

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



PRIMERA ÉPOCA

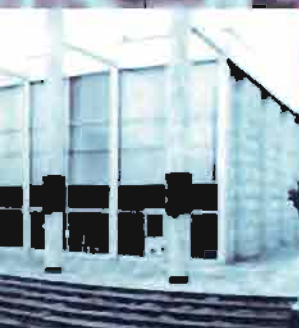
JUNIO

2002

NÚMERO

3

PRIMER SEMINARIO INTERNACIONAL
Seguridad Social
en el campo



Modelos y estrategias internacionales para la Seguridad Social en el Campo

R E V I S T A

CIESS

Revista CIESS 3

Junio
2002

PUBLICACIÓN SEMESTRAL



**CENTRO
INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE
SEGURIDAD
SOCIAL**

Órgano de docencia, capacitación e investigación de
la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. EXPERIENCIAS EN PRO Y EN CONTRA DE LOS GRUPOS EXCLUIDOS

*María Cecilia Acuña **

1. Introducción

Las cartas constitucionales de la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe expresan el compromiso de proveer a todos los ciudadanos de un nivel básico de protección de salud. Sin embargo, a pesar de esta promesa y de los esfuerzos que han representado casi veinte años de reforma de los sistemas de salud, alrededor de 20% de la población de la región no cuenta en la actualidad con los recursos mínimos para resolver sus problemas de salud y cerca de 47% se encuentra excluida de los mecanismos de protección existentes contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo.

* División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO). Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. Dirigir correspondencia a acunamar@paho.org

Cuando los ciudadanos no acceden a los servicios de salud, se entiende que se encuentran excluidos de este derecho. La exclusión en salud se expresa en un gradiente que incluye diversas manifestaciones que van desde la total falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades más básicas y frecuentes de salud, hasta insuficiencias en el acceso a servicios que responden a necesidades de salud complejas y poco frecuentes, pero a menudo graves.

La experiencia acumulada luego de dos décadas de reforma de los sistemas de salud en los países de la región, hoy permite tener claro que la exclusión en salud forma parte de una cadena de eventos constituida por inequidad en el acceso—exclusión—inequidad en los resultados de salud, que a su vez genera otras situaciones que en su conjunto perpetúan y acentúan la brecha de la desigualdad entre diversos segmentos de nuestras sociedades.

Esta situación no sólo se manifiesta en el drama personal de millones de familias que deben enfrentar la pérdida de sus bienes a la hora de financiar el tratamiento de una enfermedad grave de uno de sus miembros o que simplemente no poseen bienes para alcanzar siquiera la posibilidad de dicho tratamiento. También se expresa en una brecha entre los logros de salud que serían alcanzables si los sistemas de protección de la salud funcionaran bien y los logros que dichos sistemas en realidad alcanzan, como puede observarse en el cuadro 1:

Cuadro 1
Brechas en atención de salud para América Latina y El Caribe, 1995

| <i>Indicador</i> | <i>Real</i> | <i>Esperado</i> |
|------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|
| Mortalidad Infantil (de niños menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos) | 47 | 39 |
| Esperanza de vida (años) | 69,5 | 72,0 |
| Años de vida ajustados por invalidez (DALYS) | 231,6 | 200,1 |

Fuente: *Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996*. Tema especial: *Cómo organizar con éxito los servicios sociales*, Parte III, Capítulo 2, Pág. 250. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC., 1996.

En este caso, el *rendimiento esperado* se estima sobre la base del ingreso per cápita y factores fijos temporales y regionales. La brecha se define como la diferencia entre los resultados observados (promedio regional) y los esperados en los cálculos.

A pesar de que este cuadro refleja la situación general del subcontinente, sería un error pensar que también muestra en forma certera la realidad de cada uno de sus países: los países de la región no constituyen un conjunto homogéneo sino que presentan grandes variaciones en cuanto a su estructura demográfica, perfil de salud, renta per cápita, en la cantidad de dinero que gastan en salud y también en los arreglos institucionales que dan forma a sus sistemas de protección de salud. Del mismo modo, la pobreza, la inequidad y la exclusión varían en su magnitud y extensión en los diversos países y también en forma importante al interior de los países, de modo que es probable que las intervenciones destinadas a enfrentar estos problemas tengan también un impacto diferente en cada uno de ellos. Resulta fundamental, por lo tanto, definir y evaluar dichas intervenciones en función de ciertas características presentes en cada país o grupo de países.

2. Algunos elementos para caracterizar la exclusión en salud

La región exhibe hoy en día un panorama que refleja las crisis políticas y económicas de los últimos treinta años. En el ámbito económico, la crisis del modelo de sustitución de las importaciones —vigente desde comienzos de siglo— dio paso a la instalación gradual del modelo de la globalización a partir de los años ochenta, con una reestructuración de

los procesos productivos y políticas de ajuste destinadas a hacer calzar los gastos con los ingresos en condiciones de cero crecimiento de la economía, donde por lo tanto, la estrategia utilizada fue una drástica reducción del gasto. El período de transición de un modelo de desarrollo a otro –y en particular el ajuste estructural de la economía, reflejado en una significativa reducción del gasto social, un gran aumento del desempleo y una caída de los salarios– tuvo un alto costo social, que se tradujo en un marcado aumento de la pobreza, tanto en su extensión como en su intensidad ¹.

En términos concretos, entre 1980 y 1990 el nivel de pobreza en el Subcontinente aumentó de 35 a 41% del total de hogares y las personas pobres aumentaron de 136 millones en 1980 a alrededor de 200 millones en 1990, siendo los nuevos pobres, en su mayoría, de origen urbano.

Independientemente del importante desarrollo económico registrado a partir de la mitad de la década de los noventa, con una tasa de crecimiento promedio de 3,6% –mucho mayor que la tasa promedio de 1% registrada en 1995– y una caída de las cifras de pobreza de 41 a 39% entre 1990 y 1994, no se logró compensar el incremento de la pobreza –de 35 a 41%– registrado entre 1980 y 1990.²

En el ámbito social, el nuevo modelo trajo consigo la flexibilización de los contratos y del marco laboral, la aparición de nuevos esquemas de pensiones y de seguros de salud y, sobre todo, el surgimiento del sector privado como un actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por el Estado, como la administración de servicios sociales y de monopolios naturales.

A esto se agregó una interpelación respecto de los roles que debe asumir el Estado y la aparición de fuertes críticas en cuanto a su desempeño, así como una profunda incertidumbre en relación con la confiabilidad de los nuevos esquemas y de sus administradores. En el antiguo modelo existía una red de protección social administrada por el Estado, el cual, alabado o criticado, era percibido como una garantía eficaz contra el riesgo y los shocks asociados a eventos imprevistos, sociales o personales. El nuevo modelo de desarrollo, en cambio, no cuenta con una red de protección capaz de reemplazar a la anterior y constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto. Ello genera sentimientos de desconfianza y vulnerabilidad frente a amenazas ya conocidas como la pobreza, el desempleo, la enfermedad y la vejez. ³

En ese mismo período, la población regional entró en una fase de transición epidemiológica con una clara tendencia al envejecimiento, disminución de las tasas de mortalidad y natalidad y un aumento de la expectativa de vida de 68.7 a 71.1 años en los últimos quince años. Las campañas sanitarias masivas aplicadas en forma sistemática lograron una disminución espectacular de las tasas de mortalidad infantil, con una reducción de los años potenciales de vida perdidos en toda la región, debido especialmente a la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles en los primeros años de vida. ⁴ Como resultado, la población regional ha aumentado y se observa una tasa de crecimiento alta, de 1.4% para América Latina y de 1% para el Caribe. En este escenario, se puede prever un aumento poblacional de alrededor de 7.5 millones de personas por año para las próximas dos décadas, de modo que la población

¹ Carlos Vergara: *El contexto de las reformas del sector salud*. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 1 y 2, Julio-Agosto 2000.

² Op. cit.

³ Op. cit.

⁴ “La salud en las Américas” Vol. I, Organización Panamericana de la Salud, 1998.

total, estimada en 520 millones de personas a mediados del año 2000, sería de 800 millones en el 2025.⁵

Por otra parte, comparada con otras regiones del mundo, América Latina se ha convertido en la región del mundo con la distribución más desigual del ingreso per cápita.⁶ La instalación del nuevo modelo de desarrollo ha profundizado la desigualdad aún en países donde ha disminuido la pobreza en términos absolutos, como Chile. Luego del grave deterioro distributivo de los años ochenta y a pesar del crecimiento económico, la inequidad se ha convertido en el principal desafío a enfrentar por los países de la región. Comparada con otras regiones del mundo, América Latina exhibe grados “excesivos” de pobreza, desigualdad e inestabilidad en el nivel de ingresos en relación con su nivel de desarrollo global.⁷ Las crisis económicas y en particular los episodios recesivos han resultado devastadores sobre los pobres de la región: entre 1970 y 1994, la recesión empobreció proporcionalmente más a los ya pobres y una caída del 1% del producto doméstico bruto per cápita durante los años 80, eliminó las ganancias en reducción de la pobreza alcanzadas en los años 70.⁸ Los episodios recesivos de los ochenta contribuyeron de manera importante a la desigualdad actual, ya que los mayores niveles de desigualdad alcanzados no se revirtieron con el crecimiento de la década de los noventa.

La combinación de estos elementos configura un cuadro de aumento de la población con un incremento de la pobreza y sobre todo, de la desigualdad, donde aparecen con fuerza dos fenómenos: la inequidad y la incertidumbre

provocada por la desaparición de la red de protección que antes otorgaba el Estado. La coexistencia de ambos fenómenos da origen a la exclusión social. A su vez, la exclusión tiene graves consecuencias económicas para la región, deteriorando su potencial de trabajo, su productividad y su competitividad.

En este contexto, la exclusión en salud es un problema que, en sus diferentes manifestaciones, afecta a un elevado porcentaje de habitantes de América Latina y el Caribe. Entre ellos se encuentra una gran cantidad de trabajadores que durante los últimos veinte años han pasado a formar parte de la economía informal y también la gran mayoría de los trabajadores del campo, que generalmente no cuentan con mecanismos de protección contra los riesgos y las consecuencias de enfermar. Consecuentemente, los excluidos en salud en la región son los pobres, las personas de origen indígena, los que viven en el medio rural, los trabajadores informales, los trabajadores agrícolas—en especial los eventuales—los subempleados, los desempleados, los desocupados y las mujeres.

Al igual que la mayor parte de los fenómenos sociales, la exclusión en salud es un fenómeno multicausal y no existe una sola manera de medirla. Del mismo modo, no existe una sola estrategia para enfrentarla. Una característica importante relacionada con esto, es que tanto las causas como las posibles estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud no se encuentran sólo dentro del sector salud, sino que en muchos otros sectores de la administración del Estado y también en los recursos y organización que puedan generar las comunidades en el nivel local.

⁵ De acuerdo a proyecciones del CELADE.

⁶ “Shielding the poor: social protection in the developing world” Editado por Nora Lustig/IDB, Washington D.C., 2001

⁷ Id Nota al pie anterior

⁸ Id Nota al pie anterior

En términos globales, se puede afirmar que la exclusión en salud tiene su origen en tres dimensiones:

- Problemas de acceso a los bienes y servicios de salud;
- Problemas relacionados con el financiamiento de los bienes y servicios de salud, y
- Problemas relacionados con la dignidad en la atención de salud.

Estas dimensiones subyacen a las causas de exclusión en salud. El cuadro 2 intenta resumir las causas principales.

Cuadro 2
Causas de exclusión en salud

| <i>Causa</i> | <i>Ámbito</i> | <i>Categoría</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Déficit de infraestructura adecuada | <ol style="list-style-type: none"> 1. Provisión de servicios de salud 2. Entrega de servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud ➤ Inexistencia o insuficiencia de suministro de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etcétera. |
| Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en condiciones en que existe la infraestructura adecuada | <ol style="list-style-type: none"> a) Geográficas b) Económicas c) Culturales/étnicas (auto-exclusión) d) Determinadas por la condición de empleo | <ol style="list-style-type: none"> a) Asentamientos humanos remotos o poco accesibles b) Incapacidad para financiar las atenciones de salud c) La atención de salud se realiza en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias d) Subempleo, empleo informal, desempleo |
| Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en auto-exclusión) | <ol style="list-style-type: none"> a) Problemas asociados a la calidad técnica de la atención b) Problemas relacionados con la dignidad/calidad en el trato y del lugar donde se realiza la atención de salud | <ol style="list-style-type: none"> a) Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados b) Mal trato al público, establecimientos en malas condiciones físicas |

Es importante desarrollar en los países la capacidad de medir estos diversos aspectos de la exclusión en salud, con el fin de tener una idea clara de su magnitud y de sus determinantes principales en cada país y poder identificar de este modo las políticas más apropiadas para combatirla.

3. La protección social en salud: la cara opuesta de la exclusión

Los diversos grupos de población presentan una serie de condiciones que constituyen o se

traducen en necesidades de salud, las cuales requieren a su vez de una respuesta social organizada por parte de las instituciones. El escenario institucional donde tiene lugar la satisfacción de las demandas de salud de las personas, es el de las instituciones que proveen dichos servicios. No obstante, la red de provisión es sólo la parte más visible de un complejo conjunto que debe cumplir como mínimo otras dos funciones, aún cuando ellas no se distinguen en la operación del

Fuente: Protocolo de investigación en protección social en salud. OPS/OMS. Washington DC., 2001 (Mimeo)

sistema: financiar las acciones de salud –mediante diversos arreglos que van desde el financiamiento total por la vía de impuestos generales y específicos hasta el financiamiento total por parte del usuario del servicio a través del pago directo– y tomar decisiones de política en cuanto a las normas de funcionamiento del sistema y a las acciones de salud que los ciudadanos deben recibir –aunque no estén dispuestos a pagar por ello– con el fin de resguardar el estado de salud general de la población.

El conjunto de agentes organizados para responder a la demanda y/o a las necesidades de salud de una población, se denomina sistema de salud o sistema de protección de la salud. En cada sistema de salud, esta respuesta se estructura a través de ciertas funciones básicas, que se resumen en el cuadro 3.

Cuadro 3

Funciones involucradas en la protección de la salud

| <i>Función</i> | <i>Componentes</i> | <i>Agente que la realiza</i> |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Financiamiento | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aseguramiento ▪ Compra | <ul style="list-style-type: none"> ○ Ministerio de Finanzas ○ Ministerio de Salud ○ Seguridad Social ○ Usuarios (a través de pago de bolsillo) ○ Población en general (a través de impuestos) |
| Provisión | | Proveedor de servicios de salud (público, privado con o sin fines de lucro) |
| Rectoría | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Función normativa ▪ Regulación | <ul style="list-style-type: none"> ○ Ministerio de Salud ○ Superintendencia ○ Otras instituciones normativas |

Por lo tanto, en el proceso de entrega de servicios de salud siempre se produce la interacción de cinco agentes, sea o no de forma explícita:

- Un usuario, que debe conocer sus derechos y responsabilidades en salud;
- Un financiador, que vela por la existencia de fondos para pagar o costear los servicios;
- Un asegurador, que debe ofrecer garantía de acceso económico a los servicios de salud;
- Un proveedor, quien debe ofrecer garantía de acceso físico (geográfico y técnico) a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, respeto y dignidad, y

- Un regulador, que debe velar por la existencia de reglas del juego justas entre estos agentes.

Conceptualmente, cuando se producen fallas en los sistemas de protección de salud y en la relación entre estos agentes, aparece la exclusión. Por lo tanto, las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas y/o de otros actores de la sociedad orientadas a extender la protección social en salud.

La protección social en salud puede definirse como la garantía que la sociedad otorga –a través de los poderes públicos– para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades de salud, obteniendo acceso a los servicios de alguno de los subsistemas de salud existentes en forma oportuna y de una manera

adecuada, sin importar su capacidad de pago. Es importante notar que la definición no sólo se refiere a garantizar acceso, sino también a calidad y oportunidad de la atención.

Los sistemas de protección de la salud son elementos fundamentales para la satisfacción de las

necesidades de salud de las personas y de su estructura y eficiencia depende en gran medida el grado de protección o exclusión en salud. En la región existen dos tipos de arreglos organizacionales que dan origen a distintos sistemas de protección de salud: a) Existencia de un sistema único nacional de salud administrado por el Estado, y b) Coexistencia de tres o más subsistemas –la seguridad social, el sistema público y el sector privado con o sin fines de lucro– con diversos grados de integración entre ellos. Este es el tipo de arreglo existente en la mayoría de los países de la región.

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

- (i) La segmentación o existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones “especializados” para diversos segmentos de la población, por lo general determinados por nivel de ingresos. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público pobre y mal atendido, orientado a los pobres e indigentes y un sector privado —con más recursos y orientado al cliente— concentrado en los segmentos más ricos. Este tipo de arreglo institucional consolida y profundiza la inequidad. Entre ambos se sitúan los seguros sociales que se especializan en trabajadores formales y sus familias
- (ii) La fragmentación o existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas.
- (iii) El predominio del pago directo o de bolsillo como mecanismo de financiamiento del sistema, ya que determina que la posibilidad de recibir las atenciones de salud dependan de la capacidad de pago de cada persona. Este tipo de financiamiento determina un alto grado de inequidad en el sistema.

- (iv) Sistemas regulatorios débiles o poco desarrollados, que impiden el establecimiento de reglas del juego justas en la relación usuario—proveedor del servicio.

4. Experiencias de destinadas a reducir la exclusión en salud

La información disponible muestra que en los países de la región no se han implementado en la magnitud necesaria, estrategias con el objetivo específico de reducir la exclusión en salud. En la década del 70 y la primera mitad de los 80, se implementaron políticas destinadas a la ampliación de cobertura, en particular hacia el medio rural marginal, a partir de los resultados de la reunión de Alma Ata en 1978 y de la formulación de la estrategia de fortalecimiento de la atención primaria. Durante la segunda mitad de los 80 y en los 90 las políticas desplegadas durante los últimos veinte años en la mayoría de los países estuvieron más bien orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud, dadas las restricciones presupuestarias producto de las crisis económicas.

En general, los esfuerzos para mejorar los sistemas de protección de salud durante los últimos treinta años han estado predominantemente dirigidos hacia el fortalecimiento de la oferta de servicios. Comparativamente, pocos recursos se han destinado a organizar, informar y capacitar a las personas en sus derechos y obligaciones como usuarios de servicios de salud y, menos aún, a fortalecer el marco regulatorio y la capacidad de ejercer la regulación en la práctica. Con todo, existen en la región experiencias que han contribuido a disminuir la exclusión en salud. Algunas de ellas son las siguientes:

- a) *Establecimiento de regímenes especiales de seguro social, sin esquema contributivo asociado.*

Orientados a satisfacer las demandas de grupos de la población considerados vulnerables o prioritarios, tales como ancianos, el binomio madre-hijo o sectores productivos como los cultivadores de caña y café. Estas experiencias han sido exitosas, en el corto plazo, para reducir la exclusión en salud de los grupos a los cuales están dirigidas. Su principal debilidad es la falta de sostenibilidad financiera en el largo plazo, ya que en general se han implementado con fondos extraordinarios (muchas veces provenientes de donaciones o préstamos de agencias internacionales) y no se ha logrado integrarlas al presupuesto regular, de modo que cuando se acaban los fondos extraordinarios también se acaba el programa.

b) *Esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental.*

Este mecanismo rompe la rigidez en la afiliación de los sistemas tradicionales (bismarkianos) de seguridad social, permitiendo que algunos grupos excluidos se incorporen a un esquema de seguridad social, sin cumplir con los requisitos de afiliación. Su sostenibilidad en el largo plazo está dada por la voluntad de la autoridad pública de mantener el subsidio. Su principal debilidad es que si la entrega de beneficios a este grupo es distinta del régimen ordinario o se da en condiciones especialmente favorables, puede ser percibido como injusto por parte de los afiliados regulares (cotizantes).

c) *Expansión limitada de la oferta.*

Es la provisión de servicios de salud específicos a ciertos grupos focalizados de la población. La experiencia disponible demuestra que este mecanismo reduce la exclusión de los grupos beneficiarios en el corto plazo. Este mecanismo puede presentar dos problemas: falta de sostenibilidad financiera y falta de coherencia con las prestaciones ofrecidas por el resto del sistema.

d) *Sistemas comunitarios de protección social.*

Estos son los sistemas gestionados directamente o con altos niveles de participación de los miembros de una comunidad. Para ser exitosos, estos sistemas requieren establecer una buena conexión con el resto del sistema de protección de salud que puede hacerse cargo de aquellas enfermedades que no pueden ser atendidas en el nivel comunitario. Además requieren de combinar distintas fuentes de financiamiento para ser sostenibles en el largo plazo.

A) **DESARROLLO GRADUAL DE SISTEMAS UNIFICADOS O CON NIVELES CRECIENTES DE INTEGRACIÓN.**

Esta son las estrategias orientadas a integrar el subsistema público con la seguridad social y el subsistema privado, a través de mecanismos de compra de prestaciones y referencia de pacientes. Esta integración puede darse a nivel de la provisión y/o del aseguramiento. Su fortaleza es que permite un mejor aprovechamiento de los recursos existentes en el sistema en su conjunto, amplía las posibilidades de la oferta y mejora los niveles de satisfacción de los usuarios. Su debilidad consiste en la complejidad de la integración funcional de la redes de atención y en la gestión de los mecanismos de transferencia de los fondos.

5. A modo de conclusión

Del análisis anterior, se desprende que un desafío central que enfrentan hoy los sistemas de protección de la salud de los países de la región es cómo garantizar a todos los ciudadanos acceso efectivo a las atenciones de salud en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y buen trato, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Para que esto ocurra, se requiere de la existencia de una serie de condiciones que van más allá de medidas económicas y que hacen que sea difícil vencer el desafío. Estas condiciones son:

- Entender el acceso a un conjunto acordado de servicios de salud como un derecho exigible por parte de todos los ciudadanos, independientemente de su condición socio-económica y de empleo, en un marco de derechos y responsabilidades;
- Identificar las barreras que impiden el ejercicio de este derecho;
- Establecer los mecanismos que permitan el ejercicio de este derecho en condiciones de sostenibilidad financiera, y
- Reducir las inequidades en el acceso a estos servicios.

Las políticas que promueven la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud, que toleran un marco regulatorio débil y que permiten que el pago de bolsillo sea el mecanismo predominante para financiar las acciones de salud, son políticas que promueven la exclusión en salud. Por su parte, las políticas de combate a la exclusión en salud serán aquellas dirigidas a:

- a) Eliminar la segmentación y la fragmentación al interior de los sistemas de salud, promoviendo la integración y la coordinación de los diversos subsistemas;
- b) Fortalecer la existencia y aplicación de un marco regulatorio que garantice reglas del juego justas entre los usuarios y los proveedores de bienes y servicios en salud;
- c) Reducir a su mínima expresión el pago de bolsillo como mecanismo de financiamiento de las acciones de salud y eliminarlo en los segmentos más pobres y vulnerables de la población, garantizando la protección financiera del hogar frente a la eventualidad de enfermar por parte de alguno de sus miembros.

En este contexto, para que el sistema de salud opere adecuadamente y sin exclusión, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- a) Un conjunto de prestaciones garantizado para todos los ciudadanos independientemente del sistema de afiliación y/o provisión, conocido por todas las partes;
- b) Eficiencia y transparencia en la gestión y manejo de los aportes y recursos al interior del sistema en su conjunto;
- c) Un marco regulatorio adecuado;
- d) Una instancia reguladora independiente, con poder de decisión, credibilidad y capacidad de hacer cumplir el marco regulatorio; y
- e) Usuarios informados, es decir, gente que sepa realmente cuales son sus derechos y responsabilidades en salud.

A la luz de lo anterior, se puede afirmar que la extensión de la protección social en salud es un proceso global que va más allá del sector salud. Está ligado a la construcción de ciudadanía y al fortalecimiento de la democracia en nuestros países, entendiendo la salud como un derecho ciudadano independiente de la situación laboral de las personas y que requiere de ciudadanos informados. Por lo tanto, la operacionalización de las políticas de extensión de la protección social en salud requiere:

- Entender el acceso a los servicios de salud como un derecho exigible por parte de todos los ciudadanos, independientemente de su condición socio-económica y de empleo, en un marco de derechos y responsabilidades;
- Identificar las barreras que impiden el ejercicio de este derecho, midiendo y caracterizando la exclusión en salud;
- Realizar los cambios necesarios en los sistemas de protección de salud para establecer los mecanismos que permitan el ejercicio de este derecho en condiciones adecuadas de dignidad, calidad, oportunidad y sostenibilidad

financiera, de acuerdo a las características propias de cada país;

- Identificar y eliminar las inequidades en el acceso a los servicios y en los resultados de salud;
- Apoyar y promover la participación activa de las personas en el proceso del cuidado de su salud y capacitarlas en la búsqueda informada de las mejores alternativas disponibles para resolver sus problemas de salud cuando éstos se produzcan.

