Iniciativa de la AISS Investigaciones & Puntos de Vista Núm. 12

Evaluación de la falta de cobertura

Una sinopsis del estudio de la Iniciativa de la AISS

Centre for Research in Social Policy,
Universidad de Loughborough

Simon Roberts
Karl Ashworth
Bruce Stafford

Abril 2004

Evaluación de la falta de cobertura

Una sinopsis del estudio de la Iniciativa de la AISS

Centre for Research in Social Policy
Universidad de Loughborough

Simon Roberts
Karl Ashworth
Bruce Stafford

1. Introducción

Este informe examina qué personas y por qué motivos están excluidas de la cobertura de la seguridad social en quince países seleccionados en todo el mundo. Los países objeto de estudio son: Alemania, Australia, Costa Rica, Estados Unidos, Finlandia, Hungría, India, Malí, Marruecos, México, Reino Unido, República Checa, Tailandia, Tanzania y Uruguay. El estudio examina la cobertura de la vejez y de la asistencia sanitaria en los quince países y la cobertura del desempleo en Alemania, Australia, Estados Unidos, Finlandia y Reino Unido. Además, el estudio cuestiona cuáles son los programas que adolecen de mayor ausencia de universalidad de cobertura y qué opciones políticas existen a corto y medio plazo para extender la cobertura.

1.1 Los países objeto de estudio

Se ha seleccionado esta muestra de países para incluir a aquellos que tengan una amplia gama de características geográficas, demográficas, económicas, políticas y de mercado laboral, así como distintas experiencias históricas, tradiciones y modelos de seguridad social. Por razones analíticas, se han clasificado los países en tres grupos:

Los países del Grupo A son: Alemania, Australia, Estados Unidos, Finlandia y Reino Unido;

Los países del Grupo B son: Costa Rica, Hungría, México, República Checa y Uruguay;

Los países del Grupo C son: India, Malí, Marruecos, Tailandia y Tanzania.

El criterio decisivo para establecer esta clasificación en tres grupos ha sido económico, en particular el PIB per cápita.

2. Cobertura

2.1 Pensiones de vejez

Los datos hacen pensar en una estrecha relación entre el nivel nacional de desarrollo económico y la cobertura de la seguridad social. El análisis desvela la relación existente entre el nivel de cobertura de la seguridad social y el PIB per cápita, el número de personas empleadas en el sector agrícola, el porcentaje de población económicamente activa que trabaja por cuenta propia en términos económicos y el porcentaje estimado de PIB generado por el sector informal. Asimismo, el estudio también constata que existía una cierta relación entre el nivel de cobertura de la seguridad social y la circunstancia de que el sistema de seguridad social fuese nacional o consistiese en regímenes sectoriales o profesionales.

En aquellos casos en los que se define la cobertura como el hecho de ser actualmente beneficiario de una pensión de vejez, el estudio confirma los resultados de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)[1], en el sentido de que elevados porcentajes de población en diversas regiones del mundo no obtienen protección social alguna, o sólo tienen una cobertura muy limitada. Mientras que en los países del Grupo A la cobertura oscila entre un 72% en el Reino Unido y un 99% en Finlandia, se estima que la cobertura en los países del Grupo B oscila entre un 17% en México y un 88% en la República Checa, y que en los países del Grupo C dicha cobertura oscila entre un 4% en Tailandia y un 47% en Marruecos.

En aquellos casos en los que la cobertura se basa en el hecho de que las personas en edad de trabajar contribuyan actualmente a los regímenes de pensiones o estén cubiertas por un régimen universal o basado en la residencia, se puede considerar que una media del 84% de la actual población en edad de trabajar de los países del Grupo A está cubierta por una pensión estatal. En los países del Grupo B, aproximadamente la mitad de los futuros beneficiarios estarían cubiertos. Y, por lo que respecta a los países del Grupo C, una media del 12% de la población en edad de trabajar cotiza a los regímenes de pensiones (de cualquier tipo).

Mientras que las cifras mencionadas para los países del Grupo A y del Grupo B muestran un porcentaje de personas cubiertas por el principal régimen nacional de pensiones, no hacen referencia a aquellas personas que reciben prestaciones de jubilación de otra índole. Ambos grupos de países cuentan con una mezcla de (todos o sólo de algunos) regímenes contributivos, no contributivos, no contributivos con verificación de recursos y privados, para proporcionar una seguridad de ingresos en la vejez. Lo ideal sería que la cobertura se hubiera definido ampliamente con el fin de incluir la recepción de cualquier prestación posible por un riesgo específico. No obstante, el condicionante de trabajar con datos publicados, implicó que no era posible evaluar el número de personas que actualmente recibían alguna de dichas prestaciones. La simple suma del número de receptores de cada prestación por un riesgo determinado correría el riesgo de multiplicar el número total de personas.

Si se toman en consideración las prestaciones por supervivencia, las pensiones profesionales y privadas y la asistencia social sujeta a verificación de recursos, se estima que todos los países del Grupo A ofrecen seguridad social en la vejez a más de un 95% de la población, mientras que si se incluyen las prestaciones por supervivencia y la asistencia

[1] OIT (2000) *Informe sobre el Trabajo en el Mundo 2000* de la Oficina Internacional del Trabajo: *La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación* (*Income Security and Social Protection in a Changing World*). Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, junio.

social, es posible que la mayor parte de la población esté cubierta por pensiones de vejez tanto en la República Checa como en Hungría. No obstante, tasas nominalmente elevadas de cobertura bajo regímenes no contributivos sujetos a verificación de recursos podrían encubrir la demanda real, independientemente del país.

La cobertura de la seguridad social puede estar declinando en la República Checa y en Hungría, mientras que, en México y Uruguay, la cobertura de la vejez se estancó o declinó a mediados y durante la segunda mitad de los años 90. A finales de dicha década, la cobertura en México había retornado al nivel que tenía antes de la crisis económica de 1995. No obstante, mientras que Uruguay todavía tenía una de las dos tasas más elevadas de cobertura de pensiones en América Latina, entre los años 1999 y 2001 se produjo una tendencia a la baja en la cobertura, aumentando el incumplimiento de forma constante entre 1996 y 2000.

2.2 Salud

Con la excepción de Estados Unidos, todos los países del Grupo A ofrecen prácticamente un 100% de cobertura a su población nacional, mientras que en los países del Grupo B, con la posible excepción de México, también se ofrece asistencia sanitaria a prácticamente toda la población. La cifra del 58% en México representa a las personas que tienen seguro social. Por lo tanto, no incluye a las personas que estén cubiertas por los servicios sanitarios prestados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La cobertura en los países del Grupo C es mucho más baja, oscilando entre menos de un 2% en Malí y un 21% en Tanzania.

Teóricamente, la India confiere derecho a asistencia sanitaria a toda la población, en la misma medida que, desde la introducción de la asistencia sanitaria universal bajo el “programa 30 baht”, la cobertura en Tailandia es, asimismo, prácticamente del 100%. La evaluación de estos programas en términos de su alcance, ámbito de acción y adecuación de la asistencia sanitaria prestada, así como la accesibilidad en la práctica a dicha asistencia, no forma parte del cometido de este estudio.

No obstante, en la India sólo cerca de un 20% de todos los gastos sanitarios llega al sector público, lo cual se traduce en un número insuficiente de médicos, en escasez de medicinas fundamentales y en equipos y hospitales ruinosos. En Tailandia, la inexistencia de recursos financieros y la ausencia de infraestructuras sanitarias y de personal, en particular en zonas rurales, conducirían a una cobertura desigual del programa 30 baht en todo el país.

2.3 Desempleo

Existe una amplia variedad de cobertura del desempleo en los países del Grupo A, oscilando entre una baja tasa del 33% en los Estados Unidos y una elevada tasa de cobertura del 97% en Finlandia, en 2000. La escasa tasa de cobertura del desempleo en los Estados Unidos podría derivarse tanto de las estrictas condiciones de elegibilidad establecidas para la recepción de las prestaciones por desempleo, como del hecho de que no existe prestación de asistencia social para aquellos que no satisfagan los criterios exigibles para la obtención de prestaciones contributivas. En todos los países objeto de estudio, existe una estrecha relación entre las prestaciones por desempleo y las políticas de los mercados laborales. Todos los países han reforzado las reglas de verificación del trabajo durante la última década. No obstante, para que la estrategia “de la asistencia pública al trabajo” (*Welfare to work*) obtenga buenos resultados, la política debe concentrarse en pasar de los empleos con contratos por tiempo definido al empleo fijo sostenible con sueldos suficientes para que las personas puedan mantenerse por encima de los ingresos mínimos.

3. Características clave de los grupos excluidos

El estudio constata que la exclusión no es aleatoria. En todos los países existen similitudes sistemáticas respecto a las personas que tienen menos posibilidades de obtener cobertura de la seguridad social, identificándose como tales a las mujeres, trabajadores migrantes y trabajadores de los sectores agrícola e informal urbano. El estudio revela que estos grupos están ampliamente desprotegidos debido a la relación existente entre su posición en el mercado laboral y el papel y diseño de los regímenes contributivos, los cuales constituyen el núcleo de la mayoría de los sistemas de seguridad social de los países objeto de estudio. En algunos de los países estudiados, el problema de la excesiva concentración en el seguro de los trabajadores del sector formal se va incrementado en lo que concierne la asistencia sanitaria debido a un enfoque inadecuado en la prestación de servicios no relevantes cara a los principales antermedades y patrones epidemiológicos, así como por la falta de prestaciones relativas a las necesidades de salud especificas de las mujeres. Estas constataciones tienen importantes repercusiones en la elaboración de políticas dirigidas a extender la cobertura de la seguridad social.

3.1 Los sectores agrícola e informal urbano

Los sectores agrícola e informal urbano presentan, en particular, serios desafíos a las aspiraciones encaminadas a extender la cobertura de la seguridad social. La mitad de la mano de obra mundial trabaja en el sector agrícola, mientras que durante las dos últimas décadas, la globalización y los ajustes estructurales han incrementado el empleo del sector informal en todas las regiones del mundo[2].

Incluso en los casos en los que los trabajadores del sector agrícola y del sector informal urbano tienen derecho a prestaciones de la seguridad social, sus escasas calificaciones educativas y la inexistencia de sindicalismo podrían impedir que dichos trabajadores reivindicasen sus derechos. Muchos empleadores del sector informal no pagan cotizaciones por sus empleados, mientras que en muchos países objeto de estudio del Grupo C, el estado no dispone de mecanismos institucionales eficaces para detectar, afiliar y recaudar las cotizaciones de los trabajadores por cuenta propia, de las microempresas y de los trabajadores del sector informal.

En los casos en los que existen regímenes voluntarios, el porcentaje de afiliados es frecuentemente muy bajo. La causa puede ser que muchos trabajadores de los sectores agrícola e informal urbano tienen necesidades inmediatas que cubrir en términos de alimentación, cobijo y prendas de vestir, por lo que podrían no tener medios o no estar dispuestos a reservar un porcentaje relativamente elevado de sus ingresos actuales para satisfacer necesidades futuras. Muchos trabajadores no tendrán cobertura debido a las fluctuaciones de sus ingresos. La ausencia de empleadores que coticen también podría suponer que los trabajadores por cuenta propia no se sintiesen incentivados a cotizar ellos mismos.

3.2 Mujeres

La cobertura de las pensiones de vejez y de asistencia sanitaria tienen una importante dimensión en cuestión de género. Sólo en los regímenes universales de Australia, Finlandia y la República Checa, las mujeres jubiladas tienen posibilidades de obtener una pensión como los hombres. Una explicación parcial sobre las elevadas tasas de cobertura de las

[2] Charmes, J. (2000), *Informal Sector, Poverty, and Gender: A Review of Empirical Evidence*. Documento encargado por el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001*. Banco Mundial, Washington.

mujeres en la República Checa podría constituirla los créditos contributivos otorgados a las personas que se encuentran temporalmente fuera de la población activa. En los países del Grupo B, excluida la República Checa, los hombres tenían un tercio más de posibilidades de recibir pensiones de vejez que las mujeres. Mientras que en los países del Grupo A, los hombres tenían cerca de una cuarta parte más de posibilidades de recibir pensiones que las mujeres. En Tanzania, único país del Grupo C del que se disponía de cifras separadas para hombres y mujeres, las posibilidades de los hombres de obtener pensiones eran cuatro veces superiores a las de las mujeres.

En algunos países puede existir una cobertura diferenciada de asistencia sanitaria dentro de una misma familia, ya que algunos regímenes de seguro de enfermedad sólo cubren los servicios prestados a los propios empleados asegurados. Esto puede llevar a que las mujeres y los niños solo tengan una cobertura parcial o, incluso, no tengan cobertura alguna. En numerosos países, no se satisfacen debidamente las necesidades de las mujeres en materia de asistencia sanitaria.

3.3 Trabajadores migrantes

Otro grupo de personas que podría estar desproporcionadamente representado entre los trabajadores del sector informal son los trabajadores migrantes. En algunos casos, los trabajadores migrantes no tienen permiso de residencia y, consecuentemente, no tienen derecho a solicitar prestaciones. Es más, en todos los países objeto de estudio, algunas pensiones de vejez o servicios de asistencia sanitaria están sujetos a requisitos de nacionalidad o de residencia que pueden excluir a trabajadores migrantes que tienen un permiso legal de residencia. Las personas no excluidas por requisitos de nacionalidad o de residencia pueden tener historiales de trabajo no conformes con el modelo de empleado a largo plazo del sector formal y pueden no haber pagado suficientes cotizaciones para tener derecho a una pensión plena. Los trabajadores migrantes pueden ser objeto de discriminación e, igualmente, pueden ser reticentes a reivindicar sus derechos.

4. Políticas para extender la cobertura

Los diseñadores de políticas encargados de extender el alcance de la cobertura tienen que decidir qué programas o combinaciones de programas tienen más posibilidades de cumplir el objetivo de proporcionar seguridad social a todos los grupos sociales, de la misma manera que tienen que fomentar instituciones a escala nacional, local y de comunidad que sean capaces de suministrar las prestaciones y servicios seleccionados.

4.1 Elección de programas

Mientras que los sistemas contributivos pueden proporcionar un elevado nivel de protección a sus afiliados, son sistemas exclusivos y no accesibles a los marginados. Nuestras constataciones muestran que el modelo de seguridad social contributiva, desarrollada en Europa, basada en un estatuto de empleo en el que las personas tienen salarios y antecedentes profesionales, ha demostrado ser ineficaz a la hora de extender la seguridad social más allá de las elites urbanas en los países del Grupo C y en algunos países del Grupo B, en los que la actividad agrícola continúa siendo la principal actividad laboral y la economía urbana es ampliamente informal. Estas constataciones tienen importantes repercusiones en la extensión de la cobertura de la seguridad social, ya que implican que será necesario superar el modelo convencional de seguridad social para extender la cobertura a grupos que actualmente están desprotegidos.

Las opciones para extender la cobertura de la seguridad social a grupos desprotegidos incluyen:

- refuerzo del vínculo entre prestaciones y cotizaciones;
- ampliación de la cobertura de los regímenes contributivos; y
- superación del principio contributivo.

4.1.1 Refuerzo del vínculo entre prestaciones y cotizaciones

La orientación política reciente en algunos países ha consistido en establecer un vínculo más estrecho entre las prestaciones y las cotizaciones mediante la introducción de sistemas de pilares múltiples con un componente contributivo muy definido, normalmente acompañado de un pilar público modesto de redistribución. Se argumenta que este vínculo estrecho es un prerrequisito para la expansión financiera sólida de la cobertura, que permitiría que los ingresos cubriesen las obligaciones y, por lo tanto, haría que el sistema fuese más sostenible para los afiliados[3].

Mientras que las propuestas para incrementar la disponibilidad de un segundo y tercer nivel de pensiones pueden proporcionar mayor seguridad y mantener niveles elevados de ingresos de jubilación a las personas que ya están afiliadas, es poco posible que estas políticas sean más inclusivas para grupos que actualmente están fuera, legalmente o de hecho, del ámbito de aplicación de las disposiciones existentes, pudiendo efectivamente incrementar el número de personas que no tienen cobertura de la seguridad social.

4.1.2 Modificación del principio contributivo

Nuestras constataciones muestran que los regímenes contributivos de seguro, en su forma actual, no funcionan para amplios grupos de población en diversos países. La cobertura de los regímenes contributivos podría extenderse a grupos que actualmente están excluidos si se redujesen las tasas de contribución, que son inasequibles para muchas personas con ingresos bajos, y si se modificasen las condiciones de obtención de derechos, de manera que se tuviesen en cuenta las circunstancias particulares de los grupos seleccionados, tales como los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores domésticos, las mujeres y los trabajadores migrantes. Las políticas capaces de mejorar la cobertura de las pensiones de mujeres tienen que modificar los requisitos de contribución y garantizar que los regímenes cubren suficientemente a los supervivientes. Por otro lado, se podría modificar el principio contributivo de los trabajadores migrantes de manera que estos pudiesen seleccionar cotizaciones asociadas a los “mejores años”. Esta opción requiere contribuyentes o que el estado subvencione a no contribuyentes anteriores e, igualmente, requiere que los contribuyentes o sujetos fiscales reconozcan a dichas personas como solicitantes legítimos[4]. Por lo tanto, puede ser muy difícil extender este enfoque a grupos que están considerados como “marginados”, tales como los trabajadores migrantes.

4.1.3 Superación del principio contributivo

Otra opción, que se podría combinar con una de las dos opciones anteriores, es la de introducir una red de garantías financiadas fiscalmente para ayudar a cubrir las lagunas existentes en un régimen contributivo. Se ha sugerido que el sistema australiano de verificación de recursos constituye un modelo para países que no pueden proporcionar o no

---

[3] James, E. (1999), *Coverage under old age security programs and protection for the uninsured – what are the issues?*, documento presentado en la Conferencia sobre Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo, febrero 4-5; Banco Mundial (1994), *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect and Promote Growth*, Oxford University Press, Nueva York.

[4] Stafford, B. (1998), *National Insurance and the Contributory Principle*, DSS In-house Report 39, Departamento de la seguridad social, Londres.

quieren adoptar la vía del seguro social. No obstante, existen pruebas, en algunos de nuestros países objeto de estudio, de que la asistencia sujeta a verificación de recursos no siempre llega a la población que lo necesita y de que las tasas nominalmente elevadas de cobertura de los regímenes no contributivos sujetos a la verificación de recursos podrían ocultar la demanda real. La no-solicitud de prestaciones sujetas a verificación de recursos podría excluir a más mujeres que hombres.

4.1.4 Derecho universal

Para los que aspiran a eliminar la falta de cobertura, los regímenes universales tienen, en principio, un interés fundamental puesto que, por definición, cubren a toda la población[5]. Nuestros datos muestran que, con excepción de los Estados Unidos, la universalización del derecho a la asistencia sanitaria ha tenido mayor éxito que la universalización del derecho a las pensiones de vejez en los países de los Grupos A y B. Dicha universalización se logró mediante la introducción y extensión de regímenes financiados plena o parcialmente por impuestos generales. De todos nuestros países objeto de estudio, Finlandia tiene la cobertura más completa para todos los grupos de personas, incluidas las mujeres y los trabajadores migrantes.

4.1.5 Asistencia sanitaria

Los problemas de concentración en el seguro de trabajadores del sector formal empeoran en el ámbito de la asistencia sanitaria en los países del Grupo C y en algunos países del Grupo B, debido a que se pone un enfoque inadecuado en la costosa medicina secundaria y terciaria, que sería más relevante para los modelos de enfermedades y patrones epidemiológicos que se encuentran en los países del Grupo A.

Para extender la cobertura de la asistencia sanitaria, se tienen que centrar los recursos en la asistencia sanitaria primaria, que es importante para la mayoría de la población. Existen ejemplos de sólidas iniciativas políticas en nuestros países objeto de estudio de los Grupos B y C, encaminadas a extender una asistencia sanitaria adecuada a la mayoría de la población. Los ejemplos de los países objeto de estudio del Grupo B incluyen el programa de reforma de la asistencia sanitaria de los años 90 en Costa Rica, dirigido a extender la cobertura de la asistencia sanitaria con el traslado de recursos de los servicios sanitarios del segundo y tercer nivel a la asistencia primaria y con la mejora de la formación de médicos y enfermeras en la asistencia básica; igualmente, cabe destacar el programa establecido en 1996 en México, para prestar asistencia primaria en las zonas urbanas y rurales marginales, que incluía a 10 millones de personas sin acceso regular a la asistencia sanitaria. De los países del Grupo C, Tailandia introdujo recientemente un programa de cobertura sanitaria universal financiado parcialmente por el estado y parcialmente por las cotizaciones de los afiliados, cuyo objetivo era cubrir a las personas sin cobertura alguna, en particular a los trabajadores agrícolas en áreas rurales, a los trabajadores del sector informal urbano y a los trabajadores migrantes temporeros.

No obstante, se plantean importantes cuestiones relativas a la equidad del acceso a la asistencia de calidad. Los resultados en términos de salud y del estado de morbosidad presentan diferencias significativas asociadas a las desigualdades socioeconómicas dentro de grupos de población de un mismo país[6]. Esto implicaría que el derecho formal podría no

---

[5] Reynaud, E. (2001). *Extensión de la cobertura de la seguridad social: La actuación de la Oficina Internacional del Trabajo*. Informe presentado en la 27ª Asamblea General de la AISS, 9-15 de septiembre, Estocolmo.

[6] Departamento de Salud y de Seguridad Social, (1980), publicado en 1982 como *Inequalities in Health: The Black Report*. The Stationary Office, Londres.

ser igual a los derechos sustantivos en algunos países y que el reparto equitativo de los presupuestos sanitarios no alcanzaría a todos los grupos de población[7].

Los desafíos que afrontan los diseñadores de políticas en los países del Grupo C son cualitativamente distintos de los del Grupo A. En dichos países, la asistencia sanitaria es insuficiente y la elegibilidad se restringe a ciertos grupos. Las mujeres tienen necesidades particulares de asistencia sanitaria que no siempre han sido reconocidas o abordadas. En particular, no se concede suficiente prioridad a la salud mental en ninguno de los países objeto de estudio.

4.2 Capacidad administrativa y gobernanza

La capacidad estatal de intervención es fundamental a la hora de considerar las distintas opciones políticas[8]. Dicha capacidad varía en nuestros tres grupos de países. En los países del Grupo A y, con un cierto grado de divergencia, en los países del Grupo B, el estado tiene capacidad institucional para recaudar impuestos y cotizaciones que proporcionan los medios para extender la cobertura pública existente a los grupos excluidos.

No obstante, en los países del Grupo C, la capacidad estatal para recaudar impuestos y cotizaciones y para ofrecer prestaciones y servicios es mucho menor. Desde esta perspectiva, prestaciones y servicios universales constituirían la opción más realista para la creación de un instrumento político dirigido a extender la cobertura, puesto que requieren bastante menos maquinaria administrativa que las prestaciones y servicios contributivos o sujetos a verificación de recursos. Aun así, independientemente del programa que se elija, será necesario que los países del Grupo C y algunos países del Grupo B establezcan la capacidad y el compromiso estatal de recaudar impuestos y cotizaciones y de ofrecer prestaciones y servicios a las poblaciones destinatarias de dichas políticas.

La prestación de servicios de asistencia sanitaria puede ser particularmente difícil en zonas rurales aisladas, debido a la escasa densidad de población y a la dispersión, a la inexistencia de infraestructuras y de profesionales médicos, al analfabetismo, a las barreras lingüísticas y étnicas, a los prejuicios culturales contrarios a la medicina moderna y a la falta de confianza del usuario en la calidad de los servicios disponibles. La buena gobernanza es fundamental para poder hacer un uso eficaz y efectivo de los recursos y para poder incrementar la confianza en la credibilidad e integridad del programa. Existen ejemplos de buenas prácticas entre los países objeto de estudio del Grupo B. Por ejemplo, estrategias específicas de reforma en Costa Rica incluyen la mejora de la gobernanza mediante el incremento de la participación de la comunidad en la toma de decisiones relativas a la política sanitaria en el nivel local, mientras que al mismo tiempo se reducen los costes de prestación de servicios sanitarios básicos mediante la mejora de la coordinación de los organismos pertinentes.

5. Conclusión

Si la política aspira a extender la seguridad social a todos grupos de la sociedad, los diseñadores de políticas tendrán que decidir qué programas o combinaciones de programas tienen mejores posibilidades de cumplir dicho objetivo. La orientación política en algunos países es sustituir los programas de seguridad social que contienen un elemento de

[7] Dror, D. y Jacquier, C. "El micro-seguro: extensión del seguro de salud a los excluidos", *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 52, Núm. 1, enero de 1999, AISS, Ginebra.
[8] Reynaud, E. (2001). *Extensión de la cobertura de la seguridad social: La actuación de la Oficina Internacional del Trabajo*. Informe presentado en la 27ª Asamblea General de la AISS, 9-15 de septiembre, Estocolmo.

redistribución por programas que tengan una equivalencia directa entre las cotizaciones personales y las prestaciones.

Si el objetivo de la política es extender la cobertura, parece poco probable que ésta sea la vía adecuada para lograr buenos resultados. Nuestras constataciones indican que existe un vínculo entre el método de financiación y la cobertura: la cobertura aumenta a medida que el régimen se aleja de una equivalencia directa entre cotizaciones personales y prestaciones y avanza hacia un régimen de seguridad social que redistribuya los recursos.

Puede ser que la relación existente entre redistribución y cobertura no sea bajo ningún concepto sorprendente. Mientras que los regímenes basados en la equivalencia entre cotizaciones personales y prestaciones pueden proporcionar seguridad en la vejez y enfermedad a los "de dentro", dichas opciones se cierran para aquellos que más necesitan la seguridad social. En numerosos casos, la inclusión de los excluidos en el ámbito de aplicación de las prestaciones contributivas no es viable. La prestación de una protección social adecuada a dichos grupos precisará un desvinculación completa o parcial de las cotizaciones y las prestaciones y una redistribución de los recursos.

En algunas partes del mundo, la incidencia simultanea de recursos financieros limitados y de necesidades a gran escala se conjura contra la aplicación de un sistema eficaz de seguridad social. Heater alega que la creciente interdependencia económica y monetaria mundial socava cualquier argumento para poner en marcha una política de justicia distributiva dentro de los rigurosos límites de una nación:

"Si los mecanismos económicos son transnacionales,
también debería serlo la justicia económica." [9]

No obstante, poderosos grupos de interés pueden oponerse a la extensión de la cobertura de la seguridad social tanto en el nivel nacional como internacional. Por ejemplo, a los proveedores de seguros privados no les interesa la expansión del seguro público y, de hecho, les interesa fomentar la reducción de la cobertura existente. Irónicamente, la profesión médica puede ser uno de los grupos de interés que más enérgicamente se oponen a la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, en los Estados Unidos, las compañías de seguros de enfermedad y la profesión médica se han opuesto sistemáticamente a la introducción de cualquier tipo de sistema universal de asistencia sanitaria, puesto que ello reduciría sus ganancias.

El desafío político clave que afronta la eliminación de la falta de cobertura es garantizar la legitimidad en los niveles nacional y mundial del reparto de riesgos y de la redistribución de recursos, de manera que se pueda alcanzar el compromiso de ofrecer y mantener una seguridad social para todos y no solo para unos cuantos.

[9] Heater, D. (1990*), Citizenship: The Civic Ideal in World History, Politics and Education*, Longman, Londres, pág. 274.