para garantizar la equidad y solidaridad del sistema y compensar las brechas entre regiones.

Sería ideal que todos estos organismos internacionales y regionales cooperasen entre sí para identificar elementos comunes en sus políticas de extensión de la cobertura, así como discutir los elementos divergentes, a fin de diseñar y financiar medidas conjuntas, eliminar duplicaciones y fomentar la investigación en los temas pendientes. Por ejemplo se ha notado una coincidencia entre la mayoría de dichos organismos sobre los siguientes puntos: la necesidad de focalizar los subsidios fiscales en la población pobre y de bajo ingreso; la incorporación del sector informal; la universalización obligatoria de un paquete mínimo de prestaciones específicas garantizado a toda la población independientemente del sector en que esté asegurada, su condición laboral, ingreso y riesgo; y la extensión de la prevención y atención curativa en el primer nivel de atención. El acuerdo entre la OIT y la OPS es un ejemplo a seguir y la AISS debería apoyar estos esfuerzos.

Recomendaciones específicas de extensión para los países

Los seis países del grupo pionero-alto, así como México y Panamá en el grupo intermedio, han alcanzado virtualmente la universalidad en la cobertura, aunque confronten problemas de acceso; pero en los otros países al menos 27-43 por ciento de la población no tiene cobertura efectiva y una proporción mayor carece de acceso. Los gobiernos deberían universalizar sus programas de salud para que cubran a toda la población, dando prioridad a esta agenda. Los sindicatos, asociaciones de campesinos, de mujeres y otros grupos sociales tendrían que tomar conciencia del grave problema de la falta de cobertura y presionar al gobierno y los partidos políticos para que tomen acción.

En todos los países del grupo tardío-bajo y los menos desarrollados del grupo intermedio se recomiendan las siguientes medidas para extender la cobertura. Los ocho países que restringen la cobertura del seguro social a los hijos por edad (hasta 1 año en Ecuador y República Dominicana, 5 años en Guatemala, 6 años en El Salvador, 11 años en Honduras y 12 años en El Salvador y Nicaragua) deberían extender dicha cobertura hasta los 18 años. La cónyuge del asegurado recibe sólo atención en maternidad y el puerperio en el seguro social de cinco países (El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana y Uruguay), y debería extenderse dicha cobertura a la enfermedad (en Ecuador la recibe en enfermedad pero no en maternidad). De igual forma el cónyuge dependiente de una asegurada debería estar cubierto por el seguro de enfermedad. En Nicaragua todos los pensionados deberían ser cubiertos por las mismas prestaciones que los asegurados (en vez de por un minipaquete básico otorgado a sólo parte de ellos), para ello podría cobrarse una cotización sobre la pensión como se hace en 10 países. Es necesario realizar un estudio financiero-actuarial previo y hacer los ajustes necesarios en la cotización para financiar estos beneficios adicionales.

Virtualmente en todos los países existen programas separados de seguro social de salud o que tienen instalaciones sanitarias propias (la categoría "otros" en el cuadro 3) los cuales cubren a grupos de ingreso medio y relativamente alto, y reciben costosos subsidios fiscales con un impacto regresivo en la distribución: funcionarios públicos, fuerzas armadas, policía, los tres poderes gubernativos (ejecutivo, legislativo y judicial), petróleo, maestros y universidades, etc. Estos programas deberían o bien ser integrados al programa de seguro social general o ser totalmente financiados por los asegurados, eliminando los subsidios fiscales que entonces deberían ser utilizados para aumentar la cobertura. Además, los subsidios fiscales otorgados a algunos programas generales de seguro social en la región que tienen cobertura muy baja y estancada deberían ser usados sólo para incrementar la cobertura de trabajadores de bajo ingreso, emparejando sus cotizaciones como un incentivo para la afiliación.

Incorporación de grupos difíciles

La seguridad social en la región no se ha ajustado a los procesos de transformación del mercado laboral y debe hacerlo, porque posiblemente continuarán y afectarán adversamente a la cobertura. Las reformas de salud, cualquiera que sea su modelo, deberían tener como primera meta la universalización de la cobertura de toda la población, enfrentando las dificultades para incorporar a grupos difíciles como independientes, domésticos, empleados de microempresas y otros informales, rurales-agrícolas y la población indígena. Con algunas excepciones notables y laudables, la rigidez de las instituciones gestoras de la seguridad social en América Latina no ha facilitado la incorporación de dichos grupos, una actitud que debería cambiar. Se necesitaría un plan bien concebido por el gobierno (por ejemplo, el ministerio de salud conjuntamente con el

seguro social) con previo debate público, participación de las partes involucradas, respaldo de un estudio de factibilidad y un cronograma de implantación gradual. El plan tendría que introducir flexibilidad en la incorporación, así como en las cotizaciones y prestaciones (asegurando el paquete básico), para ajustarlas a la capacidad de pago y necesidades de estos grupos e incentivos para la afiliación. Por ejemplo, pagos desde semanales hasta trimestrales en vez de sólo mensuales; opción de afiliarse a un programa que sea prioritario (especialmente salud) en vez de obligar la entrada a todos los programas (incluyendo pensiones, etc.); seguros voluntarios con planes alternativos ajustados a la capacidad contributiva de los trabajadores y sus familias; descuento de las cotizaciones de los impuestos (en Chile no son deducibles para independientes pero sí para asalariados), combinado con incentivos para promover la formalización. También habría que considerar la cobertura obligatoria de los trabajadores independientes, como ya existe en tres países y se estipula en las leyes de reforma de otros cinco que deberían entrar en vigor lo antes posible. La obligatoriedad en la cobertura podría ayudar pero no resolvería por sí sola el problema, de ahí que sea necesario evaluar la viabilidad financiera de un subsidio estatal (como en Costa Rica) o una cotización de solidaridad (como en Colombia) destinada a los trabajadores de bajo ingreso, especialmente los que carecen de empleador, para incentivar su afiliación y reducir el número carente de aseguramiento que es atendido en el sector público o paga de su bolsillo en el privado.

La cobertura de los servidores domésticos es obligatoria en 13 países pero baja en la mayoría de los mismos porque es difícil inspeccionar y ejecutar la ley, a más del riesgo de despido del trabajador por denuncia de incumplimiento. Por ello es necesario realizar un mayor esfuerzo unido a una campaña de divulgación por los medios de comunicación, así como protección del empleo de los que reporten la falta de cobertura, combinados con incentivos fiscales a los de bajo ingreso que es la mayoría.

Con respecto a los campesinos y otros trabajadores agrícolas, se aconseja hacer un estudio comparativo entre los programas de Ecuador (Seguro Social Campesino) y México (IMSS-Oportunidades); el primero no se centra en la población pobre sino que se basa en factibilidad y organización de la comunidad, mientras que el segundo se asienta en criterios de pobreza y aislamiento. Una evaluación comparativa del desempeño de ambos programas identificaría sus avances y problemas con el fin de poder replicarlos en otros países.

En el proceso de incorporar estos grupos el Estado debería fomentar y apoyar a asociaciones, sindicatos o cooperativas de independientes, servidores domésticos, trabajadores agrícolas, campesinos y las ONG que se encarguen de la afiliación y recaudación de las cotizaciones de sus miembros o en su defecto crear un programa en el seguro social o público que realice estas funciones financiado por contribuciones solidarias y aportes fiscales, y con adecuada representación de los involucrados. Donde el seguro social sea incapaz de extender la cobertura a estos grupos habría que reforzar la capacidad del sector público para protegerlos como hacen varios países (Brasil, Chile, Cuba., Uruguay). En los países más pobres la única alternativa podría ser fomentar la ayuda familiar con algún tipo de incentivo. Las políticas de extensión de cobertura a estos grupos deben ser respaldadas por estudios financieros, para evitar que generen déficit fiscal; sin embargo, en algunos países del grupo tardío-bajo, se ha demostrado que hay capacidad tributaria suficiente para extender la cobertura, por ejemplo, en El Salvador, dicha carga tributaria era 10 por ciento en 2002, la menor de Centroamérica.

Reducción de desigualdades en cobertura geográfica y de indígenas

Las considerables diferencias en la cobertura por unidades geográficas en los países del grupo tardío-bajo y dos del grupo intermedio, requieren un plan bien estudiado y financiado para reducirlas, con adecuada focalización. Algunos países en la región (Argentina, Colombia, Chile) tienen fondos de solidaridad o compensación que deberían de servir de ejemplo al resto. Aunque algunos países han extendido gradualmente la cobertura del seguro social a todas la unidades geográficas del país (México es un ejemplo aunque aun subsiste una brecha con las mejores cubiertas), en Guatemala y Honduras buena parte de los departamentos carece de cobertura. Será muy difícil que el seguro social pueda por si sólo lograr ese cometido por lo que sería aconsejable que aunase fuerzas con el sector público, como en Chile. Es valiosa la experiencia de Colombia que en pocos años ha conseguido reducir dichas diferencias, pero se necesita un esfuerzo y fondos sostenidos, combinados con una campaña de información en las áreas más pobres. La incorporación de la población indígena demanda también la focalización en las unidades geográficas donde ellos se concentran, especialmente a través de la extensión del paquete básico y fuertes subsidios fiscales. En Chile 74 por ciento de esta población está cubierta por el sector público-seguro social y 47 por ciento de ellos que son indigentes están exentos de pago.

Mejoras en el acceso

Las encuestas de hogares muestran que en varios países (la mayoría en los grupos tardío-bajo e intermedio) un porcentaje muy alto de la población que se enferma no procura atención por falta de recursos o deficiencias en los servicios o barreras geográficas, étnicas o culturales, y un porcentaje también alto se ve obligado a pagar por servicios privados de su bolsillo debido a la falta de acceso a los provistos por el sector público o el seguro social. Los pobres, las zonas rurales y las poblaciones indígenas son las que tienen peor acceso. El paquete básico es un instrumento que ha facilitado el acceso al primer nivel e, idealmente, debe ser universal independiente de la localidad, ingreso y riesgo de la persona. Sin embargo los países más pobres, donde una parte considerable de la población no tiene acceso y escasean los recursos, deben dar prioridad en el otorgamiento del paquete a los grupos y áreas más necesitados, asignándole los recursos fiscales necesarios.

Conclusión

El seguro social de salud lleva en funcionamiento más de 80 años en algunos de los países pioneros de América Latina y ha logrado avances importantes en la cobertura de una parte considerable de su población. Sin embargo sufre de un estancamiento o caída en dicha cobertura en al menos siete países, en parte debido a la transformación del mercado laboral pero también a razones de diseño y falta de adaptación a los referidos cambios. La postergación de las reformas necesarias para extender la cobertura sólo agravará la situación actual, de ahí que sea imprescindible tomar acciones inmediatas e innovadoras o, de lo contrario, confrontar un declive grave en la protección de la población y el deterioro en las instituciones de seguridad social.

Bibliografía

Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). 2003. *Assessing the Coverage Gap: A World Report* (Casos de Costa Rica, México y Uruguay), Ginebra, inédito.

Baeza, C. y Packard, T. (eds). 2005. *Beyond Survival: Protecting Households from Impoverishing Effects of Health Shocks: Regional Study*, Banco Mundial, Región de América Latina y el Caribe, Washington D.C.,14 de noviembre.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2004. "Estrategia de Salud (Marco para la Acción Sectorial del Banco) Perfil", Washington D.C., julio.

Banco Mundial. 1993. World Development Report: Investing in Health. Oxford, Oxford University Press.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2006. La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad. Montevideo: Trigésimo Período de Sesiones, marzo.

Cruz-Saco, M. A. 2002. Labour Markets and Social Security Coverage: The Latin American Experience, Ginebra, OIT, ESS-Paper No.2.

Gasparini, L. y Bertranou, F. 2005. "Protección Social y Mercado Laboral en América Latina: ¿Qué nos dicen las encuestas de hogares?", Revista Internacional de Seguridad Social (AISS), vol. 59, núm. 2-3.

Ginneken, W. van. 2003. Extending Social Security: Policies for Developing Countries, Geneva, OIT, ESS Paper núm. 13.

Mesa-Lago, C. 2006. Las Reformas de Salud en Latin America y el Caribe: Su Impacto en los Principios de la Seguridad Social. Santiago, ECLAC/GTZ, Documentos de Proyectos.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). 2002. Seguridad Social: Un Nuevo Consenso, Ginebra.

–. 2003. Panorama Laboral 2003. Ginebra.

Oficina Panamericana de la Salud (OPS). 2002. Health in the Americas 2002. Washington D.C.

—. 2005. Perfiles de los Sistemas de Salud de los Países [Estudios de los 20 países latinoamericanos, doce con edición de 2001, siete con edición de 2002, y uno con edición de 2000]. Washington D.C.: http://www.lachsr.org.

Reynaud, E. 2002. The Extension of Social Security Coverage: The Approach of the International Labour Office. Ginebra, ILO, ESS Papers núm.3.

Rofman, R. 2005. Social Security Coverage in Latin America. Washington D.C., Banco Mundial, Social Protection Discussion Paper Series, núm. 0523.

Anexo

Cuadro 1. *Grupos de la población difíciles de cubrir por el seguro social en América Latina, entre 2001 y 2003 (en porcentajes)*

Países	Informal/ Fuerza laboral urbana [a]	Independiente/ Fuerza laboral empleada	Independiente o no Remunerado/ Fuerza laboral rural [b]	Pobreza/ Población total
Argentina	38,4	23,9		45,4 [d]
Bolivia	62,8	46,5	86,0	62,4
Brasil	42,1	26,2	63,8	37,5
Colombia	44,4	41,1	54,8	51,1
Costa Rica	32,7	20,6	29,0	20,3
Chile	28,7	20,3	33,3	18,8
Ecuador	50,4	34,2	54,3	49,0 [d]
El Salvador	49,2	31,3	50,3	48,9
Guatemala	51,6	33,9	58,4	60,2
Honduras	54,3	37,5	63,0	77,3
México	42,9	23,0	44,3	39,4
Nicaragua	55,5	34,9	57,2	69,3
Panamá	34,8	21,9	57,9	34,0
Paraguay	53,8	32,0	69,4	61,0
Perú	58,2	40,3	74,0	54,8
Rep. Dominicana	45,5	35,0	53,6	44,9
Uruguay	42,7	20,6		15,4 [d]
Venezuela	53,9	34,4	44,9	48,6
Promedio regional [c]	46,8	31,3	55,9	44,0

Nota: Los espacios vacíos indican que no hay cifras. No hay estadísticas de Cuba y Haití.

[a] Porcentaje de la fuerza laboral urbana ocupada que es o bien no calificada o independiente (cuenta propia) o servidor doméstico o empleado en microempresa, todos con baja productividad.
[b] Porcentaje de la fuerza laboral rural que es independiente o familiar no remunerado.
[c] No ponderado excepto en incidencia de pobreza.
[d] Sólo urbana.

Fuente: Mesa-Lago 2006.

Cuadro 2. *Cobertura legal obligatoria del seguro social por tipo de ocupación, familiares dependientes del asegurado y pensionados en América Latina, 2005-2006*

Países	Asalariados		Indepen-dientes	Domés-ticos	Agrí-colas [a]	Familiares dependientes		Pensio-nados [d]
	Todos	Parte				Cónyuge [b]	Hijos [c]	
Argentina	X		[f]	X	X	X	X	X
Bolivia		X	[f]			X	X	X
Brasil	X		X	X	X	X	X	X
Colombia	X		X	X	?	X	X	X
Costa Rica	X		[f]	X	X	X	X	X
Cuba	X		X	X	X	X	X	X
Chile	X		[f]	X	X	X	X	X
Ecuador	X [e]		[f]	X [e]	X	X	X	X
El Salvador		X				X	X	X
Guatemala		X				X	X	X
Haití		X						
Honduras		X	[f]			X	X	X
México	X		[f]	[f]	X	X	X	X
Nicaragua		X	[f]	X [e]		X	X	X
Panamá	X		[f]	X	X	X	X	X
Paraguay		X	[f]	X		X	X	X
Perú	X [e]		[f]	X [e]	X	X	X	X
R. Dominicana		X	[f]			X	X	X
Uruguay	X		[f]	X	X	X	X	X
Venezuela	X		[f]	X		X	X	X

Notas: Los espacios vacíos indican que no hay cobertura legal (exclusión). En Cuba la cobertura no es por el seguro social sino por el sector público exclusivamente; en Brasil es por el sector público y en Chile por una combinación del sector público y el seguro social; en Haití el seguro de enfermedad no ha sido implantado del todo y el de maternidad fue introducido en 1999; en Guatemala y Honduras cubre sólo parte de los departamentos.

[a] Excluye usualmente a campesinos, precaristas, aparceros y otros independientes; en Ecuador hay un seguro social campesino; en México cubiertos parcialmente por IMSS-Oportunidades; en Perú un seguro agrario cubre a trabajadores asalariados e independientes.
b Sólo en enfermedad en Ecuador; sólo en maternidad en El Salvador, Guatemala, Paraguay y República Dominicana.
c Sólo a menores de: 1 año en Ecuador y la República Dominicana, 5 años en Guatemala, 11 años en Honduras, y 12 años en El Salvador y Nicaragua.
d Sólo pensionados por vejez en Nicaragua (desde 2005); sólo los pensionados cuyo ingreso es inferior al máximo fijado anualmente en Uruguay.
e La cobertura obligatoria de todos los asalariados o servidores domésticos no se ejecuta; Paraguay sólo cubre a los domésticos en la capital y en Perú tienen un régimen especial.
f Afiliación voluntaria poco efectiva; en Argentina obligatoria para pequeños empresarios que pagan impuestos (minitributistas); en Costa Rica la ley estipula la obligatoriedad en 2006; en Colombia en el régimen contributivo para los que ganan más de 2 salarios mínimos, el resto en el régimen subsidiado; en Chile automática para los afiliados en el sistema de pensiones; en Nicaragua la ley de seguridad social de 2005 la hace obligatoria; en Panamá el proyecto de ley de 2006 la hace obligatoria; en Paraguay es obligatoria pero no se ejecuta en la práctica; en República Dominicana la ley de 2001 la hace obligatoria pero no se ha ejecutado; en Uruguay parte de los independientes tiene afiliación voluntaria otros están cubiertos por el sector público; en Venezuela el proyecto de ley de salud de 2005 (aún no aprobado en abril de 2006) incluye a todos los residentes.

Fuente: Mesa-Lago, 2006.

Cuadro 3. *Cobertura en Salud de la Población Total por los Tres Sectores en América Latina, entre 1985 y 2004*

Países	Años	Porcentaje de la Población Total				
		Público	Seguro social	Privado	Otros	Total
Argentina	1991	36,4	57,6	4,6	1,4	100,0
	2001	37,4	54,4	7,9	0,3	100,0
Bolivia	1997	30,0	25,8	10,5	0,0	66,3
Brasil	1998	75,5	0,0	24,5		100,0
	2003	75,5	0,0	24,5		100,0
Colombia	1993	50,0	23,7			73,6
	2002	46,7	53,3			100,0
Costa Rica	1994	0,0	86,2	13,8		100,0
	2003	0,0	86,8	13,2		100,0
Chile	1984	83,4		3,1	14,0	86,1
	2002	67,5		8,5		100,0
Ecuador	1994	28,0	18,0	20,0	7,0	73,0
El Salvador	2001	40,0	15,8	1,5		57,3
Guatemala	1995	30,0	16,6	12,0		58,6
	2000	26,0	16,6	30,0		72,6
Haití	2000	21,0		38,0	1,0	60,0
Honduras	2000	52,0	11,7	1,5		65,2
México	1985	47,7	41,8		10,5	100,0
	2002	41,8	45,3		12,9	100,0
Nicaragua	1990		18,3			
	2001	60,0	7,9		0,5	68,4
Panamá	1996	39,9	61,1		0,0	100,0
	2004	35,4	64,6		0,0	100,0
Paraguay	1999	42,0	12,4	6,3	1,2	62,0
	2001	33,3	12,4			
Perú	2002	30,0	26,0	12,0	3,0	71,0
R. Dominicana	2000	60,0	7,0	12,0	5,0	84,0
Uruguay	1987	27,2	15,8	30,8	13,9	87,7
	2000	38,7	15,9	34,7	7,9	97,2
Venezuela	2000		34,4			

Notas: Los espacios vacíos denotan falta de cifras. No hay estadísticas de cobertura de Cuba aunque oficialmente el 100 por ciento de la población está cubierta por el sector público. Brasil cerró el seguro social y pasó sus instalaciones para el sector público; Costa Rica transfirió las instalaciones del sector público al seguro social; Chile combina el seguro social y el sector público.

Fuente: Mesa-Lago 2006; ver comentarios sobre veracidad de las cifras en cada país.