



10-15 Sept 2007
MOSCOW

International Social Security Association
Association internationale de la sécurité sociale
Asociación Internacional de la Seguridad Social
Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit



ISSA • AISS • IVSS
1927-2007

FORO MUNDIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

29ª Asamblea General de la AISS

Comisión Técnica de la Mutualidad

Articulaciones entre los regímenes obligatorios de seguridad social y los mecanismos de protección social basados en la comunidad: un nuevo enfoque promisorio

Alain Coheur

**Director de Asuntos Europeos e Internacionales
Unión Nacional de Mutualidades socialistas, Bélgica**

Christian Jacquier

**Coordinador del Programa OIT/STEP
Oficina Internacional del Trabajo**

Valérie Schmitt-Diabaté

**Experta en Protección Social
Oficina Internacional del Trabajo**

Jens Schremmer

**Administrador de Programas Principal
Asociación Internacional de la Seguridad Social**



Articulaciones entre los regímenes obligatorios de seguridad social y los mecanismos de protección social basados en la comunidad: un nuevo enfoque promisorio

Alain Coheur
Director de Asuntos Europeos e Internacionales
Unión Nacional de Mutualidades Socialistas
Bélgica
y Vicepresidente
Comisión Técnica de la Mutualidad

Christian Jacquier
Coordinador del Programa OIT/STEP
Oficina Internacional del Trabajo

Valérie Schmitt-Diabaté
Experta en Protección Social
Oficina Internacional del Trabajo

Jens Schremmer
Administrador de Programas Principal
Asociación Internacional de la Seguridad Social

1. Extensión de la cobertura: una cuestión urgente

El acceso a una adecuada seguridad social y a la protección de la salud son dos derechos humanos fundamentales. Sin embargo, estos derechos están lejos de haber sido alcanzados a escala mundial. Por ejemplo, hasta el 80 por ciento de la población del África subsahariana y de algunas partes de Asia vive sin esa protección. Este problema se ha acentuado debido a las necesidades desiguales: las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores de la economía informal y de las poblaciones rurales expone a la mayoría de ellos a riesgos de la salud y de accidentes, sin embargo, estos son los grupos más a menudo excluidos de la seguridad social.

La exclusión de la seguridad social tiene un impacto devastador en el individuo y su familia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año 100 millones de personas entran en un círculo vicioso de enfermedad y pobreza debido a los costos de la asistencia

médica. Lo que es más, también reduce las oportunidades para el crecimiento económico y el desarrollo social y hace a los países más vulnerables a los efectos de los impactos en el ámbito de la salud.

La extensión de la protección social es, por tanto, una cuestión urgente para contribuir al crecimiento económico y el desarrollo social, pero, sobre todo, para proteger a cientos de millones de personas en todo el mundo contra la pobreza y el sufrimiento innecesario.

2. Hacia la extensión de la cobertura - obtención del mejor partido posible de los distintos mecanismos

Diversos modos de financiamiento y métodos institucionales están a disposición de los responsables de las políticas cuya labor se centra en la extensión de la cobertura. El seguro social de salud, los sistemas de asistencia médica financiados por los impuestos, el seguro privado de salud, los regímenes basados en la comunidad y los de microseguro financiados por cotizaciones o por impuestos, han sido puestos en práctica en muchos países a los efectos de proteger a las personas contra el riesgo de enfermedad.

Es de competencia de cada país elegir la estrategia de extensión de la cobertura y las herramientas que mejor se adapten a las circunstancias nacionales. Sin embargo, la experiencia ha mostrado que cada uno de los métodos antes mencionados tiene ventajas e inconvenientes peculiares. Cada uno está especializado para cubrir a ciertos grupos de la población pero tiene sus debilidades para cubrir a otros. Cada uno tiene fortalezas y debilidades específicas para brindar cobertura a largo plazo y de modo sostenible. Ninguno de ellos ha surgido solo como la panacea para la extensión a corto plazo de la cobertura de la asistencia médica a toda la población y de forma sostenible.

Esto lleva a dos conclusiones decisivas:

- La acción urgente para extender la cobertura debería fundarse en las respectivas ventajas de cada método, dependiendo de los grupos a los que se dirige la extensión y la infraestructura existente.
- Esto debería hacerse aprovechando las complementariedades de los diferentes métodos, mediante un enfoque integral que evite la oposición, la duplicación o la competencia entre diferentes regímenes.

A primera vista, estas conclusiones aumentan la complejidad de las estrategias de extensión de la cobertura. No obstante, representan un nuevo potencial para la extensión de la cobertura mediante acciones mejor orientadas que se basen en las sinergias y las ventajas respectivas de los distintos métodos. La condición decisiva para hacer realidad este potencial es el establecimiento de una coherencia entre los diferentes métodos utilizados. Como mecanismo para alcanzar esta coherencia, se propone el concepto de las articulaciones, que son necesarias tanto en la fase de formulación de las políticas como en la de ejecución.

3. Articulaciones: una nueva herramienta para garantizar una extensión sostenible de la cobertura

Este documento intenta subrayar el gran potencial de las estrategias de extensión de la cobertura a partir de las articulaciones entre diversos mecanismos de extensión y responder a la brecha existente entre las consideraciones empíricas y las conceptuales en relación con las articulaciones.

Se centra en los regímenes obligatorios de seguridad social (SSS) y en mecanismos de protección social basados en la comunidad (CBSP), a fin de desarrollar una tipología de las potenciales articulaciones entre estos tipos de mecanismos que resultan promisorias. Tanto los mecanismos SSS como los CBSP tienen sus ventajas e inconvenientes específicos en términos de su capacidad para cubrir a los diferentes tipos de grupos de población en los países en desarrollo. La articulación de estos dos componentes, en consecuencia, parece tener un importante potencial a los efectos de compensar sus respectivas debilidades y aprovechar sus fortalezas específicas.

De hecho, el presente documento presenta los primeros ejemplos empíricos innovadores en algunos de estos tipos de articulaciones, basados en un estudio conjunto OIT/AISS/AIM, que cubre varios países de tres regiones. Para cada país incluido en este estudio, se ha preparado un informe de acuerdo con un conjunto estándar de directrices¹. Se puede acceder a estos informes en el sitio Extranet de la AISS y en la Plataforma OIT/GIMI².

3.1. Regímenes de seguro social obligatorio (SSS)

Los regímenes SSS son definidos, para fines del presente documento, como los regímenes obligatorios de seguro social de salud financiados por cotizaciones. En vista de su financiación y de los procesos administrativos, requieren un cierto grado de formalidad del empleo de la población meta.

En consecuencia, frecuentemente se ha tenido éxito en la cobertura de los funcionarios públicos y los trabajadores del sector formal en los países en desarrollo. Sin embargo, estos regímenes tienen limitaciones evidentes para cubrir a los trabajadores de la economía informal. Los mismos están relacionados sobre todo con la naturaleza del empleo informal en el que se carece de contratos escritos de empleo, con los ingresos irregulares y variables, y con los elevados costos administrativos que representa la recaudación de las cotizaciones. Las tasas de cotización relativamente elevadas de los regímenes SSS, que generalmente financian paquetes de prestaciones más bien integrales, también están más en consonancia con la capacidad contributiva de los trabajadores de la economía formal, en especial debido a que estos trabajadores comparten con sus empleadores el costo total de las cotizaciones. En razón de los niveles relativamente altos de estandarización, los regímenes SSS también muestran deficiencias en la adaptación de sus procedimientos administrativos y de los paquetes de prestaciones a las necesidades y capacidades variables de los distintos grupos de población.

¹ Los países incluidos en el estudio son: Argentina, Burundi, China, Colombia, Filipinas, Ghana, India, Laos, Rwanda y Uruguay. La OIT, la AISS y la AIM, desean agradecer a los autores de los respectivos estudios nacionales: J.M. Garriga e I. Olego (Argentina); J. M. Niyokindi (Burundi); A. Hu (China); A.C. Mercado Arias (Colombia); A. Asanza (Filipinas); A. Grüb (Ghana); M. Chakraborty (India); A. Ron (Laos); A. Fischer (Rwanda); J. Martínez (Uruguay).

² www.issa.issanet.int, y www.ilo.org/gimi

Una vez establecidos, con frecuencia los regímenes obligatorios de seguridad social alcanzan niveles relativamente elevados de sofisticación administrativa y sostenibilidad financiera. La informatización y los procedimientos de gestión basados en el rendimiento, que permiten la eficiencia, un gran fondo común de riesgos y un flujo constante de cotizaciones, también contribuyen a esta estabilidad, garantizando al mismo tiempo un poder de contratación con los prestadores de servicios de salud relativamente elevado.

El éxito de los regímenes de seguro social de salud depende mucho del apoyo político derivado de la naturaleza obligatoria del régimen. Esta dependencia del compromiso político para garantizar el cumplimiento de las obligaciones expone a los regímenes de seguro de salud a un riesgo político que puede influir en su sostenibilidad. Con el compromiso político se puede alcanzar la extensión de la cobertura a gran escala mediante el seguro social de salud, pero lleva mucho tiempo. En muchos países, la extensión a corto plazo de la cobertura a los trabajadores de la economía informal constituye el principal desafío.

3.2. Mecanismos de protección social basados en la comunidad (CPBS)

Este documento trabaja con una definición amplia de los mecanismos CBPS, que abarca no solo a los regímenes de microseguro, de mutuales de salud o a los basados en la comunidad, que administran directamente un mecanismo de seguro, sino también a instituciones establecidas por la sociedad civil (por ejemplo, cooperativas, ONG, asociaciones o instituciones de microfinanzas) que entre otros objetivos facilitan el acceso de sus miembros a mecanismos de seguro.

Los mecanismos de seguro CBSP son, por lo general, de pequeña escala y descentralizados y a menudo incluyen una estrecha participación de los asegurados en su administración. La flexibilidad de los procesos administrativos y la definición de las prestaciones y las cotizaciones, en consonancia con la capacidad y las necesidades de los grupos específicos de población, como los trabajadores rurales, algunos grupos ocupacionales o de miembros de la comunidad, les permite la cobertura eficaz de aquellos grupos que, debido a sus características específicas, son difíciles de ser cubiertos y frecuentemente están excluidos de los regímenes obligatorios. Allí donde los trabajadores de la economía informal ya se han afiliado a instituciones existentes de la sociedad civil (por ejemplo, una cooperativa o un sindicato) que participen en la extensión de la protección social pero que no administren directamente un régimen, el proceso administrativo puede ser facilitado y los costos administrativos relativos a la inscripción de los afiliados y la recaudación de las cotizaciones pueden reducirse significativamente.

Las tasas de cotización relativamente bajas, accesibles para los trabajadores de la economía informal, requieren que los mecanismos de seguro CBSP brinden un paquete limitado de prestaciones. Además, una vez que se establecen, estos mecanismos enfrentan una serie de retos relativos a su administración y sostenibilidad. El nivel de sofisticación administrativa y de tecnología de la información es frecuentemente bajo y los flujos de las cotizaciones son difíciles de predecir, por cuanto la naturaleza voluntaria de la afiliación puede conducir a tasas elevadas de deserción. El fondo común de riesgos, en general pequeño, genera un importante riesgo de sostenibilidad cuando los impactos en el ámbito de la salud afectan a un amplio sector de la población asegurada. Si bien los mecanismos de contratación de los prestadores de salud por parte de los mecanismos CBSP desempeñan un papel decisivo en el desarrollo de la calidad de los servicios de salud a escala local, su capacidad y su poder de contratación pueden ser muy limitados.

La naturaleza descentralizada y flexible de los mecanismos CBSP los dota de un gran potencial para extender la cobertura a la comunidad y son muy independientes de las políticas nacionales. Sin embargo, es difícil lograr la extensión de la cobertura a gran escala con estos mecanismos y la extensión de los regímenes vigentes más allá de sus actuales fronteras constituye un importante desafío.

Cuadro 1. Fortalezas y debilidades de los regímenes SSS y de los mecanismos CPBS

	Seguridad social obligatoria	Protección social basada en la comunidad
POTENCIAL PARA LA COBERTURA DE LA POBLACION		
Capacidad de cobertura	Potencial más sólido para los funcionarios públicos y los trabajadores en relaciones laborales de cierto nivel de formalidad.	Potencial más sólido para los trabajadores de la economía informal agrupados en torno a determinadas características comunes (regionales u ocupacionales, por ejemplo, trabajadores agrícolas).
ASPECTOS FINANCIEROS Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES		
Niveles de las cotizaciones	Relativamente altas y compartidas entre empleadores y trabajadores - a menudo inaccesibles para los trabajadores de la economía informal o trabajadores por cuenta propia.	Bajos niveles por lo general accesibles para todos los afiliados al régimen.
Alcance de las prestaciones	Paquetes de prestaciones relativamente integrales y estandarizados	Alcance y niveles de prestaciones limitados pero bien adaptados a las necesidades de la población específica.
Redistribución	Cotizaciones acordes con la capacidad de pago	Cotizaciones de tasa fija (no hay redistribución).
Fondo común de riesgos y consolidación financiera	Fondos comunes de riesgos grandes y geográficamente diversificados. Flujo constante de ingresos en concepto de cotizaciones.	Fondo común de riesgos de tamaño pequeño y variable (afiliación voluntaria). Difícil de predecir el ingreso.
OPERACIONES/ADMINISTRACION		
Gestión	Sofisticados procesos de informatización y de gestión. Personal entrenado.	Bajo nivel de formación de la administración y de sofisticación del sistema de informatización y de gestión.
Procedimientos administrativos	Elevada estandarización y pagos de cotizaciones obligatorias. Dificultades para adaptarse a grupos no-estándar.	Flexible, en consonancia con las necesidades y capacidad del grupo específico. Bajos costos administrativos y sólida capacidad para reducir el fraude y el riesgo moral.
GOBIERNO		
Naturaleza participativa	Representación de los trabajadores y empleadores en la adopción centralizada de decisiones.	Participación directa de los afiliados en la adopción descentralizada de decisiones.
SUMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD		
Contratación	Elevado poder de comercialización y capacidad de contratación – acuerdos a escala nacional y regional.	Poder de contratación y acuerdos a escala local.
PLANIFICACION DE LAS POLITICAS		
Defensa	Enfoque de arriba hacia abajo	Enfoque de abajo hacia arriba con/sin apoyo de políticas

3.3. Posibles sinergias

Las experiencias recientes y los breves resúmenes de sus principales características muestran que ni los regímenes SSS ni los mecanismos CBSP están en condiciones de alcanzar la cobertura universal a corto plazo. No obstante, ambos pueden cubrir a determinados aunque diferentes grupos de la población y por tanto, ambos deberían ser utilizados en las estrategias de extensión de la cobertura.

Además, como se resume en el Cuadro 1, ambos presentan fortalezas y debilidades muy distintivas en términos de cobertura, financiación, administración y suministro de las prestaciones, lo que indica que estos mecanismos no deberían desarrollarse solo en paralelo sino también habría que establecer una articulación entre los dos prestadores y no únicamente sumarlos. Las articulaciones bien diseñadas entre estos dos instrumentos tienen un elevado potencial para acelerar la extensión de la protección social. Sin embargo, hasta la fecha, no se han estudiado lo suficiente los tipos posibles de articulaciones ni tampoco se han analizado ni comparado las experiencias existentes. La sección siguiente aportará una primera contribución para abordar esta falta de conocimiento proporcionando una tipología de las articulaciones potenciales, así como innovadores ejemplos empíricos que pueden observarse en muchos países.

4. Hacia una tipología de las articulaciones

Es posible identificar cinco tipos de articulaciones, a saber, la mejora de la sostenibilidad financiera, la mejora de las operaciones y la administración, las articulaciones de las estructuras de gobierno, las sinergias en el suministro de servicios de salud y en la planificación de las políticas. En el Cuadro 2 se presenta una visión general de esta tipología.

Cuadro 2. *Tipología de articulaciones potenciales*

<p>1. Articulaciones financieras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidios fiscales • Redistribución entre los regímenes obligatorios y los regímenes basados en la comunidad • Consolidación financiera (transferencias de riesgos, reaseguro, fondo de garantía) • Fondos comunes conjuntos para ampliar el fondo común de riesgos
<p>2. Articulaciones operativas / administrativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento técnico • Intercambio de informaciones / buenas prácticas • Distribución de las funciones administrativas: <ul style="list-style-type: none"> - Mercadotecnia / inscripción - Recaudación de las cotizaciones - Procesamiento de las solicitudes / procedimientos - Prevención y control del fraude • Articulaciones de los sistemas de información • Regulación y control
<p>3. Articulaciones de gobierno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representación en consejos u otros órganos institucionales responsables de la adopción de decisiones

4. Articulaciones en el suministro de servicios de salud

- Articulaciones en la contratación
 - Definición del paquete de prestaciones
 - Prevención y educación / promoción de la salud
 - Mecanismos de pago a los prestadores (tipo de mecanismo y precios)
 - Contratación conjunta de los prestadores
 - Mejora y aseguramiento de la calidad de la atención
- Acceso a las redes de distribución / prestadores de servicios de salud

5. Articulaciones de la planificación de políticas

- Participación conjunta en el diseño y la aplicación de estrategias nacionales de protección social
- Similitud de principios en el diseño de las políticas centrales
- Coherencia de las políticas para evitar efectos secundarios inesperados debido a estructuras de incentivos desequilibradas

4.1. Articulaciones financieras

Los mecanismos CBPS enfrentan desafíos respecto de su sostenibilidad financiera y a menudo, requieren apoyo financiero, en virtud de la escasa capacidad de pago de la población a ser asegurada. El acceso equitativo a los regímenes de asistencia médica requiere, por tanto, algunos recursos externos para garantizar una financiación suficiente y sostenible.

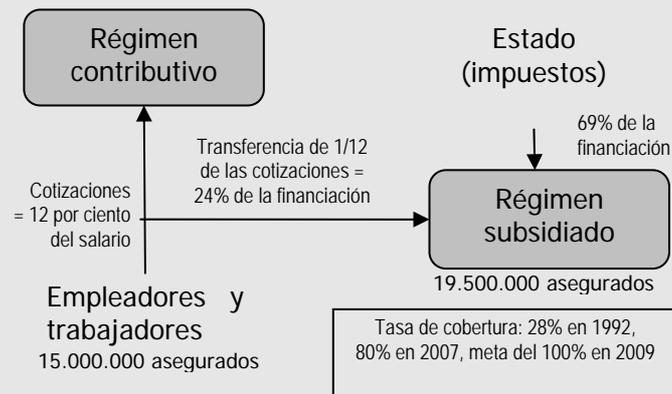
Estos recursos pueden consistir en transferencias en efectivo de los gobiernos a los regímenes, con cargo a rentas generales, pero también pueden basarse en una redistribución de los fondos entre los regímenes obligatorios y los basados en la comunidad. Los problemas que plantea la sostenibilidad temporal debido a los pequeños fondos comunes de riesgos y a la fluctuación de ingresos en concepto de cotizaciones, pueden ser compensados mediante mecanismos de consolidación financiera (por ejemplo, el reaseguro o un fondo de garantía) que pueden, una vez más, recibir el apoyo del gobierno pero también del régimen o regímenes obligatorios.

Una estrecha articulación entre los regímenes SSS y los mecanismos CBSP para mejorar la sostenibilidad financiera de estos últimos puede concebirse mediante un fondo común de recursos con la finalidad de ampliar los fondos comunes de riesgos. En este caso, los mecanismos CBSP son liberados de una de las dificultades más importantes que enfrentan.

Ejemplos de articulaciones financieras pueden ser encontrados en varios países. Por ejemplo, el régimen subsidiado del seguro de salud de Colombia combina los subsidios fiscales y la transferencia de cotizaciones de los regímenes obligatorios a efectos de estabilizar la financiación de la asistencia médica para los pobres y para los grupos vulnerables (Recuadro 1).

Recuadro 1

Como parte de la reforma del sistema de asistencia médica de Colombia en 1993, se introdujo un régimen especial subsidiado para financiar la asistencia médica de los pobres y los grupos vulnerables (incluyendo sus familias), que no están en condiciones de pagar cotizaciones al régimen general del seguro. Los recursos para este régimen especial se obtienen de los impuestos (transferencias nacionales y regionales – el 69 por ciento de la financiación) y de una cotización solidaria recaudada en el marco del régimen del seguro social contributivo (el 24 por ciento de la financiación). Luego estos recursos son canalizados a varias instituciones, incluidas 7 mutuales federadas en una organización nacional, Gestarsalud, que cubre en la actualidad al 60 por ciento del mercado, los fondos de compensación (cajas de compensación – 20 por ciento del mercado) y varias compañías comerciales de seguro que cubren también al 20 por ciento del mercado. En la actualidad, este exitoso régimen subsidiado cubre a 19.5 millones de personas.



La solidaridad nacional entre el sector formal y la economía informal es asimismo promovida en Ghana donde el Fondo Nacional del Seguro de Salud otorga subsidios para las primas de los afiliados más pobres, que son parcialmente financiados por las cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores del sector formal. Puesto que la redistribución en el ámbito nacional podría no ser suficiente en los países pobres, también es útil considerar la redistribución internacional como en el caso de Ghana, donde, en el marco de un proyecto piloto de Fideicomiso Social Mundial, se transfieren fondos desde Luxemburgo a fin de suministrar una prestación monetaria para la realización de los exámenes médicos de las mujeres embarazadas pobres y de las madres con hijos menores de cinco años.

Articulaciones financieras que contribuyen a la sostenibilidad financiera se pueden encontrar, por ejemplo, en Ruanda, donde se ha establecido un fondo común para la asistencia médica de segundo y tercer nivel. En Ghana, una de las funciones del Fondo Nacional del Seguro de Salud es la de reasegurar los regímenes de seguro mutuo de salud del distrito contra las fluctuaciones aleatorias de los costos. En Laos, está actualmente en consideración la constitución de un fondo común entre el régimen SSS y los mecanismos CBSP.

4.2. Articulaciones operativas / administrativas

Si bien el régimen SSS puede brindar un valioso asesoramiento y apoyo al mecanismo basado en la comunidad sobre todas las cuestiones técnicas y operativas relativas a los procesos administrativos de los regímenes de seguro (por ejemplo, identificación, inscripción, procesamiento de las solicitudes, sistemas de tecnología de la información,

etc.), los mecanismos CBSP, como los grupos organizados o las organizaciones basadas en la comunidad, pueden realizar también un aporte significativo para facilitar algunos de los procesos administrativos centrales de los regímenes obligatorios. Este aporte es especialmente valioso para los regímenes obligatorios que prevén la extensión de su cobertura a los trabajadores de la economía informal y a los trabajadores agrícolas, y consiste en la reducción de los costos administrativos, en general elevados, que representan la identificación y la inscripción así como la recaudación de las cotizaciones de estos trabajadores.

Los grupos organizados o las organizaciones basadas en la comunidad son instituciones sociales en las que los trabajadores de la economía informal tienen acceso a los servicios de apoyo necesarios para mejorar la productividad y los ingresos de los hogares. Mediante estos tipos de organizaciones, los trabajadores de la economía informal tienen acceso a muchos servicios, incluidos la comercialización de los productos, la compra de insumos, créditos, ahorros y seguros, etc.

La extensión del seguro social de salud mediante grupos organizados puede ser más eficiente que la focalización individual en los trabajadores de la economía informal, por cuanto esos grupos pueden llegar fácilmente a la población meta y facilitar una serie de procedimientos administrativos (como la comercialización, la inscripción, la recaudación de las cotizaciones, la supervisión y el control) a un costo administrativo relativamente bajo. Importantes articulaciones respecto de esas funciones administrativas han sido puestas en práctica, por ejemplo en Filipinas, donde organizaciones basadas en la comunidad ponen a disposición la afiliación voluntaria al régimen obligatorio, inscriben a los trabajadores y recaudan cotizaciones en nombre del régimen obligatorio (Recuadro 2).

Recuadro 2

En 2003, Philhealth, que administra el seguro social de salud para el sector privado en Filipinas, comenzó a trabajar con mecanismos CBSP, a fin de extender su régimen voluntario a un número mayor de trabajadores de la economía informal, con arreglo a un proyecto llamado POGI. Aproximadamente el 15 por ciento de la población meta se ha afiliado recientemente al régimen Philhealth en el marco de este proyecto. En función de algunas lecciones aprendidas en el curso del mismo, el proyecto fue sustituido en 2005/2006 por un nuevo régimen llamado KaSAPI dirigido a las organizaciones basadas en la comunidad de al menos 1.000 afiliados. De acuerdo con este nuevo programa, las organizaciones ponen en el mercado el régimen Philhealth, inscriben trabajadores y recaudan cotizaciones en nombre de Philhealth. El programa ofrece una prima rebajada cuando un grupo de un nivel mínimo se inscribe, en virtud de un contrato con Philhealth. Un grupo organizado califica para la prima de grupo si al menos el 70 por ciento del grupo se inscribe en Philhealth y se aplica una tasa aún más preferencial si al menos el 85 por ciento del grupo se afilia. Al mismo tiempo, Philhealth trató de adaptar sus sistemas y procesos a las realidades de la economía informal, por ejemplo, hizo menos estrictos sus requisitos en cuanto a los documentos con el fin de facilitar la inscripción y dotó de mayor flexibilidad al calendario de pagos.

Un procedimiento potencialmente todavía más efectivo, para garantizar la afiliación de los trabajadores de la economía informal y de la agricultura, puede ser la afiliación automática a un régimen de todos los miembros de un grupo organizado (sindicato, cooperativa, etc.). Las cotizaciones pueden ser deducidas de las ventas de la producción o de los impuestos pagados por los trabajadores, en lugar de ser deducidas de las nóminas individualizadas. Estos procedimientos tienen muchas ventajas: la afiliación automática facilita la cobertura de un gran porcentaje de las poblaciones meta; generan también pocos problemas en relación con la selección adversa y los niveles de abandono se ven reducidos; asimismo se pueden obviar las campañas de marketing caras. La deducción automática de la prima evita

tener que recaudar las cotizaciones de los afiliados. Además, debido a que las cotizaciones están vinculadas con las cifras de las ventas o la rotación, se introduce alguna forma de redistribución en el régimen.

Si bien algunos procedimientos de afiliación y de pago de cotizaciones ya son utilizados en muchos regímenes de la India (por ejemplo, las cooperativas de productos lácteos) y en América Latina (por ejemplo, las cooperativas de café), o se prevén utilizar en regímenes que se están poniendo en funcionamiento en Malí, Burkina Faso (por ejemplo, las cooperativas de algodón) y en Senegal (por ejemplo, los trabajadores de los transportes para los cuales la prima será aplicada en cada viaje, es decir, cuando el camión o el vehículo salga de la estación), estos son hasta la fecha los más utilizados para garantizar la afiliación a los regímenes gestionados por el grupo organizado o por la comunidad y no en nombre de los regímenes obligatorios.

El desarrollo conjunto y el hecho de compartir equipos administrativos con formación técnica o la subcontratación de las funciones administrativas pueden contribuir a aumentar la eficiencia de los regímenes CSPB y compensar sus deficiencias administrativas. No se ha podido identificar empíricamente un apoyo directo de los regímenes obligatorios a las funciones administrativas de los regímenes CBSP. Las funciones administrativas son en gran parte subcontratadas con organizaciones profesionales. Por ejemplo, en Senegal se ha constituido una Unidad de Administración del Seguro centralizada, de la cual, los regímenes de seguro de salud previstos o vigentes subcontratarán algunas de sus funciones técnicas de administración. En la India, este papel es desempeñado fundamentalmente por compañías que persiguen fines de lucro (administración por terceros – TAP) que asumen la mayor parte de la administración de un régimen de seguro a cambio de una comisión fijada por ley del 5 por ciento.

Cuando los mecanismos obligatorios y los basados en la comunidad administran sus propios regímenes de salud, el intercambio de informaciones sobre los asegurados, las cotizaciones pagadas y las solicitudes puede verse significativamente facilitado mediante una compatibilidad y una conexión entre los sistemas de tecnologías de la información de los distintos regímenes. Muy a menudo, pero no siempre, esto se garantizará a través de una transferencia de conocimientos del sistema del régimen obligatorio al régimen basado en la comunidad a fin de asegurar la coordinación y la coherencia así como la planificación del suministro de los servicios. En la República Democrática Popular de Laos, por ejemplo, el régimen del seguro de salud obligatorio de la Organización de la Seguridad Social y el basado en la comunidad presentan importantes similitudes en las características fundamentales del diseño y en los sistemas administrativos. La información básica sobre la identificación de los afiliados y la utilización de las prestaciones de asistencia médica de los dos regímenes es similar, con una mayor informatización en la SSO y una creciente informatización en los regímenes de seguro de salud basados en la comunidad. Los sistemas permiten, por ejemplo, la comparación entre los dos sistemas de la utilización y el manejo de los fondos de capitación por parte del prestador. Estas similitudes aumentarán las posibilidades de eventuales fusiones y permitirán la creación de fondos comunes de riesgos más amplios y de una posible redistribución entre grupos de ingresos y riesgos diferentes.

La supervisión y evaluación del régimen basado en la comunidad a través del régimen obligatorio también puede concebirse como un medio eficaz para garantizar la coherencia administrativa. Un sistema de presentación periódica de informes, como parte de la supervisión y del control, puede garantizar que el régimen obligatorio esté en condiciones de incluir informaciones sobre la cobertura y la evolución financiera de los regímenes

comunitarios en el proceso de adopción de decisiones y en el desarrollo de la actividad comercial. En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública tiene una función de control de las instituciones de asistencia médica colectiva. Sin embargo, debería procurarse que el sistema de presentación de informes no se orientara en un solo sentido.

4.3. Articulaciones en materia de gobierno

Los mecanismos CBSP, dada su naturaleza democrática y participativa, poseen un importante conocimiento de las necesidades y prioridades específicas de los grupos de población y están bien integrados en el ámbito local. Tienen el potencial de ser fuertes representantes de los grupos de población de la economía informal y ofrecen la información y el conocimiento necesarios para extender la cobertura a una escala mayor. Este conocimiento abarca las restricciones locales y las características del grupo, así como las experiencias en la implementación de algunas medidas como la educación de la salud o la identificación de los pobres potencialmente elegibles para subsidios, etc. Los regímenes SSS a menudo carecen de ese conocimiento, lo que dificulta el diseño y la aplicación de medidas para ampliar la cobertura a la economía informal. En calidad de representantes fideicomisarios, los mecanismos CBSP también pueden mejorar la confianza en los regímenes en el ámbito local y trabajar para reducir el fraude, la selección adversa y el consumo excesivo de los servicios de salud en representación del régimen SSS.

La representación de los mecanismos CBSP y de los trabajadores de la economía informal en la adopción de decisiones en los regímenes SSS y en el proceso de elaboración de políticas de extensión es, por consiguiente, decisiva. Del mismo modo, la representación del sector formal en los regímenes CBPS puede ser útil para entender mejor su funcionamiento y para explorar la posible asistencia mutua.

A pesar de sus potenciales, tales articulaciones en los niveles de gobierno pueden encontrarse en la práctica solo en escasas ocasiones. Por ejemplo en Filipinas, un representante del Sector Básico de la Comisión Nacional de Lucha contra la Pobreza es miembro del Consejo de Philhealth, el régimen del seguro de salud obligatorio. El Sector Básico representa y trabaja a favor de las personas que desempeñan tareas en la economía informal. En la India, el Fondo del Seguro de Salud de la Cooperativa de Granjeros de Yeshasvini (un régimen con 2 millones de granjeros afiliados en 2007) permite a los representantes tanto del gobierno como del sector de las cooperativas asistir a las reuniones del consejo.

4.4. Articulaciones en el suministro de servicios de salud

El objetivo de la protección social en salud es brindar acceso por lo menos a un paquete esencial de servicios con el objetivo de mejorar el estado de salud de una determinada población. El suministro de este paquete implica varios desafíos para cualquier régimen: la definición del paquete basándose en distintos criterios de necesidades, prioridades, eficacia en términos de costos, etc., la fijación de precios de los distintos servicios mediante los procesos de contratación con los prestadores de asistencia médica e idealmente, también la garantía de calidad en cuanto a los servicios brindados a los asegurados.

Las articulaciones entre los mecanismos CBSP y los regímenes SSS pueden contribuir a mejorar el acceso sostenible a los servicios de salud de las poblaciones cubiertas por los regímenes respectivos. Los mecanismos CBSP, debido a su naturaleza de pequeña escala, con frecuencia carecen de poder de comercialización en las contrataciones de los prestadores. Sin embargo, generalmente los regímenes SSS cuentan con ese poder de

comercialización y la contratación conjunta, por tanto, podría constituir de futuro una importante vía.

La información es clave en la definición de una apropiada canasta de servicios y en los procesos de contratación. Esto implica el conocimiento de lo que es esencial para los distintos grupos de población, de la eficacia en términos de costos de los diferentes procedimientos en contextos diferentes, de las tasas de utilización esperadas y de los costos de los servicios. Debido a su naturaleza centralizada, los regímenes SSS a veces carecen de información en cuanto a las necesidades y prioridades concretas de la población en términos de servicios de salud, mientras que los mecanismos CBSP carecen de información respecto de la eficacia en términos de costos y de otros aspectos sofisticados. Por consiguiente, un intercambio de información y potencialmente, una definición conjunta del paquete de servicios puede beneficiar tanto a los regímenes CBSP como a los SSS y evitar el desperdicio y las deficiencias. En Colombia, por ejemplo, el paquete de servicios de salud se define con carácter obligatorio implicando a todos los regímenes de seguro de salud y se evalúa y ajusta cada año.

Evidentemente la contratación es un proceso que implica importantes costos de transacción, donde cada régimen contrata por separado un determinado número de prestadores. Algunos mecanismos CBSP, como en la India, utilizan en la actualidad prestadores externos de servicios para desarrollar redes de hospitales acreditados y para gestionar las relaciones contractuales en su nombre. El desarrollo de una política nacional de contratación, o la elaboración de contratos que incluyan las estructuras de precios de los regímenes SSS disponibles para uso de los mecanismos CBSP, puede reducir estos costos administrativos. Cuando ello no fuera posible, las directrices para la contratación incluyendo las características clave pueden ser también de ayuda para los regímenes pequeños. En Burkina Faso y Senegal, el Programa STEP de la OIT ha iniciado un proceso para el desarrollo de un enfoque de contratación entre las mutuales de salud y los prestadores de salud pública. Este proceso se inicia con un inventario de las experiencias en materia de contratación. A continuación los grupos de trabajo redactan las propuestas que son debatidas por todas las partes involucradas. La meta de este enfoque es armonizar las prácticas contractuales.

También se puede utilizar la apertura de los prestadores de asistencia médica existentes, administrados o contratados por los regímenes SSS, a contratos adicionales por los mecanismos CBSP con arreglo a términos similares. Esto constituye asimismo una valiosa ayuda para los prestadores de asistencia médica, que no necesitan adaptarse a distintos tipos de contratos y pueden cumplir más fácilmente las normas y los procedimientos. También es importante que el pago al prestador esté equiparado cuando los mismos prestadores contraten con diferentes regímenes, debido a que, de lo contrario, el prestador tendría un incentivo para favorecer a los afiliados de un régimen frente a los de otros regímenes. Por último, los procesos de garantía de calidad podrían ser combinados o la información podría ser compartida. El régimen SSS desarrolla por lo general métodos y herramientas de garantía de calidad que podrían adaptarse y transferirse a los mecanismos CBSP.

4.5. Articulaciones en materia de planificación de políticas

Cualquiera sea el tipo de régimen o de combinación de regímenes adoptado por un país, una planificación integrada y coherente a nivel de las políticas es fundamental a efectos de evitar consecuencias inesperadas. Si falta una planificación coherente y si no se coordinan las características centrales del diseño de los distintos regímenes que funcionan en paralelo

en un país, puede que no se alcancen los objetivos en materia de políticas. Por consiguiente, son decisivas las articulaciones en la planificación de las políticas de los distintos regímenes.

Por ejemplo, la extensión de los regímenes contributivos, en especial con carácter voluntario, puede verse obstaculizada por la existencia paralela de regímenes subsidiados o de acceso gratuito. Esto quedó demostrado en el caso de Filipinas, donde el éxito del primer proyecto para extender el alcance del régimen de seguro voluntario a la economía informal mediante el trabajo con las cooperativas (Véase el Recuadro 2) fue limitado debido, entre otras razones, a la presencia de otro programa dirigido a cubrir a las familias más pobres a través de un régimen subsidiado por el gobierno nacional. Ante la alternativa de elegir entre una asistencia médica gratuita y un régimen contributivo, la mayoría de las familias optó por la primera.

La utilización de diferentes mecanismos de pago a los prestadores en los diferentes regímenes podría crear incentivos financieros imprevistos de modo que los prestadores pudieran favorecer a los afiliados de un régimen respecto de los de otro régimen. Reglamentaciones diferentes en relación con la cobertura de la familia, los paquetes de prestaciones, los copagos, etc. en los distintos regímenes, podrían distorsionar la decisión de los trabajadores y podrían constituir barreras considerables a una fusión potencial de diferentes regímenes.

Las verdaderas diferencias entre las características del diseño central de los distintos regímenes que funcionan en un mismo país surgen muchas veces de la dispersión de responsabilidades respecto de los distintos regímenes. Mientras que, muchas veces los Ministerios de Trabajo son los responsables de la formulación de políticas para los regímenes obligatorios, por lo general los Ministerios de Salud supervisan los regímenes basados en la comunidad. Los regímenes subsidiados para los indigentes a menudo dependen del Ministerio del Interior. En tales circunstancias, el compromiso del gobierno no solo implica presionar para la extensión de la cobertura, sino también garantizar una política de planificación estratégica y una coordinación entre distintos actores gubernamentales. La falta de dicha coordinación podría perjudicar seriamente la consecución de los objetivos de las políticas. Laos brinda un ejemplo positivo de funcionamiento de las articulaciones en materia de planificación de las políticas (Recuadro 3):

Recuadro 3

Se ha obtenido un elevado nivel de coherencia en las políticas así como un intercambio de buenas prácticas entre regímenes gracias a los esfuerzos para la extensión de la cobertura en Laos. El régimen obligatorio y los regímenes voluntarios basados en la comunidad, no solo fueron introducidos aproximadamente al mismo tiempo en 2001, sino que los componentes fundamentales de ambos regímenes son similares: las prestaciones y las exclusiones, el pago a los prestadores así como los sistemas de información básica sobre la identificación de los afiliados y la utilización. A corto plazo, el objetivo de estas articulaciones es crear un entorno positivo de coherencia más que la competencia, con cada régimen aprendiendo del otro y evitando que los prestadores favorezcan a los asegurados de alguno de los regímenes. A largo plazo, la similitud de los componentes del diseño es decisiva para difundir el conocimiento y la experiencia sobre la seguridad social, tanto en la economía formal como en la informal y mejorar las posibilidades de una fusión futura. La fusión entre los regímenes obligatorios y los basados en la comunidad ha sido formulada por el Ministerio de Salud como una estrategia a largo plazo.

La ausencia de articulaciones en materia de planificación de las políticas y de coherencia, en un entorno de múltiples regímenes, puede tener asimismo un impacto negativo en la

necesaria solidaridad a nivel nacional. Esta solidaridad entre los grupos acomodados y los más pobres de la población, entre los mayores y los jóvenes, entre los enfermos y los sanos, es importante si se quiere lograr la cobertura universal. No obstante, la redistribución y la solidaridad deben organizarse entre todos los grupos de la población con el fin de evitar repercusiones negativas en términos de equidad y eficiencia. Por tanto, se requiere que el gobierno implemente de manera coherente mecanismos de solidaridad entre y dentro de los regímenes. Esto se lleva a cabo en Colombia, donde el régimen subsidiado integra la solidaridad basada en una planificación coherente de las políticas.

El proyecto de ley sobre “Seguridad Social para los Trabajadores del Sector No Organizado”, en proceso de elaboración en la India, constituye también un buen ejemplo de las articulaciones en materia de planificación de las políticas con la intención de crear un sistema nacional de protección social coherente y equitativo para los diferentes grupos de la población (Recuadro 4).

Recuadro 4

En los últimos años, el gobierno central de la India así como diferentes gobiernos estatales y ministerios han mostrado un compromiso más fuerte para extender los beneficios de la protección de la salud a los trabajadores de la economía informal, con varias iniciativas: fondos de asistencia social, seguros subsidiados, obligaciones sociales de las compañías privadas de seguros, iniciativas de seguro de salud de los gobiernos estatales, etc.

Sin embargo, se estima que aproximadamente el 90 por ciento de la fuerza de trabajo aún no dispone de ningún tipo de seguridad social. Respecto de la protección de la salud, este fenómeno de exclusión todavía afecta a cerca de 950 millones de personas, haciendo de la extensión de la protección social de la salud para todos, un desafío sin precedentes.

Un proyecto de ley sobre “Seguridad Social para los Trabajadores del Sector no Organizado” está actualmente siendo terminado a nivel central. Sentará las bases para un sistema nacional de seguridad social basado en el principio de la solidaridad nacional (con cotizaciones de los empleadores así como subsidios del gobierno central y de los gobiernos estatales). La intención es proporcionar un nivel mínimo de prestaciones de protección social a la mayoría de los trabajadores de la economía informal.

La propuesta está diseñada como un marco global y coherente, adaptable tanto a los mecanismos de seguridad social ya puestos en funcionamiento en muchos estados como a la capacidad de estos para contribuir al mismo. En sí, está concebida como un instrumento flexible que, en atención a la amplia cobertura esperada, adopta un mínimo común denominador aplicable a todos los estados. Los gobiernos estatales conservan la libertad para complementar las distintas disposiciones y prestaciones.

5. Conclusiones

El acceso a los servicios de salud y a la protección social es un factor esencial para el desarrollo económico y social y una condición fundamental para la reducción de la pobreza. Dada la generalización del fenómeno de la exclusión de la protección social en muchos países, la extensión de la cobertura se ha convertido en un asunto urgente.

Lamentablemente, no hay una solución rápida y fácil al reto que representa la extensión de la cobertura de la asistencia médica. En muchos países, solo se han logrado avances limitados durante la última década, a pesar del hecho de que se cuenta con una serie de mecanismos para la extensión de la cobertura de la asistencia médica. Sin embargo, todos estos mecanismos tienen sus ventajas e inconvenientes distintivos en términos de su

capacidad de cubrir a las poblaciones de modo sostenible. Ninguno de ellos por sí solo parece estar en condiciones de alcanzar la cobertura universal en el corto plazo.

Si bien la conjunción exacta entre estos diferentes mecanismos debe depender de las circunstancias específicas de cada país, parece que una combinación de esos mecanismos es más promisorio para la extensión de la cobertura de la asistencia médica. De hecho, se puede observar un desarrollo paralelo de los diferentes mecanismos en muchos países en los que regímenes de seguro social de salud vienen siendo puestos en funcionamiento para algunas partes de la población, mientras que al mismo tiempo se crean regímenes basados en la comunidad para los segmentos de población que aún no pueden ser cubiertos por el régimen obligatorio. A menudo un servicio de salud financiado por los impuestos también desempeña un papel para ciertos grupos de población.

El presente documento sostiene que el desarrollo paralelo y en forma desconectada de estos diversos mecanismos en un mismo país, no solo deja pasar oportunidades trascendentes para cubrir mejor a las poblaciones, sino que también puede ir en detrimento de la cobertura cuando hay competencia y duplicación entre los distintos regímenes. Siendo que la demanda es grande y los recursos son escasos habría que procurar evitar las ineficiencias.

Tomando como ejemplos los regímenes SSS y los mecanismos CBSP, este documento demuestra que es posible concebir una diversidad de articulaciones entre regímenes, tanto a nivel de las políticas como de la ejecución. Estas articulaciones pueden funcionar como un gran estímulo para la extensión de la cobertura. La coherencia en el plano de las políticas, combinada con un esfuerzo para compensar mediante las articulaciones las respectivas debilidades de los regímenes, puede evitar la competencia y las deficiencias y puede fortalecer la capacidad de los mecanismos vigentes de protección social a fin de cubrir de modo sostenible a un sector más amplio de la población. Sin embargo, aun cuando en un estudio empírico conjunto OIT/AISS/AIM se pudieron identificar algunas medidas innovadoras, de hecho, todavía las articulaciones no se han desarrollado suficientemente.

Los autores del presente estudio opinan que esto debería cambiar. Por consiguiente, el documento trató de hacer una contribución conceptual para el desarrollo de articulaciones y de brindar algunos primeros ejemplos empíricos de varios países. Una mejor vinculación entre los diferentes regímenes, la construcción de una coherencia entre las distintas acciones a nivel nacional, el desarrollo de articulaciones innovadoras que compensen las debilidades organizativas, financieras o estructurales de los diferentes tipos de regímenes, seguirán siendo un importante desafío y también constituirán el centro del trabajo de la OIT/AIM/AISS en el futuro.

Acrónimos

AISS: Asociación Internacional de la Seguridad Social

AIM: Asociación Internacional de la Mutualidad

OIT: Organización Internacional del Trabajo

STEP: Programa de Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza

SSS: Regímenes Obligatorios de Seguridad Social

CBSPM: Mecanismo de Protección Social Basado en la Comunidad

Bibliografía³

- Asociación Internacional de la Seguridad Social. 2005. Seguridad Social - Hacia una confianza renovada. Ginebra.
- . 2007. Evolución y tendencias: una seguridad social dinámica. Ginebra.
- . 2007. Extending social security to all - una publicación doble de la Revista Internacional de Seguridad Social por el octogésimo aniversario de la AISS. Ginebra.
- Dror, D.; Jacquier, C. 1999. "El micro-seguro: extensión del seguro de salud a los excluidos" en la Revista Internacional de Seguridad Social, vol. 52, núm. 1, enero-marzo, págs. 71-97. Ginebra.
- International Alliance for the Extension of Social Protection. 2005. The Geneva Consensus. Ginebra.
- Jacquier, C.; Ramm, G.; Marcadent, P.; Schmitt-Diabaté, V. 2006. "Chapter 1.3: The social protection perspective on micro-insurance" in Churchill, C. (ed.). Protecting the poor. A micro-insurance compendium. Ginebra.
- Oficina Internacional del Trabajo. 2001. Seguridad social: un nuevo consenso. Ginebra.
- . 2006. "Extension of health protection to informal economy workers in Asia." Information papers series - the case of India. Nueva Delhi.
- . 2007. STEP Programme. Access to social protection and health care for all. STEP in Africa. Dakar.
- . 2007. Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Departamento de Seguridad Social. Ginebra.

³ Todos los documentos están disponibles en la Extranet de la AISS (www-issa.issanet.int) o en las plataformas GIMI (www.microinsurance.org)/GESS (www.socialsecurityextension.org)