



issa

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL | AISS

Informe Técnico 28

Ampliación de la cobertura de asistencia médica en los sistemas de seguridad social

Aviva Ron
Consultora Internacional
Israel

Ampliación de la cobertura de asistencia médica en los sistemas de seguridad social

Aviva Ron
Consultora Internacional
Israel

Foro Regional de la Seguridad Social para África, Kigali, Rwanda, 18 – 20 de noviembre de 2008

La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) es la organización internacional líder a nivel mundial que congrega instituciones de seguridad social y entidades relacionadas. La AISS brinda información, investigación, asesoramiento especializado y plataformas de cooperación para construir y promover una seguridad social dinámica y políticas a nivel mundial. Una parte considerable de las actividades la AISS en materia de promoción de buenas prácticas se realizan en el marco de sus diez Comisiones Técnicas, constituidas y administradas por organizaciones miembros comprometidas, con el apoyo de la Secretaría de la AISS.

Este informe se encuentra en: <http://www.issa.int/recursos>. Las opiniones e ideas expresadas no reflejan necesariamente las del editor.

Introducción

Los participantes en este Foro Regional de la Seguridad Social son, sobre todo, directores de regímenes de seguridad social que, en la mayor parte de los casos, todavía no han introducido prestaciones de asistencia médica. No obstante, muchos países se están planteando introducir prestaciones de asistencia médica, lo cual constituye un gran desafío en el marco de las reformas o cambios que se están llevando a cabo en los sistemas de seguridad social en África. El análisis de las siguientes preguntas responde a las principales cuestiones:

1. ¿Qué importancia tiene la asistencia médica?
2. ¿Qué valor añadido aporta la asistencia médica a un sistema de seguridad social?
3. ¿Por qué muchos países todavía no han integrado la asistencia médica en sus sistemas de seguridad social?
4. ¿Cómo se puede aumentar la financiación de la asistencia médica?
5. ¿Qué ha ocurrido mientras tanto?
6. ¿Cómo se puede llevar a cabo?

1. ¿Qué importancia tiene la asistencia médica?

Sin duda, la salud es importante tanto para el particular, como para la familia, la comunidad, la nación y el mundo en general. Los sistemas de seguridad social reconocen el concepto del derecho a una prestación “por derecho propio”. Cuando no existe un mecanismo que proteja la salud de la persona, constatamos que este derecho no existe ni siquiera a escala personal o familiar. Un padre puede renunciar a pedir asistencia a cambio de que se le preste la asistencia médica a un hijo o a un progenitor dependiente de edad avanzada. No obstante, a escala nacional, la importancia acordada a la salud no concuerda con los recursos asignados a su protección.

A escala mundial, los brotes (o rebrotes) de una enfermedad infecciosa que puede convertirse en una amenaza al otro lado de las fronteras nacionales provocan una gran inquietud, como hemos comprobado con la atención prestada y los recursos asignados durante los recientes SARS (Síndrome respiratorio agudo severo) y las crisis de la gripe aviar. A través de importantes donantes internacionales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) y la Fundación Bill Gates, se invierten millones de dólares para prevenir el contagio del VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, enfermedades infecciosas que se extienden de manera transfronteriza a través de las actividades globales. En África, mueren más mujeres por complicaciones en el embarazo y el parto que por estas tres enfermedades, pero los fondos que las fuentes nacionales e internacionales invierten en resolver los problemas relacionados con el embarazo y el parto son insuficientes. Volviendo al contexto regional, el estado de salud y los sistemas de asistencia médica en África sufren un serio retraso respecto al resto del mundo. La esperanza de vida en los países del continente africano es una de las más bajas. En una lista de años estimados de esperanza de vida, elaborada por la Biblioteca Gubernamental de la CIA para 2008, los 38 últimos países de la

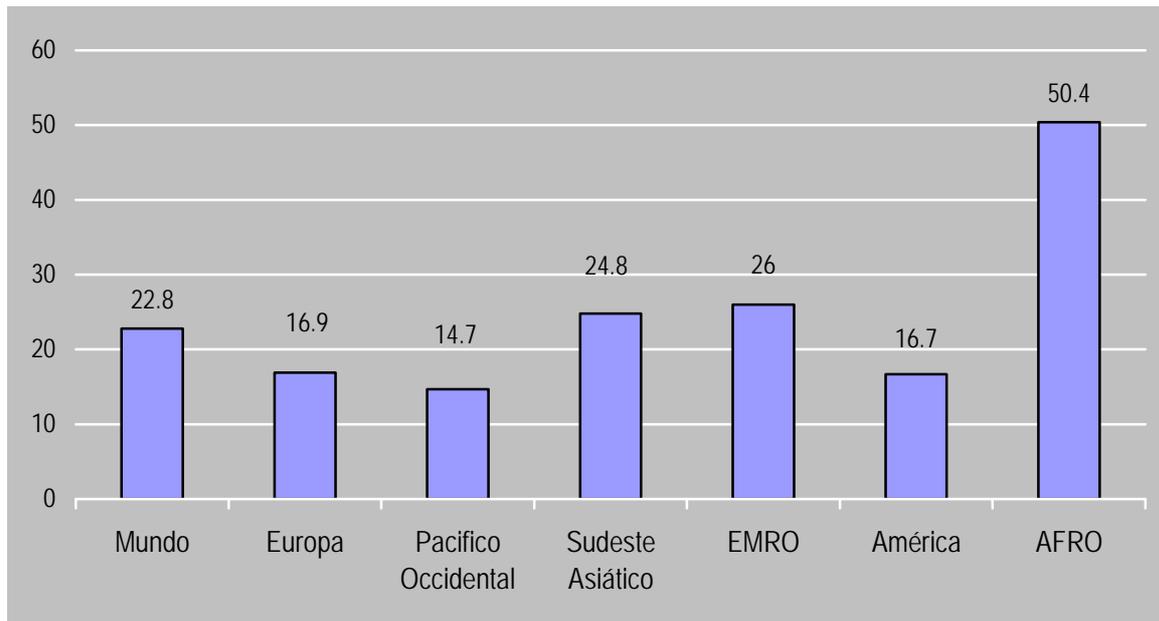
lista se encuentran en el África subsahariana. Cuatro de esos países tienen una esperanza de vida inferior a 40 años, mientras que otros 20 tienen esperanzas de vida comprendidas entre 40 y 50 años. Al otro lado de este espectro, 20 países, incluidos el Canadá, Francia, Japón y Singapur, tienen esperanzas de vida comprendidas entre 80 y 83 años, a saber, de 30 a 40 años más que en la mayoría de los países africanos.

Un indicador más relevante para nosotros es el AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). Esta es la medida de la brecha sanitaria, que representa los años perdidos por causa de la mortalidad prematura y los años de discapacidad debidos a una enfermedad. El número total de años perdidos, por tanto, refleja los años productivos y sanos que se pierden por una enfermedad. Un AVAD es un año perdido respecto al equivalente de un año de buena salud. El Gráfico 1 revela la enorme brecha sanitaria que existe en África, en comparación con otras regiones del AVAD, o los años perdidos por enfermedad, por cada 1.000 personas. El Cuadro 2 muestra los porcentajes de AVAD debidos a los tres principales grupos de enfermedades y refleja la carga de morbilidad de cada grupo:

- Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, incluidas las enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Enfermedades no transmisibles (ENT), incluidas las enfermedades crónicas como el cáncer, las cardiopatías y la diabetes.
- Lesiones, incluidas las lesiones no intencionadas como las ocasionadas por accidentes de carretera y accidentes laborales, y las lesiones intencionadas, como las lesiones autoinfligidas, la violencia y la guerra.

En este caso, se comparan los datos de conformidad con las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de manera que "AFRO" incluye, principalmente, a los países del África subsahariana, mientras que algunos países africanos forman parte de la región del Mediterráneo Oriental ("EMRO").

Gráfico 1. Años de vida ajustados en función de la discapacidad/1.000 personas por región, 2005



Fuente: AVAD por edad, sexo y causa en 2005, *Health Statistics and Health Information Systems*, Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/healthinfo/bodday>)

El Gráfico 1 revela que en 44 países de la región AFRO, se pierden algo más de 50 años de vida por cada 1000 personas. Esta cifra equivale a más del doble de la tasa mundial, y duplica la tasa de los países en la región del Sudeste Asiático, que incluye a la India.

Aunque su carga de morbilidad sea enorme, no se puede culpar únicamente al VIH/SIDA de esta situación en los países, sobre todo, del África subsahariana. Si examinamos el Cuadro 1, constatamos que en los países AFRO, el 71,5 por ciento de los AVAD se deben a enfermedades del primer grupo, es decir, transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. Nuevamente, esta cifra representa el doble del porcentaje mundial y es considerablemente más alta que el porcentaje en los países del Sudeste Asiático. El VIH/SIDA, que forma parte del primer grupo de enfermedades, es responsable del 16,3 por ciento de todos los AVAD, por lo que tenemos que preguntarnos qué parte de responsabilidad tienen las demás enfermedades del primer grupo en esa carga de morbilidad. Aquí podemos mencionar la tuberculosis y la malaria, así como las enfermedades infantiles que pueden ser prevenidas con medidas de inmunización: tos ferina, poliomielitis, difteria, sarampión y tétano.

Cuadro 1. Porcentaje de años de vida ajustados en función de la discapacidad/1.000 personas por enfermedad/grupo de enfermedades, 2005

| Región OMS | Todo el Grupo 1 Transmisibles maternas, perinatales nutricionales enfermedades (%) | VIH/SIDA (%) | Malaria (%) | Maternas causas (%) | Grupo 2 Enfermedades no transmisibles (%) | Grupo 3 Lesiones (%) |
|------------------------|--|-----------------|----------------|------------------------|--|----------------------------|
| AFRO | 71,5 | 16,3 | 8,6 | 3,2 | 19,2 | 9,0 |
| América | 7,4 | 2,4 | 0,8 | 1,1 | 69,4 | 13,9 |
| EMRO | 43,7 | 0,9 | 1,0 | 2,9 | 43,4 | 12,9 |
| Sudeste Asiático | 39,0 | 3,0 | 3,5 | 2,3 | 47,1 | 13,9 |
| Pacífico Occidental | 17,3 | 1,1 | 1,6 | 0,9 | 68,3 | 14,4 |
| Europa | 9,5 | 2,0 | 0,1 | 0,4 | 77,2 | 13,3 |
| Mundo | 38,5 | 5,6 | 2,3 | 2,0 | 49,0 | 12,5 |

La malaria es responsable del 8,6 de la carga de morbilidad de los países AFRO. Este porcentaje es 2,5 veces más alto que el del Sudeste Asiático, y 5 veces más alto que el de los países del Pacífico Occidental, que incluye países con una elevada incidencia de malaria. Si los africanos pudiesen obtener una asistencia adecuada cuando la necesitan, no morirían tantas personas de malaria. A través de diversas agencias internacionales, como el Fondo Mundial, se suministran medicamentos eficaces. Lo importante es saber si se distribuyen esos medicamentos a los centros de salud y si los pacientes tienen problemas financieros cuando tratan de acceder a esos centros de salud.

Las enfermedades maternas son responsable del 3,2 por ciento de todos los AVAD en los países AFRO, y sólo del 0,4 por ciento en los países EURO, lo cual demuestra que se podría prevenir la mayor parte de esta causa. Los países EURO no sólo abarcan a todos los países industrializados de Europa Occidental, sino que también incluyen a los países de Europa Oriental y a las repúblicas de Asia central que formaban parte de la antigua Unión Soviética.

Las enfermedades del primer grupo se pueden prevenir en general, algunas a través de medidas de salud pública como el suministro de agua limpia e instalaciones sanitarias, y otras a través de una asistencia médica personal adecuada, que implica que se adopten medidas preventivas eficaces y se utilicen tecnologías médicas adecuadas en el momento oportuno. La falta de acceso a la asistencia debida a la subfinanciación del sistema de asistencia médica y a la falta de recursos económicos para obtener la asistencia son los principales impedimentos que afronta este grupo de enfermedades en muchos países de África.

Los informes y otras pruebas documentales revelan que la asistencia tardía o aplazada es la principal causa de las complicaciones y muertes debidas a las enfermedades del primer grupo. No debemos ignorar el problema del acceso físico a la asistencia médica en muchas partes de esos países. La distancia y la duración y los costes de los viajes son problemas en la práctica, aunque más acuciantes pueden ser los problemas relacionados con los posibles costes de la asistencia. Aún cuando la asistencia fuese gratuita después de un día de caminata al hospital del distrito, el temor a perder el salario o los ingresos durante los dos o más días necesarios también tiene un poder claramente disuasorio a la hora de solicitar asistencia.

El Cuadro 1 revela que las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son responsables del 19,2 por ciento de los AVAD en los países AFRO. Así pues, al aumentar las ENT, estos países afrontan una “doble carga” de morbilidad. Las enfermedades crónicas no siempre son consecuencia de enfermedades infantiles. Es más probable que sean consecuencia de cambios en el estilo de vida a medida que las sociedades, o sectores de ellas, prosperan. Los países africanos cada vez registran más este tipo de enfermedades asociadas a la alta incidencia de factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo y la falta de actividad física. Suponiendo que los miembros actuales de los sistemas de seguridad social en muchos países africanos sean los trabajadores mejor remunerados del país, y que se paguen prestaciones por discapacidad, la asistencia médica será fundamental para prevenir el aumento de ENT, en particular, la diabetes, las cardiopatías y el cáncer, así como la discapacidad que las acompaña. Se pueden evitar las complicaciones debidas a la alta presión sanguínea y la diabetes si se controlan en una fase precoz los factores de riesgo, incluida la obesidad.

El Cuadro 1 también muestra la enorme falta de equidad que existe en la salud a través de un indicador que refleja el impacto que tienen la mortalidad prematura y la discapacidad en la productividad y vida profesional, que son el núcleo del desarrollo social, y de la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social.

2. ¿Qué valor añadido aporta la asistencia médica a un sistema de seguridad social?

La asistencia médica es una prestación de corta duración a la que recurren la mayoría de los miembros y sus personas a cargo al menos una vez al año: es bastante posible que cerca de un 85 por ciento recurra a un médico o a un profesional de enfermería como paciente ambulatorio y que entre un 5 y un 8 por ciento precise asistencia como paciente hospitalario interno. En la sección anterior examinamos el estado de salud y la carga de morbilidad en África. Detrás de estas cifras se esconde una gran cantidad de necesidades de asistencia médica insatisfechas. Un logro considerable sería garantizar que toda la población visite un mínimo de dos veces al año a profesionales médicos.

Es bastante posible que a una madre trabajadora de 30 años de edad le preocupe más conseguir asistencia médica para su familia que obtener una pensión al cabo de treinta años,

aún cuando se le garantice un empleo durante todo ese periodo hasta la jubilación y aunque se garantice el valor de esa pensión y que no será objeto de la inflación ni de una disminución del poder adquisitivo. A los particulares les preocupa especialmente tener que afrontar cargas financieras imprevisibles ocasionadas por periodos de enfermedad, cuyo tipo, volumen del servicio o coste no pueden controlar.

Por lo tanto, si un sistema de seguridad social introduce prestaciones de asistencia médica podría fomentar la afiliación y el pago de las cotizaciones, puesto que los miembros querrán estar seguros de que están y seguirán estando cubiertos. En este contexto es importante la relación existente entre las cotizaciones y las necesidades. En un sistema de pensiones, el pago depende de los recursos (un porcentaje del salario), al igual que la prestación. Los miembros seguramente estarán insatisfechos cuando el salario declarado sea inferior al salario real. En el seguro de salud, el pago depende de los recursos mientras que la utilización del mismo dependerá de la necesidad. Así pues, cabe pensar que a los miembros no les importará que el empleador declare un salario más bajo. Si los dos están relacionados, la base de la cotización será la misma (por lo tanto, mientras que la asistencia médica estimula el registro y la conservación del derecho, las prestaciones a largo plazo, como la pensión y las prestaciones por discapacidad, estimulan que se declare el salario o los ingresos).

El segundo valor añadido de la asistencia médica es la salud, así como la productividad y el desarrollo que acompañan a un buen estado de salud. En las enfermedades, llega un momento en el que los adultos que las padecen disminuyen su productividad (registran mayor absentismo por enfermedad, más solicitudes por discapacidad y, llegado el caso, dejan de trabajar, lo cual implica que también dejan de cotizar). Las madres jóvenes que mueren en el parto dejan viudos y huérfanos que necesitarán más cuidados en casa. Los escolares que no pueden concentrarse en los estudios por causa de la mala nutrición no accederán a una educación superior ni conseguirán las cualificaciones para las habilidades que necesitan los países en desarrollo. Asimismo, cada niño que muere antes de alcanzar la edad escolar mermará considerablemente la mano de obra de la próxima generación. Además, todo esto reducirá la extensión de la cobertura del sistema de seguridad social, al mismo tiempo que originará nuevas solicitudes de prestaciones económicas por enfermedad y subsidios por discapacidad, así como solicitudes de subsidios por desempleo, en aquellos países en los que existan.

Un tercer valor añadido es la mejora del sistema de servicios sanitarios. Los contratos entre los sistemas de seguro social de salud y los prestadores de los servicios aportan directamente unos ingresos previsibles al proveedor que deberían fomentar la mejora de la calidad de la asistencia. Un régimen de seguro social de salud tiene bastante más poder que el paciente individual para adquirir prestaciones de asistencia médica. El seguro también tiene la obligación de garantizar la calidad de sus prestaciones de asistencia médica. Además, los prestadores de los servicios, al igual que el propio seguro, advierten rápidamente que si no consiguen aumentar la satisfacción de los pacientes, los afiliados se negarán a pagar

cotizaciones periódicas. Por lo tanto, el compromiso contraído entre los afiliados que pagan por anticipado la asistencia médica, el seguro y los prestadores de los servicios debería contribuir a mejorar y mantener la calidad de la asistencia.

3. ¿Por qué muchos países de África todavía no han integrado la asistencia médica en sus sistemas de seguridad social?

Antes de examinar esta cuestión, tenemos que comprobar la implantación actual que tiene la asistencia médica como prestación en los sistemas de seguridad social de esta región.

Un estudio sobre los “Regímenes de Seguridad Social en el Mundo: África 2007” muestra que, de los 44 países examinados, todos tienen programas que cubren los accidentes laborales, 41 tienen prestaciones de vejez, discapacidad y supervivencia y 20 ofrecen subsidios familiares. Pero sólo 20 ofrecen “asistencia médica” además de prestaciones económicas a los trabajadores durante el absentismo debido a una enfermedad. De los 20 países que ofrecen prestaciones de asistencia médica, cinco son los países de África del Norte: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos y Túnez. Cinco países ofrecen prestaciones limitadas de asistencia médica en el marco de los subsidios familiares y otras solo ofrecen prestaciones de asistencia médica por maternidad. En nueve de los 44 países, la legislación laboral vigente reconoce a los trabajadores y, en algunos casos, a las personas que tengan a cargo el derecho a una asistencia médica limitada. Tres países ofrecen regímenes contributivos a los funcionarios públicos (Burundi, Burkina Faso y Gabón).

Un informe elaborado por la Undécima Reunión Regional Africana de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) en Addis Ababa, en abril de 2007, señalaba que casi el 90 por ciento de la población del África subsahariana no tenía protección contra el riesgo de enfermedad o accidente. El informe destacaba que para “ayudar a los grupos más desaventajados y vulnerables a afrontar las contingencias de la vida, la protección social es un mecanismo eficaz para paliar la pobreza”.

Está claro que la asistencia médica es importante, por lo tanto nuestra siguiente pregunta será: si la asistencia médica es tan importante, ¿por qué ha sido integrada en tan pocos regímenes de seguridad social de África? ¿Es porque la realidad avanza más rápido que la seguridad social en esos países o porque se niegan las consecuencias que han tenido los cambios en la financiación de la asistencia médica durante las dos últimas décadas?

En el pasado, los gobiernos tenían la responsabilidad de establecer centros de asistencia médica, gestionarlos y financiar la asistencia médica de su población. Las legislaciones sanitarias básicas generalmente establecían esta responsabilidad y garantizaban asistencia gratuita en los centros estatales de asistencia médica. En muchos países de África, la asistencia

privada significaba clínicas y hospitales gestionados por instituciones benéficas sin fines lucrativos y, generalmente, religiosas (los servicios médicos de la misión), las cuales también ofrecían asistencia gratuita o sujeta a unas tarifas mínimas. A través de una cadena de acontecimientos asociados a políticas que han sido más económicas que sociales, la responsabilidad gubernamental ha pasado de financiar la asistencia médica a definir, legislar y aplicar mecanismos alternativos de financiación de la asistencia médica.

El cambio más drástico ha sido la aplicación de tasas al usuario por la utilización de servicios de sanidad, que implican pagos menores por servicios de asistencia médica en periodos de enfermedad sin reembolso alguno. Aún arriesgándose a afrontar oposición política, la mayoría de los gobiernos ha suspendido en la práctica la prestación gratuita de asistencia a todos sus ciudadanos menos a los más pobres y a los funcionarios públicos. La asistencia médica gratuita actualmente se limita a lo que los gobiernos pueden o quieren pagar. Además, los drásticos recortes en el gasto público se han traducido en presupuestos sanitarios mucho más bajos de los ingresos fiscales generales. Hasta que se empezaron a imponer tasas a los usuarios, estos centros públicos solían ser la única fuente de asistencia sin contraprestaciones financieras para la mayoría de la población.

El aspecto positivo es que la aplicación de tasas al usuario ha obligado a los ministerios de sanidad a desarrollar mecanismos de elaboración de presupuestos y fijación de precios que han entrañado una mejora de la administración financiera del gobierno central y de los hospitales. No obstante, las tasas tienen muchos posibles efectos negativos. Su aplicación en periodos de enfermedad, cuando se reducen los ingresos, puede conducir a un comportamiento sanitario irracional del paciente, que aplazará la búsqueda de asistencia, tomará decisiones sobre el miembro familiar que debería tener prioridad y sobre los servicios que deberán ser pagados después de la consulta inicial.

En muy poco tiempo, los proveedores de asistencia sanitaria se han dado cuenta de que pueden aumentar los ingresos si generan solicitudes de asistencia, incluso para servicios innecesarios. En los países en desarrollo, esto no se restringe al uso abusivo de la alta tecnología. La manifestación más común de servicios innecesarios es la alta proporción de pacientes que recibe medicinas innecesarias prescritas, muy frecuentemente en forma de inyección, en los servicios primarios de asistencia médica. Esto se traduce en una nueva sección de resultados sanitarios negativos; actualmente se sabe que la resistencia a medicinas eficaces se ha visto afectada por la prescripción abusiva de antibióticos, por no hablar del mayor riesgo que entraña la utilización de inyecciones. Un paciente particular que pague de su propio bolsillo no está protegido por ningún mecanismo, como un régimen de seguridad social, que garantice la adecuación y calidad de los cuidados prestados.

4. ¿Cómo se puede aumentar la financiación de la asistencia médica para sea estable y equitativa?

Existen varias posibilidades para aumentar los recursos de la asistencia médica en un país, que varían entre aumentar los presupuestos públicos asignados a la sanidad y entre diversas modalidades de imposición de tasas al usuario y la opción de la protección social. Está claro que estas posibilidades no son equivalentes en términos de estabilidad, sostenibilidad, uso racional de los ingresos familiares y aptitud para garantizar la calidad de la asistencia.

4.1. Aumento de la asignación de los presupuestos públicos con cargo a los ingresos fiscales

Un sistema nacional de servicios de salud, financiado a través de ingresos fiscales, que cubra a toda la población tal vez sea el método más sencillo para lograr la cobertura universal de la salud. No obstante, la base impositiva es exigua en la mayoría de los países en desarrollo, puesto que estos países suelen caracterizarse por tener pequeños sectores de trabajo formal y grandes sectores informales, así como por tener sistemas ineficaces de recaudación fiscal.

El presupuesto invertido por los gobiernos en sanidad es, en la práctica, muy bajo en muchos países en desarrollo. De hecho, si se pudiesen recaudar más ingresos fiscales seguirían persistiendo al menos dos problemas. En primer lugar, hay que decidir si se deben invertir más fondos públicos en sanidad, habida cuenta de que se precisan también otros servicios sociales como la educación básica y la vivienda. En segundo lugar, el presupuesto adicional para sanidad procedente de los ingresos fiscales deberá ser negociado cada año, lo cual se traducirá en una falta de estabilidad del importe disponible cada año.

4.2. Imposición de tasas a los usuarios

En la sección anterior examinamos la imposición de tasas a los usuarios de centros de salud pública. Que los pacientes estén dispuestos a pagar estas tasas no sólo dependerá del importe de las mismas sino también de que tengan recursos durante el periodo de enfermedad y de la opinión que tengan de los servicios públicos, que en general es mala en un sistema subfinanciado.

Los sectores más pobres y vulnerables de la población suelen estar exentos del pago de las tasas. No obstante, los hospitales públicos generalmente no reciben pagos específicos por la asistencia médica prestada a los pacientes exentos del pago de tasas. El tratamiento de estos pacientes se ha convertido en una fuente de resentimiento y en una carga financiera para los hospitales. Al no existir compensación financiera para los pacientes exentos del pago, obviamente se tiende a tratar mejor a los pacientes que pagan, incluidos aquellos que pagan directamente al personal a escondidas, que a aquellos que están exentos. Los problemas de

exención, inestabilidad, impopularidad y bajo rendimiento revelan, por lo tanto, que la imposición de tasas al usuario no es el método idóneo para que la financiación de la asistencia médica sea estable y adecuada.

4.3. Fondos rotatorios para la compra de medicamentos

Los Fondos rotatorios para la compra de medicamentos (FRCM) son, sobre todo, tasas impuestas al usuario por los medicamentos cuyo objetivo es garantizar su disponibilidad en un sistema público de prestación de asistencia médica sin ánimo de lucro. Los pacientes pagan unos precios que son el coste más un porcentaje fijo para gastos generales administrativos, que básicamente comprenden los costes de adquisición y los incentivos para los trabajadores sanitarios locales. UNICEF introdujo por primera vez este mecanismo en 1987 en Mali y lo llamó Iniciativa Bamako. En un principio consideró que se trataba de un programa para garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales en los vacilantes servicios de asistencia médica de muchos países del África subsahariana. Este mecanismo también fue el primer intento de abandonar el ideal de prestar servicios de salud gratuitos en el sector público.

Actualmente, muchos países de África tienen FRCM en los distritos locales. El impacto en el sistema ha sido objeto de muchos estudios. El aspecto más positivo es que el sistema demostró que los pacientes estaban dispuestos a pagar por bienes y servicios palpables. En términos de adecuación como mecanismo estable de financiación de la asistencia médica, las principales críticas son que los FRCM siguen siendo pagos menores en el momento de su utilización y que incluso pequeñas cantidades pueden constituir una carga financiera para poblaciones con ingresos muy bajos. No obstante, la conclusión más interesante a la que se llegó en el ámbito local fue el importe total de dinero recaudado de esta forma. El importe frecuentemente refleja el reconocimiento por parte de los trabajadores sanitarios locales de que cuantos más medicamentos se vendan, más incentivos de pago se generarán. No resulta difícil asumir que, en estas circunstancias, se prescribirán algunos medicamentos innecesarios. Si se puede generar una cantidad tan elevada entre la misma población destinataria, deberíamos ser capaces de recaudar el importe necesario de manera anticipada y utilizar los fondos para cubrir una serie de prestaciones de asistencia médica, empezando por la consulta inicial y no sólo por los medicamentos.

4.4. Fondos de capital para la salud (*Health Equity Funds*)

Los Fondos de capital para la salud (FCS) son un mecanismo relativamente nuevo que cubre la asistencia médica de las personas más pobres. Normalmente se trata de dotaciones no estatales de asistencia social para cubrir a las personas pobres, cuyos fondos proceden de organizaciones de desarrollo internacional. Organizaciones no gubernamentales (ONG) locales e internacionales son contratadas para que distribuyan estos fondos entre poblaciones pobres específicas, en vez de distribuirlos como parte de la política nacional. El importe que

se invierte anualmente en identificar a los pobres y los costes administrativos que entrañan los FCS reducen considerablemente el importe que queda disponible en la práctica para la asistencia médica. Además, estos fondos frecuentemente se limitan a cubrir la asistencia hospitalaria de los pacientes internos. Estos fondos no son adecuados para cubrir a todas las familias pobres. Además, si se sigue aplicando este método también se desincentivará el desarrollo de mecanismos de financiación sostenible de la asistencia médica por parte de los ministerios de sanidad nacionales en países con bajos ingresos. Los gobiernos se están dando cuenta de que las organizaciones de desarrollo internacional no garantizan, y de hecho no deberían garantizar, la financiación a largo plazo de la asistencia médica para las personas pobres.

4.5. La opción del seguro social de salud

Por todos estos motivos, la protección contra el riesgo de tener que pagar por la asistencia médica requiere un fundamento más amplio que el pago en el momento de su utilización, el cual normalmente procede de recursos familiares escasos, prestados a un coste elevado o, en el peor de los casos, a cambio de la venta de valores familiares que generan ingresos. El seguro, con sus principales elementos de prepago en forma de cotizaciones regulares asequibles y de agrupación social general, puede ofrecer esa protección; se trata de los mismos elementos aplicados a otras prestaciones de la seguridad social.

De hecho, la asistencia médica fue la primera rama formal de la solidaridad social o asistencia mutua, como podemos comprobar en la primera ley de Alemania en 1883, a través de la Ley del Seguro de Enfermedad de Bismarck, que definió la seguridad social como:

“La protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, desempleo, invalidez, vejez y muerte.”

La ley estipulaba que a) los trabajadores de determinados sectores industriales cuyos ingresos fuesen inferiores a un cierto importe deberían afiliarse a una caja de enfermedad y b) que se financiaría la caja con las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y sus empleadores. Otros países siguieron este modelo con una legislación similar, puesto que el seguro de salud obligatorio fue considerado como la respuesta adecuada a las expectativas de los trabajadores y sus familias. No obstante, esta tendencia ha sido muy lenta en los países del África subsahariana.

En el contexto nacional, los gobiernos están dispuestos a introducir el seguro social de salud a fin de conseguir fondos adicionales para la sanidad. En general, los proveedores de asistencia médica en el sector público están subfinanciados, lo que se traduce en salarios bajos, bajos

niveles de tecnología y una satisfacción aún más baja del público y de los profesionales sanitarios.

Los proveedores privados se mueven por el dinero y atraen a los pocos profesionales sanitarios disponibles, apartándolos así del sistema público. En poco tiempo, crecen los ingresos del sector privado, mientras que la calidad de la asistencia no mejora necesariamente en el mismo grado. El resultado es que aumentan los pagos menores de quienes pueden costearse esa asistencia, pero no aumenta la financiación del sector público, que sigue siendo el principal proveedor para la gran mayoría de la población.

Los empleadores intentan conseguir, cada vez con mayor frecuencia, mecanismos de seguro que cubran los accidentes laborales y la asistencia médica no relacionada con el trabajo en países en los que la legislación laboral exige al empleador que cubra la asistencia médica puesto que el sistema de seguridad social no la cubre. Los empleadores ya no quieren soportar todos los riesgos de salud de sus empleados y buscan mecanismos para compartir esos riesgos. Cuando no pueden permitirse ofrecer esta protección a través de compañías comerciales de seguros, empiezan a desarrollar un gran interés por el seguro social de salud.

Respecto al sector formal de la población actualmente cubierto por los sistemas de seguridad social, la asistencia médica se ha convertido en una cuestión importante. La asistencia médica es la prestación que utilizan todos los miembros de la familia a lo largo del ciclo vital, siendo la prestación más frecuentemente utilizada en comparación con las prestaciones de maternidad, invalidez, vejez y muerte. La experiencia con los Fondos rotatorios para la compra medicamentos en África reveló que las personas estaban dispuestas a pagar la asistencia médica cuando se garantizaba la disponibilidad de los servicios. Durante las dos últimas décadas se ha producido un importante avance: la evolución del seguro basado en la comunidad o del microseguro de salud para las personas excluidas de los sistemas del sector asalariado formal. Como describimos más adelante, estas iniciativas voluntarias se están multiplicando y ganando importancia como mecanismos de protección de la salud y como mecanismos de adquisición de asistencia médica.

Desde el punto de vista de la protección social, podemos resumir el seguro social de salud como un mecanismo óptimo y sostenible para:

- que las familias y otros socios paguen cotizaciones asequibles, justas y progresivas;
- combinar niveles óptimos a fin de reducir riesgos y fomentar la solidaridad entre diferentes grupos de población (joven y de edad avanzada, con altos y bajos ingresos, urbana y rural);
- aumentar la eficacia y garantizar la calidad en la adquisición de asistencia médica;
- fomentar relaciones entre los regímenes del seguro social de salud, los proveedores y los miembros que desincentiven los riesgos y abusos morales, y que promuevan un uso racional de la asistencia médica;

- que mejore la prestación de asistencia médica a través del incremento de los recursos financieros y de una asignación más adecuada de esos recursos;
- que la asistencia médica preste más atención a las preferencias de los pacientes y al aumento de la satisfacción de los profesionales sanitarios; y
- dar un importante paso adelante en la extensión de las prestaciones de seguridad social que enriquezca el concepto de protección social al mismo tiempo que mejore la salud y la productividad, y que reduzca la pobreza ocasionada por los problemas de salud.

5. ¿Qué ha ocurrido mientras tanto?

En términos de cobertura a través del seguro, el sector privado del seguro busca cualquier oportunidad para convencer a particulares y grupos de que adquieran pólizas de seguro de salud. En la mayoría de los casos son las compañías generales de seguros, y no los regímenes del seguro de salud, quienes ofrecen protección de la salud a través del sector privado del seguro comercial. Estas compañías de seguros de vida y de otra índole están dispuestas a soportar ciertas pérdidas en la asistencia médica a cambio de atraer a empleadores que pagan altos salarios. Las primas son elevadas y frecuentemente están asociadas a los riesgos de los particulares a no ser que los empleadores adquieran pólizas de grupos. El seguro privado comercial de salud suele cubrir a menos del 2 por ciento de la población y origina, por tanto, otra desigualdad en el acceso a la asistencia médica.

En Sudáfrica y Zimbabwe ha evolucionado un tipo diferente de seguro privado de salud. Se basa en el sistema tradicional de asistencia mutua en el que han surgido compañías de seguro médico sin ánimo de lucro que se esfuerzan en cubrir a los trabajadores con altos, medios y bajos ingresos, y a sus familias. Se trata de un tipo de seguro voluntario por lo que los empleadores y las familias no tienen obligación legal de afiliarse. La cobertura sigue siendo baja, ya que apenas cubre al 7 por ciento de la población en Sudáfrica y cubre, básicamente, a la población con ingresos más altos. No obstante, ha erosionado el concepto tradicional al aumentar las primas, ya que estos regímenes cada vez dependen más de empresas privadas con ánimo de lucro para prestar servicios de salud y utilizan compañías comerciales externas para gestionar la administración financiera.

Otra forma, cada vez más popular, de seguro voluntario es el seguro de salud basado en la comunidad, o los regímenes de microseguro, creados por instituciones locales como las asociaciones o cooperativas comunitarias, o por los proveedores de asistencia médica. El objetivo del seguro de salud basado en la comunidad (SSBC) es proteger a las familias que forman parte del sector por cuenta propia o informal (suelen ser quienes se encuentran excluidos de los regímenes de seguridad social para el sector formal) de los costes de la asistencia médica.

El régimen de Bwamanda, instaurado en 1986, fue el pionero en este ámbito del seguro basado en la comunidad o de microseguro de salud, cuando el hospital del distrito de

Bwamanda en una zona rural de la República Democrática del Congo ofreció a la población en su ámbito geográfico de influencia la afiliación a un régimen de prepago con el fin de obtener sus servicios de salud sin tener que pagar en el momento de su utilización. Los informes bien documentados sobre el régimen de Bwamanda revelan que la población está dispuesta a pagar y que el hospital obtiene considerables y previsibles ingresos a través del régimen. Desde entonces, ha aumentado considerablemente el número de estos regímenes en África, sobre todo en los países de habla francesa. La mayoría funcionan en zonas rurales y están vinculados a asociaciones de la comunidad, en lugar de los proveedores de asistencia médica.

Aunque aumenta el interés por el seguro basado en la comunidad o el microseguro de salud, todavía no se conoce bien esta forma de financiación de la asistencia médica que, actualmente, es más objeto de críticas que de apoyo. Algunos economistas del ámbito de la sanidad alegan que los regímenes pequeños del seguro de salud no son sostenibles y que la proliferación de este tipo de regímenes conduce al caos más que una expansión controlada y estable de la cobertura. Como principales motivos de su lenta expansión se mencionan capacidades insuficientes de gestión, la falta de un marco para la coordinación entre los regímenes y prestaciones limitadas de asistencia médica.

Sin duda alguna, es difícil cubrir a más del 50 por ciento de la población a escala local a través de estos regímenes voluntarios y pequeños. Los principales componentes, como las tasas de cotización y los mecanismos de recaudación, así como las prestaciones, varían de un régimen a otro, por lo que dificultan enormemente la fusión y la portabilidad de los derechos. Los regímenes frecuentemente carecen de capacidad de gestión para garantizar su expansión sostenida y la viabilidad financiera.

A pesar de los problemas y puntos débiles de estos regímenes, no se debería subestimar su importancia. Evitan que muchas personas se sumen en la pobreza por causa de los costes de la asistencia médica y conciencian sobre el concepto de solidaridad y la necesidad de instaurar mecanismos de protección social y médica asequible para todos. Con un compromiso político y una política nacional que aplique regulaciones y orientaciones que controlen la expansión y fusión de los regímenes, la cobertura universal puede convertirse en una realidad. Para ello se precisará una política de colaboración, por medio de la cual, si fuese necesario, el sistema de seguridad social para el sector formal podría asistir o asumir la cobertura de la población del sector por cuenta propia e informal. La AISS, en cooperación con el programa STEP de la OIT y la Asociación Internacional de la Mutualidad (*Association internationale de la mutualité* (AIM)), ha elaborado estudios de caso sobre esta colaboración, cuyos documentos constituyen un excelente material para consolidar el proceso.

Ruanda es un magnífico ejemplo de este proceso y, de hecho, uno de los estudios de caso describe su experiencia. Como parte primordial de la reforma del sistema de salud de Ruanda posterior a 1994, en 1999 se instauró un régimen nacional independiente de seguro de salud

comunitario. Las Mutuas de Salud (*Mutuelles de santé*) cubren actualmente a más del 70 por ciento de la población destinataria de la reforma en todas las provincias y el uso de la asistencia médica ha aumentado considerablemente en comparación con los periodos en los que se imponían tasas al usuario. Las cotizaciones que cubren a toda la familia son relativamente bajas, los costes administrativos se mantienen por debajo del 8 por ciento de los ingresos y se ha creado un fondo central de reserva para cubrir emergencias. Además de elaborar políticas, ofrecer asistencia técnica y realizar supervisiones, el gobierno central impulsa el proceso otorgando una subvención a cada distrito. El objetivo inmediato es reforzar la colaboración fusionando el sistema con el régimen para funcionarios públicos y el Seguro Médico Militar.

6. ¿Cómo se puede llevar a cabo?

La inclusión de la asistencia médica en el paquete de seguridad social puede entrañar los cambios que necesitamos. Como señalamos al principio de este artículo, los sistemas de seguridad social de la mayoría de los países africanos no consideraban hasta hace poco que la asistencia médica fuese una prioridad. La integración de la asistencia médica no es una tarea fácil, en particular puesto que los sistemas de seguridad social no siempre tienen experiencia médica o experiencia profesional en asistencia médica. La verdad es que gestionar los aspectos médicos de los programas de accidentes laborales no es tan difícil como gestionar un sistema global de seguro de asistencia médica para todos los trabajadores y sus personas a cargo.

El desarrollo del seguro social de salud no debería ser considerado como responsabilidad exclusiva de los ministerios de sanidad en su condición de iniciadores o aplicadores. Ya hemos señalado que los ministerios de sanidad ahora manifiestan un gran interés en la opción del seguro de salud aunque no tienen las capacidades institucionales básicas para afiliar a la población y recaudar cotizaciones, aspectos que son el núcleo de la extensión de la cobertura y de la viabilidad de la financiación. También es difícil establecer la gobernanza tripartita necesaria en los sistemas del seguro social de salud gestionados por un ministerio de sanidad. Un punto adicional es que es bastante más fácil para los sistemas de seguridad social que para un ministerio de sanidad contratar con proveedores tanto del sector público como del sector privado.

Por eso, instamos a las organizaciones de seguridad social a que emprendan iniciativas, identifiquen socios, empezando por el ministerio de sanidad, y acometan un proceso serio y continuo de integración de la asistencia médica en sus sistemas de seguridad social. Los sistemas de seguridad social deberían considerarlo como una oportunidad para conseguir el valor añadido anteriormente mencionado, es decir, como una oportunidad para reforzar el crecimiento nacional a través de la protección social y no como una oportunidad para conseguir exclusivamente el crecimiento de un sistema de seguridad social. También brinda al ministerio de sanidad la oportunidad de cumplir con su obligación de desarrollar los mejores métodos para financiar la asistencia médica de la población con un socio sólido y

digno de confianza. Con el compromiso político del gobierno, una política nacional clara y una dirección adecuada de las partes interesadas para que colaboren, se podrán afrontar los distintos problemas o dificultades que surjan. A continuación recogemos las principales preguntas que se formularán en el proceso:

6.1. ¿Existen requisitos previos?

En la mayoría de los países del África Subsahariana es tan urgente conseguir una financiación estable de la asistencia médica que es imposible realizar estudios prolongados; además gran parte de los datos necesarios ya existen a través del trabajo realizado durante los últimos años. En vez de realizar nuevos estudios, es más importante formar a un grupo básico de personas para que entienda la naturaleza del seguro social de salud. Existen muchos malentendidos, en primer lugar la crítica de que la tasa de cotización para cubrir a las personas a cargo y obtener una gama completa de prestaciones sería tan alta que los costes laborales se verían negativamente afectados. Los regímenes de seguridad social que han integrado la asistencia médica como una prestación lo han hecho con una tasa de cotización moderada. El grupo seleccionado para la formación, que incluirá a altos funcionarios estatales que participarán en el proceso, debería ser capaz, en estas condiciones, de identificar las principales lagunas en los datos disponibles y de utilizar todos los recursos para desarrollar las herramientas ideológicas, políticas, legislativas y reguladoras adecuadas. Este grupo también podrá afrontar la previsible oposición a la integración del seguro social de salud procedente de los sectores del seguro privado y de los proveedores privados de asistencia médica, como se menciona al inicio del debate.

Algunos socios internacionales en materia de desarrollo, incluidos la OIT, la AISS y la OMS, están dispuestos a prestar asistencia técnica en el ámbito del seguro social de salud. No obstante, el proceso de desarrollo tiene que ser un proceso nacional desde el principio, dirigido por un equipo nacional multisectorial y no por una o dos personas.

El grupo podrá contar con asesoramiento externo, pero la aceptación del producto, el análisis de cada propuesta y la subsiguiente toma de decisiones sólo podrá proceder de ciudadanos nacionales que hayan adquirido conocimientos cumulativos sobre las principales cuestiones en juego. El éxito final del régimen depende de la medida en que los ciudadanos nacionales informados contribuyan al proceso y asuman las responsabilidades implicadas.

Otro requisito previo es, obviamente, la existencia de un sistema de servicios de salud que pueda ofrecer la prestación a la que los asegurados tengan derecho a través de un pago anticipado regular. Muy pocos países cuentan con un sistema de este tipo y llevaría demasiado tiempo crear la situación idónea. No obstante, con el aumento de la inversión estatal en la infraestructura de asistencia médica y la formación de recursos humanos adecuados en el ámbito de la sanidad, así como la cooperación entre el sistema de seguro social de salud y los proveedores de la asistencia médica, se pueden tomar medidas para

asegurar la prestación inicial de la asistencia y para planificar las mejoras, a través del compromiso de aumentar la financiación con los ingresos del seguro de salud. Frecuentemente, la cuestión clave es que exista suficiente flexibilidad para que los proveedores puedan utilizar los ingresos del seguro de salud a fin de aumentar las dotaciones para el personal y mejorar la situación de los pacientes, lo cual, a su vez, aumenta la satisfacción.

6.2. ¿Qué instrumentos legislativos son necesarios?

Tanto el seguro de salud obligatorio como el voluntario precisan instrumentos legislativos, incluidas leyes y regulaciones, para garantizar una aplicación eficaz. Es posible que las legislaciones laborales vigentes deban ser revisadas, ya que los empleadores no querrán seguir teniendo la responsabilidad de pagar la asistencia médica no relacionada con el trabajo además de las nuevas cotizaciones de asistencia médica. Puede ser que las organizaciones de la seguridad social no precisen el proceso completo de elaboración y aprobación de disposiciones legislativas para integrar la asistencia médica puesto que las leyes vigentes de seguridad social en muchos países permiten que se añadan nuevas prestaciones y nuevos grupos de población (como los trabajadores de pequeñas empresas y los trabajadores autónomos) a través de simples enmiendas. Probablemente será preciso modificar la supervisión y la gobernanza para garantizar la participación de profesionales sanitarios y especializados adecuados. Además, la incorporación de conocimientos y aptitudes a este ámbito redundará en beneficio de los sistemas existentes de seguridad social. Dos puntos importantes son:

- si se decide que la cobertura universal sea la política oficial, la legislación debería incluir redes de seguridad social, o establecer vínculos con dichas redes, para los grupos de población vulnerables y con ingresos muy bajos que no puedan cotizar; y
- los instrumentos legislativos son esenciales pero su instauración no debería durar años. Las leyes deberían cubrir los principios y obligaciones, mientras que se deberían integrar en reglamentos aquellos componentes que puedan precisar un ajuste periódico.

6.3. ¿Qué prestaciones de asistencia médica deberían ser ofrecerse?

En un nuevo régimen de seguro social de salud se tiende a preferir un "paquete mínimo de prestaciones" o a limitar las prestaciones para cubrir "costes desastrosos", que normalmente implican el ingreso hospitalario. Aquí existen diversas cuestiones subyacentes. En primer lugar, un seguro que ofrezca prestaciones que utilizarán todos los miembros de la familia al menos una vez al año puede ser muy atractivo para los posibles afiliados. Sin embargo, la atención hospitalaria a pacientes internos, que sólo utilizará entre el 5 y el 8 por ciento de la población cubierta cada año, es bastante menos atractiva. Pero la experiencia demuestra que la restricción de las prestaciones de asistencia hospitalaria conduce a un uso irracional del servicio: los afiliados retrasarán la solicitud de asistencia hasta que, de hecho, la gravedad de

su enfermedad requiera hospitalización. También puede ocurrir que los pacientes abusen del régimen cuando deban ingresar como pacientes internos para obtener servicios que pueden ser prestados de manera ambulatoria.

En segundo lugar, es injusto limitar las prestaciones a un paquete mínimo de asistencia primaria básica en centros comunitarios. Como en todo el mundo, los africanos cada vez tienen más expectativas de beneficiarse de los resultados de la ciencia médica y la tecnología moderna. También se deberían tener en cuenta las preferencias de los asegurados en términos de confort y dignidad al recibir la asistencia. Los africanos merecen recibir una gama equilibrada de asistencia médica que satisfaga sus necesidades sanitarias, médicas y culturales.

El paquete de prestaciones no necesita incluir todas las tecnologías médicas disponibles y seguras. Se puede conseguir el control de costes necesario para que las tasas de cotización sean asequibles haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud, en mecanismos eficaces de referencia y una adquisición adecuada de la asistencia médica. La inclusión de servicios preventivos no implica que el ministerio de sanidad transfiera su responsabilidad de prevenir las enfermedades al régimen de seguro. Por el contrario, significa que el gobierno podrá cumplir mejor su obligación en materia de salud pública, coordinándola con la responsabilidad que incumbe al régimen del seguro de salud de promover comportamientos sanos y de evitar enfermedades entre las personas y familias.

Se suelen excluir servicios considerados como tecnologías de alto coste. Una vez más, la administración eficaz de un régimen puede encontrar métodos para limitar el uso de una lista precisa de servicios de alto coste a través de mecanismos de referencia y de la gestión de reservas razonables consagradas a este objeto.

El principal mecanismo para controlar los costes es el mecanismo de pago al proveedor. Para ello es fundamental celebrar contratos firmes con centros de salud acreditados y establecer mecanismos de pago al proveedor que no se basen en el volumen de la asistencia prestada. Es decir, el mecanismo de pago al proveedor debería garantizar la calidad de la asistencia y evitar que se presten servicios innecesarios a la población asegurada con el simple objetivo de aumentar los ingresos del proveedor. Por este motivo, muchos regímenes del seguro social de salud están cambiando el pago de honorarios por el pago de cuotas u otros métodos de pago. Cada régimen de seguridad social tiene fondos limitados que dependen del grupo de personas aseguradas y del cumplimiento del pago de las cotizaciones, que no pueden ser simplemente incrementadas por la ineficacia o el abuso de las prestaciones cubiertas.

Al definir las prestaciones, una cuestión pertinente es si se debería cubrir el VIH/SIDA, puesto que la actual alta prevalencia del VIH/SIDA plantea serios desafíos a la viabilidad financiera de ofrecer prestaciones completas. Sería extremadamente incorrecto excluir de la asistencia preventiva o intensiva a las infecciones intercurrentes de las personas aseguradas que sean VIH seropositivas o a las que se haya diagnosticado el VIH/SIDA. Los altos costes de

la asistencia prestada a los pacientes con VIH/SIDA se deben, en la práctica, a los medicamentos antirretrovirales que, si bien son eficaces, también son necesarios durante largos periodos. Actualmente el Fondo Mundial y otros donantes internacionales donan estos medicamentos a los países altamente endeudados. No obstante, al igual que ocurre con el suministro de medicamentos para curar la tuberculosis y la malaria a través del Fondo Mundial, estos medicamentos sólo son suministrados después de que se haya realizado un diagnóstico. La falta de acceso a la asistencia médica primaria y el retraso en la detección y diagnóstico de ambas enfermedades ha conducido a tres tendencias bastante nocivas:

- un aumento de la gravedad de la enfermedad en los particulares;
- el contagio de la enfermedad a otras personas; y
- un aumento de la discapacidad y de la mortalidad prematura debidas a estas enfermedades.

Por lo tanto, los regímenes del seguro social de salud tienen que intentar establecer asociaciones con las agencias que actualmente combaten el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Además de financiar la prevención y los medicamentos antirretrovirales, convendría buscar un método para agrupar al menos algunos de los recursos de estas agencias, como el subsidio para el pago de las cotizaciones de las familias que son víctimas del VIH/SIDA y que no pueden pagar las cotizaciones.

6.4. ¿Cuánto tiempo será necesario para cubrir a toda la población?

No es posible cubrir inmediatamente, ni a corto plazo, a toda la población, aún cuando la política y legislación vigentes establezcan la cobertura universal. En un sistema obligatorio de seguridad social existente, será obviamente más fácil empezar con quienes ya tienen cobertura de una pensión y otras ramas de prestaciones. La integración de la asistencia médica puede, de hecho, contribuir en gran medida a activar la extensión de esta población, si, por ejemplo, se extiende la cobertura a los trabajadores de empresas más pequeñas que las que actualmente están cubiertas. En el caso de que exista un régimen particular para los funcionarios públicos, se podría extender a los trabajadores remunerados del sector privado. Si el sistema de seguridad social ahora sólo cubre al sector privado, esta podría ser la oportunidad para negociar con el gobierno a fin de que cubra a los funcionarios públicos. En cualquier caso, la provisión de asistencia médica debería cubrir al trabajador y a las personas que tenga a cargo. A veces los gobiernos asumen la responsabilidad de financiar la asistencia médica de los niños. En un sistema de salud subfinanciado, esto significa que la asistencia prestada a los niños seguirá estando subfinanciada. Es imposible y apenas recomendable cubrir sólo a los trabajadores; además, no se podrá conseguir una cobertura universal si se cubre a cada persona como una entidad separada.

La extensión de la cobertura de los trabajadores autónomos y del sector informal es más complicada. Si en el país ya se ha instaurado el seguro social de salud voluntario, a través de

sistemas de seguro basados en la comunidad o de microseguro de salud, el reto será reforzar estos regímenes y concienciar a la opinión pública sobre las ventajas de la afiliación. Este proceso puede durar años, o puede ser acortado con apoyo de organismos centrales, incluido el apoyo de los regímenes existentes de seguridad social, hasta que el sistema obligatorio pueda cubrir a toda la población. La cobertura universal también requiere que el gobierno se comprometa a adoptar un mecanismo de red de seguridad que cubra a la población inactiva económicamente y a otras personas y familias vulnerables. El proceso encaminado a conseguir cobertura universal también necesita que se adopte una política clara sobre las etapas y calendarios previstos para cubrir a cada tipo específico de población, que podría ser el tipo de empleo, afiliación con grupos y cooperativas de la sociedad civil, o por zonas geográficas.

Conclusiones

El informe de la OIT titulado *El Programa de Trabajo Decente en África: 2007-2015* señaló:

“El desafío más grande para la protección social en África es extender la cobertura de la seguridad social para garantizar que las personas tengan acceso a la asistencia médica y gocen de al menos un nivel mínimo de seguro contra pérdida de ingresos. Sólo así será posible hacer realidad en el continente africano el derecho a la seguridad social proclamado en el Artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos [...] Realizar esfuerzos para proveer protección social básica es por lo tanto un camino factible para reducir pobreza e inseguridad de los países en el África al sur del Sahara”.

Hemos comprobado que la asistencia médica en África está atrasada (y no solo por culpa del VIH/SIDA, la tuberculosis o la malaria) y que las observaciones del Programa de Trabajo Decente resumen lo que es preciso hacer.

El desarrollo e integración sin problemas de la asistencia médica requiere elementos tanto políticos como técnicos. Además, es preciso examinar el papel real y potencial que incumbe a cada parte interesada. También es necesario comprender bien el concepto y los objetivos, y que la estabilidad política y socioeconómica garantice que se seguirá aplicando esta política aún cuando se produzcan cambios en el gobierno. El aumento de la financiación para la asistencia médica a través del seguro social de salud no implica que los gobiernos, a través de los ministerios de sanidad, deban invertir menos en asistencia médica. Por el contrario, los ministerios de sanidad deberán aumentar los recursos para la salud, incluida la financiación, en casi todos los países de África.

No tenemos las herramientas necesarias para conseguir equidad en la salud. Pero sí que tenemos herramientas para lograr equidad en el acceso a la asistencia médica a través de la protección social, incluido el seguro social de salud, de manera que África no tiene por qué

estar atrasada en el ámbito de salud, y puede salir del ciclo de pobreza y problemas de salud. En efecto, los sistemas de seguridad social forman parte de las organizaciones más poderosas en cualquier país: tienen apoyo político y estructuras institucionales para añadir la asistencia médica a la gama de prestaciones que ofrecen, incluso para extender (o empezar a extender) esta prestación a los trabajadores autónomos y del sector informal.

Referencias

- Abel-Smith, B. 1992. «Health insurance in developing countries: Lessons from experience», en *Health Policy and Planning*, vol. 7, nº 3, págs. 215-226.
- Abel-Smith, B.; Rawal, P. 1992. «Can the poor afford "free" health care: A case study of Tanzania», en *Health Policy and Planning*, vol. 7, nº 4, págs. 329-41.
- Arhin, D. C. 1995. «Health insurance in rural Africa», en *Lancet*, nº 345, págs. 435-444.
- Atim, C. 1998. «The contribution of mutual health organizations to financing, delivery and access in health care in West and Central Africa: Synthesis of research in nine countries», en *PHR Reports*, nº 18.
- Carrin, G.; Desmet; Basaza, R. 2000. «Social health insurance development in low-income developing countries: New roles for government and non-profit organizations», en X. Scheil Adlung (ed.), Asociación Internacional de la Seguridad Social, *Building social security: The challenge of privatization*. Piscataway, NJ, Transaction Publ. <<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/02A6ADBE-FF59-4640-A1DE-3304A00AF5C9/0/buildingsocialsecutiryXeniaScheilAdlung.doc>> (accedida el 18.05.2009).
- Castillo-Riquelme, M.; McIntyre D.; Barnes, K. 2008. «Household burden of malaria dans South Africa and Mozambique: Is there a catastrophic impact?», en *Tropical Medical International Health*, nº 13, págs. 108-122.
- Chaora, M. 1997. *Health insurance development in Zimbabwe* (Case study). Harare, CIMAS Medical Aid Society.
- CIA. Sin fecha. *World Fact Book*. Washington, DC, Agencia Central de Inteligencia.
- Criel, B.; Van der Stuyft, P.; Van Lemberghe, W. 1999. «The Bwamanda hospital insurance scheme: Effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns», en *Social Science & Medicine*, nº 48, págs. 897-911.
- Gbossa, L.; Gauthé, B. 2002. *Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development* (ESS Paper, nº 12). Ginebra, OIT – SOCPOL.
- Geest, S. van der. 1992. «Is paying for health care culturally acceptable in sub-Sahara Africa?», en *Social Science & Medicine*, vol. 6, nº 32, págs. 667-673.
- Gilson, L.; Mills, A. 1995. «Health sector reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years», en *Health Policy*, nº 32, págs. 215-243.
- Gilson, L. 1997. «The lessons of user fee experience in Africa», en *Health Policy and Planning*, vol. 12, nº 4, págs. 273-285.

- Gilson, L.; McIntyre, D. 2007. «Post-apartheid challenges: Household access and use of health care in South Africa», en *International Journal of Health Services*, n° 37, págs. 673-691.
- Ginneken, W. van. 2002. *Extending social security: Policies for developing countries* (ESS Paper, n° 13). Ginebra, OIT – SOCPOL.
- Logie, D. E.; Rowson, M.; Ndagije, F. 2008. «Innovations in Rwanda's health system: Looking to the future», en *Lancet*, n° 372, págs. 256-261.
- Mathers, C.; Loncar, D. «Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030», en *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 11.
- McIntyre, D.; Mooney, G. 2007. *The economics of health equity*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Moens, F. 1990. «Design, implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: A pre-paid health plan in the Bwamanda health zone», en *Social Science & Medicine*, vol. 30, n° 12.
- Musango, L.; et al. 2006. «Sistema de salud y regímenes de seguro de enfermedad en Ruanda», en *Revista internacional de Seguridad Social*, vol. 59, n° 1.
- Nyonator, F.; Kutzin, J. 1999. «Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana», en *Health Policy and Planning*, vol. 14, n° 4, págs. 329-341.
- Oficina Internacional del Trabajo. 2002. *Micro-assurance santé: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. Ginebra, OIT – STEP.
- . 1999. *Health micro-insurance: The Abidjan platform*. Ginebra, OIT – STEP.
- . 2007. *The decent work agenda in Africa: 2007-2015* (Informe del Director General, 11ª Reunión regional africana, Addis Abeba, Abril). Ginebra, OIT. <[http://www.ilo.org/global/What we do/Publications/Officialdocuments/Director-Generalsreports/lang--en/docName--WCMS_082282/index.htm](http://www.ilo.org/global/What_we_do/Publications/Officialdocuments/Director-Generalsreports/lang--en/docName--WCMS_082282/index.htm)> (accedida el 18.05.2009)
- Organización Mundial de la Salud. 2000. «¿Quién costea los sistemas de salud?», en *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Genève, OMS. <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch5_fr.pdf> (accedida el 18.05.2009).
- Organización Mundial de la Salud. 2005. *Social health insurance: Selected case studies from Asia and the Pacific*. OMS – Oficinas Regionales para Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch5_es.pdf> (accedida el 18.05.1009).
- Ron, A.; Abel-Smith, B.; Tamburi, G. 1990. *Health insurance in developing countries: The social security approach*. Ginebra, OIT.
- Ron, A.; Scheil-Adlung, X. (sous la dir. de). 2001. *Recent health policy innovations in social security* (International Social Security Series, vol. 5). Piscataway, NJ, Transaction Publ.

Russell, S.; Gilson, L. 1995. *User fees at government health services: Is equity being considered?* (PHP Publication, n° 15). Londres, School of Hygiene and Tropical Medicine.

SSA ; AISS. 2007. *Social security programs throughout the world: Africa*. Washington, DC, Administración de la Seguridad Social. <<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2006-2007/africa>> (accedida el 18.05.2009).

Waddington, C.; Enyimayew K. 1989. «A price to pay: The impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana», en *International Journal of Health Planning and Management*, n° 4, págs. 17-47.

Weaver, M. ; et al. 1994. «Prospects for reform of hospital fees in Sub-Saharan Africa: A case study of Niamey National Hospital in Niger», en *Social Sciences & Medicine*, vol. 38, n° 4, págs. 565-574.