

## RETOS PARA LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD A TRABAJADORES AGRÍCOLAS Y PUEBLOS INDÍGENAS







## RETOS PARA LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD A TRABAJADORES AGRÍCOLAS Y PUEBLOS INDÍGENAS



Retos para la extensión de la protección social en salud a trabajadores agrícolas y pueblos indígenas.

© Consorcio EUROsociAL Salud, 2008.

La sistematización, diagramación y edición del presente documento ha sido realizada por InterSocial, S.L., por encargo de la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, de España, en el marco del proyecto EUROsociAL Salud. El texto ha sido preparado y editado por Antonio Jiménez Lara con la colaboración de Martha Quezada García, Antonio Sola Bautista y Agustín Huete García. Su preparación ha estado supervisada por un Comité del que han formado parte Pablo Aguilar Alcalá, de la Oficina de Coordinación del Proyecto EUROsociAL Salud, y José Carlos Baura Ortega y Holman Jiménez Ardila, de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

Las fotografías que ilustran este documento (excepto las incluidas en las páginas 9, 30, 39, 42, 45 y 252) han sido cedidas por Antonio Jiménez Lara.

Depósito Legal:

El presente documento ha sido elaborado con la asistencia de la Unión Europea. El contenido del mismo es responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

## Agradecimientos

Este documento es un compendio del trabajo realizado en los intercambios sobre *Extensión de la cobertura de la protección social en salud a trabajadores agrícolas no cubiertos como vector de cohesión social* y sobre *Complementación intercultural y extensión de cobertura de la protección social a las poblaciones indígenas*, desarrollados dentro del área temática 1 (Desarrollo de la Protección Social en Salud) del Proyecto EUROsociAL Salud, bajo la coordinación técnica de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

La base de este documento son los diferentes informes elaborados en el marco de los dos intercambios citados; las ponencias presentadas en el *Curso Estrategias para la Extensión de la Protección Social* (San José de Costa Rica, julio de 2007), el seminario *Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para el Sector Agrícola* (Madrid, septiembre de 2007) y el seminario *Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección social en Salud para Pueblos Indígenas* (La Paz, noviembre de 2007); los módulos de formación del curso on-line *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas* (enero a junio de 2008), y las experiencias aportadas por los participantes en dicho curso.

Nuestro agradecimiento a todos los que han intervenido en la elaboración de estos informes, documentos, módulos didácticos, ponencias, presentaciones y resúmenes de experiencias, especialmente a José Jaime de Domingo, Guillaume Leroy, Pablo Aguilar Alcalá, Alfredo Rivas Antón, José Manuel Freire, José Antonio Panizo Robles, Francisco Jacob Sánchez, Ricard Meneu de Guillerna, Beatriz González López, Gina Carrioni Denyer, Ricardo Batista Moliner, Margarita Sáez Salgado, Denis Nuñez, Claunara Schilling Mendoça, César Gamboa, Jacqueline Castillo Rivas, Erika Minerva Díaz, Marte Trejo Sandoval, Eduardo Klassen, Noly Coromoto Fernández Hernández, Edvaldo Duarte Barbosa y Rosibel Vargas. Y a todos quienes desde sus distintas responsabilidades, han hecho posible que el proyecto EUROsociAL Salud sea una realidad, y muy especialmente a Alexandra Cas Granje y Vittorio Tonutti, Directora y Jefe de Sector, respectivamente, de EuropeAid para América Latina, la Oficina de Cooperación de la Unión Europea que ha impulsado el programa EUROsociAL; Régine Lefait-Robin, Representante del Institut de Recherche pour le Développement (IRD), la institución líder del Consorcio EUROsociAL Salud, y Adolfo Jiménez Fernández, Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS, la institución que ha asumido la coordinación técnica de los dos intercambios a los que se refiere este documento.

## Contenido

- 02 AGRADECIMIENTOS
- 06 PRESENTACIÓN
- 10 RESUMEN EJECUTIVO
- 18 INTRODUCCIÓN
  - EUROsociAL y la cohesión social**
  - 19 El programa EUROsociAL
  - 21 La cohesión social. Concepto y contenidos
  - 27 La protección social en salud y la cohesión social
- 30 CAPÍTULO UNO
  - Extensión de la protección social en salud: Balance de un año de intercambios**
  - 31 Cohesión social en salud, del concepto a la acción
  - 32 EUROsociAL Salud y Protección Social, un balance inicial
- 46 CAPÍTULO DOS
  - Experiencias extraídas de la historia de las Reformas de la Protección social en salud en Europa y América Latina**
  - 47 Reforma agraria, industrialización y desarrollo del estado de bienestar en Europa
  - 51 La experiencia de las reformas de la protección social en salud en América Latina
- 64 CAPÍTULO TRES
  - Sistemas de salud y protección social en salud**
  - 65 La protección social en salud en América Latina y Europa
  - 85 Sistemas de Salud en América Latina y Europa. Semejanzas y diferencias
  - 98 Integración o segregación de la protección social en salud
  - 101 La financiación de los sistemas de protección social en salud
  - 104 Normas relativas a la estructura y cobertura del sector salud en los países latinoamericanos
- 136 CAPÍTULO CUATRO
  - Modelos de atención de la salud con enfoque intercultural**
  - 137 Interculturalidad a ambos lados del Atlántico
  - 139 Interculturalidad y salud
  - 142 ¿Toman en cuenta las políticas de salud la interculturalidad?
- 150 CAPÍTULO CINCO
  - Caracterización del sector agrícola y de los pueblos indígenas**
  - 151 Situación social, demográfica y económica de trabajadores agrícolas en la Unión Europea
  - 154 Situación social, demográfica y económica de trabajadores agrícolas en América Latina
  - 156 Situación social, demográfica y económica de los pueblos indígenas
  - 166 El contexto político y social de los trabajadores agrícolas y pueblos indígenas en América Latina y la Unión Europea
- 168 CAPÍTULO SEIS
  - Protección social en salud de los trabajadores agrícolas y los pueblos indígenas**
  - 169 Derecho a la Salud y protección social, avances diferenciados
  - 178 Cobertura sanitaria y acceso a la salud de los trabajadores agrícolas y los pueblos indígenas
  - 188 La salud de los trabajadores agrícolas y de los pueblos indígenas. Problemas en común y alternativas de solución
- 202 CAPÍTULO SIETE
  - Reflexiones sobre lo aprendido**
  - 203 Cohesión social y equidad en salud. Retos de futuro
  - 203 Necesidad de políticas de reforma en materia de Salud
  - 207 Reflexiones y propuestas sobre los procesos de reforma
  - 210 Reflexiones y propuestas sobre los objetivos de las reformas
  - 211 Reflexiones y propuestas sobre diseño y gestión de los sistemas de salud
  - 217 Reflexiones y propuestas sobre financiamiento de la protección social en salud
  - 223 Reflexiones y propuestas sobre gestión de la información
- 228 ANEXOS
  - Anexo 1. Bibliografía, documentación generada en el curso on line y enlaces de interés**
  - 229 Bibliografía
  - 234 Documentación generada en el curso on line
  - 235 Enlaces de interés

### **Anexo 2. Experiencias aportadas por los participantes en el curso on line**

- 239 Entrevista a Noly Coromoto Fernández Hernández
- 242 Experiencias aportadas por los participantes en el curso on line

### **Anexo 3. Relación de participantes en los cursos y seminarios realizados en el marco de los intercambios**

- 253 Participantes en el Seminario “Estrategias para la extensión de la protección social”
- 254 Participantes en el Seminario “Extensión de la cobertura de la protección social en salud para el sector agrícola”

- 255 Participantes en el Seminario “Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Pueblos Indígenas”

- 257 Participantes en el Curso Online “Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas”

### **Anexo 4. Perfil de las instituciones miembros del Consorcio EUROsocial Salud**

- 259 Socios Fundadores
- 262 Miembros Asociados

## Presentación



En los últimos años la cohesión social ha pasado a ser una materia de especial relevancia en Iberoamérica, como consecuencia de la confluencia de un crecimiento económico sostenido con el mantenimiento de tasas aún elevadas de exclusión. Ello ha hecho que gobiernos e instituciones hayan situado esta temática en el centro de su agenda política y social. La Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno ya subrayó en la declaración final de su reunión de Guadalajara (mayo de 2004) la "determinación de construir sociedades más justas a través del fortalecimiento de la cohesión social", y se planteó como eje central de su reunión de Chile (noviembre de 2007) la "Cohesión social y políticas sociales para alcanzar sociedades más inclusivas en Iberoamérica".

Del mismo modo, la relación estratégica entre Iberoamérica y la Unión Europea ha situado también esta problemática entre sus principales prioridades, tal y como quedó refrendado en la IV Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Europea, América Latina y el Caribe (Viena, mayo de 2005), articulando su cooperación técnica en la materia a través del Programa EUROsociAL centrado específicamente en cinco sectores de actuación: Fiscalidad, Empleo, Salud, Educación y Justicia.

En cuanto al sector salud de EUROsociAL, este se ha conformado por un consorcio compuesto por las siguientes Instituciones: Institut de Recherche pour le Développement (Francia), Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III (España), Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (Italia), Instituto Nacional de Salud Pública (México), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arauca – Fundação Oswaldo Cruz (Brasil), Fondo Nacional de Salud (Chile) y Fundación ISALUD (Argentina), siendo uno de sus objetivos fundamentales la extensión de la protección social en salud. Para ello se ha constituido, dentro de los planes de trabajo, una línea temática específica que prioritariamente se ha dirigido a la **Extensión de la cobertura de la Protección social en Salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas e interculturalidad**, por tratarse de sectores muy vulnerables que requieren de una atención prioritaria.

En desarrollo de este objetivo se han ejecutado diversas acciones que, desde la perspectiva de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) como responsable técnico de esta área temática, se han considerado pertinentes para el fortalecimiento de la capacidad institucional de los países latinoamericanos y la gestión de políticas públicas, orientadas a la extensión de la cobertura de la protección social en salud. Dentro de las cuales cabe destacar, entre otras, la redacción de un primer documento técnico sobre “Extensión de la cobertura de la protección social en salud en los sectores agrario e indígena. Bibliografía, modelos y experiencias clave en América Latina y Europa”; la consolidación de informes nacionales —con base en datos enviados por países demandantes de experiencias—; el seminario sobre “Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para el Sector Agrícola”, realizado en Madrid, Brihuega (España), París y Evreux (Francia); el seminario “Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Población Indígena”, celebrado en La Paz (Bolivia) y las visitas a poblaciones indígenas de Jesús de Machaca e Iruito en las inmediaciones del lago Titicaca, así como el Curso Online sobre “Interculturalidad y extensión de la cobertura de la Protección Social en Salud para sector agrícola y pueblos Indígenas”.

Como conclusión del conjunto de actividades desarrolladas y con el objetivo de servir, al tiempo, de resumen de las mismas y de punto de partida para la adopción de medidas que contribuyan a impulsar y mejorar la protección social en salud de estos colectivos, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, el Institut de Recherche pour le Développement –IRD– (Francia), la Fundación para la Cooperación y salud Internacional Carlos III (España) y la Oficina de Coordinación de sector Salud de EUROsociAL, han abordado la elaboración del presente documento “**Retos para la extensión de la protección social en salud a trabajadores agrícolas y pueblos indígenas**”, que recoge de forma ordenada las actividades descritas; expone las experiencias de reformas de protección social en salud en América Latina y Europa; describe los sistemas vigentes; plantea los modelos de atención de la salud con enfoque intercultural y atendiendo a las características del sector agrícola y los pueblos indígenas; hace un recorrido por la protección social de estos grupos vulnerables, específicamente en cuanto a su cobertura sanitaria y el acceso a la salud, tipificando los problemas comunes y las alternativas de solución; y finaliza formulando una serie de conclusiones y recomendaciones dirigidas a facilitar que los diferentes Estados interesados, en orden a su voluntad política y de acuerdo con su propia realidad nacional, puedan adoptar medidas conducentes a extender la cobertura protectora en salud de estos segmentos de población.

De esta forma, el documento pretende brindar algunos elementos para corregir desequilibrios sociales, a través de la adopción de medidas que se encaminen hacia la universalización de la protección, la modernización de la gestión y la implementación de herramientas que permitan reorientar estrategias e innovar mecanismos en el ámbito de la protección social en salud, evitando discriminaciones, procurando reducir brechas culturales e incrementar el sentido de pertenencia de ciertos sectores de la población, facilitando la evolución hacia una América Latina más solidaria, equitativa, intercultural y justa.

*Adolfo Jiménez Fernández*  
*Secretario General*  
*Organización Iberoamericana de Seguridad Social*



## Resumen ejecutivo



## Estructura del documento

El documento *Retos para la extensión de la protección social en salud a trabajadores agrícolas y pueblos indígenas* presenta una síntesis del trabajo realizado, las reflexiones compartidas y los logros alcanzados en los intercambios sobre *Extensión de la cobertura de la protección social en salud a trabajadores agrícolas no cubiertos como vector de cohesión social y Complementación intercultural y extensión de cobertura de la protección social a las poblaciones indígenas*, que se han desarrollado dentro del área temática 1 (Desarrollo de la protección social en salud) del proyecto EUROsociAL Salud.

Tras una **introducción** en la que se profundiza en el concepto de cohesión social y en el papel de la protección social en salud como mecanismo de cohesión social, en el **capítulo primero** se presenta un balance de las actuaciones llevadas a cabo en el marco de los dos intercambios.

En el **capítulo segundo** se revisan las experiencias extraídas de la historia de las reformas de protección social en salud en Europa (destacando las lecciones aprendidas y las perspectivas actuales) y América Latina (donde se profundiza, a partir de las aportaciones de los participantes en los intercambios, en la trayectoria de formación de los actuales sistemas de protección social en salud de Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y México).

El **capítulo tercero** analiza los sistemas de salud y la protección social en salud, considerando las semejanzas y diferencias entre los sistemas de salud en América Latina y Europa, y

profundizando en aspectos como la integración o segregación de los sistemas de protección social en salud y su financiación, además de ofrecer una relación comentada de las principales normas relativas a la estructura y cobertura del sector salud en los países latinoamericanos.

El **capítulo cuarto** se dedica al análisis de los modelos de atención de la salud con enfoque intercultural.

En el **capítulo quinto** se presentan datos sobre la situación social, demográfica y económica de los trabajadores agrícolas y de los pueblos indígenas y sobre su contexto político y social.

En el **capítulo sexto**, tras revisar los avances en materia de derecho a la salud y protección social en salud de los trabajadores agrícolas y de los pueblos indígenas, los índices de cobertura sanitaria y los principales indicadores de acceso a la salud de estos grupos poblacionales, se analizan los principales problemas existentes y las alternativas de solución.

El **capítulo séptimo** y último recoge una serie de reflexiones y propuestas sobre lo aprendido en el marco de los dos intercambios.

El documento se completa con **cuatro anexos**: Referencias bibliográficas y documentales; Experiencias aportadas por los participantes en el curso on line sobre *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*; Relación de participantes en los cursos y seminarios realizados en el marco de los intercambios y Perfil de las instituciones miembros del Consorcio EUROsociAL Salud.

## Reflexiones sobre lo aprendido

Son muchos los aprendizajes que los participantes en los intercambios han podido extraer de la documentación aportada, las experiencias que se han presentado y los debates que han tenido lugar. Entre ellos, a modo de resumen, pueden destacarse los siguientes:

- La salud es un bien social importante no sólo por sí mismo, sino también porque es condición imprescindible para el logro de otros bienes sociales como la educación, el trabajo o la plena participación en la comunidad. La salud es causa, motor y consecuencia del desarrollo humano y de la cohesión social, y un elemento esencial para el desarrollo económico, pues genera empleo, renta e innovación. La falta de acceso a la salud compromete no sólo el derecho a la salud, sino también la esencia misma de la cohesión social y el desarrollo social.
- La equidad es un factor poderoso de cohesión social, que genera y protege la salud de la comunidad. En América Latina persisten marcadas condiciones de inequidad, pese al importante desarrollo de la región, que afectan a los más pobres y vulnerables, ante las que es necesaria una respuesta urgente al más alto nivel político.
- Los sistemas de protección social son la mejor forma de respuesta frente a la inequidad en el reparto de bienes y sus efectos en la salud. El desarrollo de sistemas de protección social integrados, con cobertura universal de salud y financiación pública, basados en la atención primaria y en la participación ciudadana, es un aporte fundamental a la cohesión social y un medio de lucha contra la exclusión social y la inequidad. Por ello, es esencial el compromiso para lograr acceso universal a los servicios de salud, a partir del reconocimiento de la salud como un derecho humano, y partiendo del papel esencial que han de jugar los poderes públicos para proteger la salud de toda la población.
- Los procesos de reforma de la protección social en salud de los años 90 no han logrado, por lo general, extender la cobertura a las poblaciones más vulnerables, aún cuando éste era uno de sus objetivos explícitos. En muchos casos, tampoco se han logrado satisfactoriamente los demás objetivos planteados, pues no siempre se ha alcanzado una mayor eficiencia, por lo general no ha mejorado la redistribución de la riqueza, y los más pobres siguen enfermando y muriendo sin recibir la atención que necesitan. Esto llama a la necesidad urgente de pensar si estas reformas han servido a la población, o si es necesario generar nuevas reformas, más justas, que promuevan la participación del ciudadano.
- El interés por reformar los sistemas de salud y Seguridad Social es un fenómeno que se puede observar en la gran mayoría de los países. En América Latina, los proyectos de reforma del sector salud y de la Seguridad Social han tenido a veces una excesiva vinculación con intereses y programas políticos coyunturales. No es excepcional que los actores y decisores políticos lancen ideas y proyectos de reforma que tienden a satisfacer necesidades inmediatas, pero no tienen una visión a medio y largo plazo. La definición de objetivos de las reformas, en general, tiene un fuerte carácter político y una más débil consistencia técnica, debido tanto a una pobre caracterización de las necesidades a las que las reformas buscan dar solución como a la falta de una estructuración coherente de los objetivos de las reformas y a las limitaciones en la participación de los diversos actores implicados.

## Propuestas para la extensión de la cobertura de protección social en salud a los trabajadores agrícolas y pueblos indígenas

Entre las propuestas para la extensión de la cobertura de protección social en salud a los trabajadores agrícolas y pueblos indígenas que se han debatido en el transcurso del intercambio, destacan las siguientes:

- **Establecer mecanismos de coordinación institucional asociados con las características propias del país.** Para ello, es primordial instituir normativas coherentes y flexibles y un modelo de información que permita establecer un diagnóstico certero de las necesidades de la demanda, y la construcción de una matriz de indicadores que den lugar a las reformas. En este contexto, los organismos internacionales tienen un papel fundamental en brindar apoyo en esta dirección, es decir, contribuir con el conocimiento de la experiencia internacional al éxito de sistemas de salud en constante evolución.
- **Implantar mecanismos de solidaridad financiera que permitan cubrir a los que no cuentan con recursos económicos, de forma que los que tengan más aporten más para que puedan acceder los que tengan menos.** Se debe trabajar bajo un enfoque de derechos y de solidaridad para que la salud no se convierta en un negocio.
- **Promover el desarrollo de modelos de atención en salud integrales e interculturales.** Dentro de las instituciones rectoras de la salud sería muy positiva la existencia de una instancia que tenga a su cargo el trabajo con los pueblos indígenas, que además cuente con recursos humanos, físicos, y financieros.
- **Favorecer la capacidad en la toma de decisiones estratégicas por parte de los organismos públicos,** que son los encargados de velar por el bienestar y la salud de todos los ciudadanos (incluyendo a trabajadores agrícolas y pueblos indígenas).
- **Implicar a todos los actores involucrados en los procesos de reforma.** Resulta imprescindible la participación en la toma de decisiones de los usuarios de los servicios y el reconocimiento de la diversidad existente en los países.
- **Formular acciones de protección social flexibles, bajo un enfoque intercultural.** Al ofrecer los servicios de salud ha de superarse un enfoque centrado sólo sobre la enfermedad, sustituyéndolo por un enfoque intercultural que trabaje las causas y los determinantes.
- **Llevar a cabo una sensibilización de la población haciendo hincapié en la promoción y educación en salud.** Se trata de un objetivo específico que implica una serie de acciones preventivas.
- **Reforzar la atención primaria, y la promoción de la salud con un enfoque integral, a través de la Seguridad Social.** La experiencia en Europa, en la mayoría de los sistemas, es que la Seguridad Social ha jugado un papel fundamental en la universalización de la asistencia sanitaria, partiendo de los grupos asegurados, extendiendo éstos, ampliando el ámbito familiar de personas protegidas y, en último término, dando el salto a la universalización. Este proceso ha ido acompañado de una financiación inicialmente basada en cotizaciones sociales, en la que cada vez ha ido teniendo más peso la aportación del Estado con cargo a los impuestos generales o específicos.
- **Llevar a cabo programas de formación a profesionales del ámbito sanitario, desarrollando los perfiles de atención más adecuados.** Los

recursos humanos son de vital importancia para garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población. La calidad de estos recursos supondrá una mejora en la atención de la población, en general, y de los sectores más desfavorecidos en particular.

- **Integrar en los sistemas de salud las diferentes culturas que existen en cada país y otorgar cobertura a las diversas realidades.** En el campo de la salud, la interculturalidad se expresa no sólo en las muy diversas formas de entender y manejar la salud y la enfermedad, sino en su interacción creativa, en el pluralismo y en el mutuo reconocimiento.
- **Generar modelos de salud que realmente respondan a las características, necesidades y problemáticas de las poblaciones,** que tengan cobertura total, que sean accesibles, de calidad, eficientes y eficaces y que tengan en cuenta al individuo y a la colectividad, que sean modelos integrales y para el caso de los pueblos indígenas, interculturales. El enfoque intercultural permite tener en cuenta a los grupos indígenas y otras minorías, respetando sus costumbres, dando respuesta a las necesidades propias de cada pueblo o grupo.
- **Es necesario entregar desde las políticas públicas una señal de respeto a la diversidad y a los derechos de las personas, a partir del enfoque intercultural.** Esto sin duda, allana el camino para integrar a los pueblos originarios a los distintos ámbitos de la seguridad social.
- **La implementación de una política pública en salud específica para la población indígena requiere de los siguientes elementos:**
  - Efectuar un análisis de la situación de salud de la población (en este caso de los pueblos indígenas), para lo cual se puede utilizar la metodología de Análisis de la Situación de Salud (ASIS) con una perspectiva intercultural.
  - Identificar, conjuntamente con los pueblos indígenas, las necesidades sentidas de las comunidades y sus problemáticas en salud (entendida desde el análisis de los determinantes de salud) y definir estrategias o líneas estratégicas de intervención a las mismas.
  - La asignación de recursos financieros que permitan ejecutar planes, programas y proyectos elaborados por las propias comunidades.
  - Formar personal indígena y no indígena para la implementación de estas estrategias.
  - Conformar equipos itinerantes multidisciplinares a atender a las comunidades indígenas sin acceso a los servicios.
  - Fortalecer la medicina tradicional como enfoque integral para el bienestar personal y comunitario a partir de la conservación del equilibrio o armonía entre la comunidad y la naturaleza, el rescatar la sabiduría ancestral y las leyes de origen que, de acuerdo a las culturas, garantizan la salud de los ecosistemas, las comunidades y los individuos.
  - Capacitar y sensibilizar los recursos humanos de la medicina occidental y funcionarios públicos, sobre la visión de la salud y la enfermedad en las culturas de los grupos étnicos, para que tengan una mayor comprensión del tema de la salud en estas poblaciones, puedan adecuar sus diagnósticos y prácticas y contribuyan a la preservación de la medicina

- tradicional y apropiación de la política del reconocimiento.
  - Diseñar, implementar, hacer seguimiento y evaluar, conjuntamente entre el Estado y los pueblos indígenas, una política de extensión de la cobertura de la protección social en salud, entendida ésta como el conjunto de mecanismos destinados a procurar que la población tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud mediante la asignación de recursos de diverso origen.
  - Implementar programas de capacitación e información a la población indígena sobre sus derechos a la protección social, encaminados a disminuir las barreras de acceso a la salud y que les brinden elementos para el fortalecimiento de sus organizaciones sociales propias.
  - Implementar programas de sensibilización, capacitación e información sobre los pueblos indígenas, sus características, necesidades y problemáticas, a las entidades encargadas a nivel nacional y regional de la implementación de la protección social.
- **Ofrecer diversidad en los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de los trabajadores agrícolas y pueblos indígenas.** Para ello, se requiere de nuevos enfoques que tengan en cuenta las especificidades de cada país.
- **Articular la medicina tradicional con la medicina occidental.** Se podría hablar de modelos médicos pluriculturales que suman materias médicas y saberes como respuestas potenciales para enfrentarse a los procesos de salud-enfermedad, ampliando los modelos explicativos, así como los perfiles epidemiológicos convencionales.
  - **Crear centros de atención con especialidad en los pueblos indígenas.** Los profesionales de la salud que trabajen en poblaciones indígenas deben conocer las culturas del pueblo donde operan.
  - **Asegurar una prestación de servicios basada en la Atención Primaria en áreas rurales como iniciativa de extensión de cobertura.** Deben priorizarse las áreas rurales de muy difícil acceso, extrema pobreza, desnutrición, altas tasas de mortalidad materna y perineonatal, etc. Los principales beneficiarios serían los trabajadores agrícolas y algunas zonas focalizadas indígenas.
  - **Dotar a los hospitales, postas y centros de atención de los instrumentos y el material necesario para poder atender adecuadamente a la población, cualesquiera que sean sus características.** Se hace indispensable la movilización de recursos para garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población. Estos recursos, tanto humanos como materiales, tienen como destinataria a la población en su conjunto y se traducen en servicios de promoción, prevención y protección de la salud.
  - **Ampliar la cobertura de los trabajadores agrícolas a partir de las siguientes consideraciones:**
    - Replantear las condiciones de acceso al Sistema de Seguridad Social que se ajusten a las necesidades de los trabajadores agrícolas y de sus familias.
    - Favorecer la agrupación de los trabajadores agrícolas, a fin de que estén en posibilidades de autogestionar sus aportaciones a otras modalidades de aseguramiento.
    - Buscar espacios legislativos, en los que se conozcan y se atiendan

- las demandas de los trabajadores agrícolas.
- Incluir en los Sistemas de Salud, como una prioridad de atención a la población agrícola, redes de servicios en unidades de primer contacto y de hospitalización tanto general como de especialidad, acorde a la epidemiología laboral.
  - Generar empleos mejor remunerados que hagan atractivo el trabajo agrícola.
  - Capacitar en el uso de nueva tecnología y proporcionar los apoyos económicos requeridos para su desarrollo.
- **Establecer prestaciones mínimas nacionales en salud para toda la población, garantizadas por el Estado.**
  - **Se ha debatido intensamente sobre la oportunidad del establecimiento de sistemas de copago para acceder a los servicios de salud.** Este sistema consiste en el aporte de dinero que realizan los afiliados al sistema, correspondiente a una parte del valor del servicio que se demanda y que tiene como finalidad financiar el sistema. Sin embargo, la práctica del copago es contestada desde algunos sectores, al entender que ello produce una fuerte inequidad en el sistema y, desde otra perspectiva, puede ser un freno para grupos sociales, ya que puede limitar el acceso a los servicios de salud de las personas de menores ingresos.
  - **Introducir mecanismos de aseguramiento social.** La experiencia sugiere que puede convertirse en un instrumento idóneo para aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos, especialmente con la utilización de un paquete de servicios que sirva como parámetro de comparación en la redistribución de fondos. Sin embargo, la falta de estudios sobre perfil epidemiológico y/o diferencias de riesgo entre regiones de un mismo país, pueden llegar a desvirtuar los alcances de este instrumento. La instrumentación de cambios en mecanismos de pagos debe estar precedida por un análisis específico para cada país o región de las estructuras en el mercado prestador, las relaciones de poder entre los distintos actores participantes, financiadores, prestadores, clínicas, médicos e intermediarios, a fin de poder prever los verdaderos incentivos que se generan a partir de la incorporación de estos mecanismos alternativos de remuneración.
  - **Incrementar los gastos de salud para favorecer la extensión de la atención social en salud a poblaciones agrícolas e indígenas.** Este incremento se debe a la lejanía donde están ubicados los sectores indígenas, a la reorganización del sistema y a las limitaciones en las vías de comunicación.
  - **Parece de interés la posibilidad de compatibilizar las prestaciones de regímenes públicos y privados.** Sin embargo, conviene recordar la natural tendencia del mundo de la empresa privada a seleccionar a los pacientes más rentables, práctica conocida en el mundo de la gestión sanitaria como selección adversa de riesgos.
  - **En términos de desafíos y contribuciones futuras, la epidemiología debe trabajar para aportar mayor evidencia relacionada con la situación de salud diferenciada en poblaciones específicas: trabajadores agrícolas, pueblos indígenas u otros.** La vigilancia epidemiológica debe estar enfocada a las condiciones de riesgo de cada grupo específico. El avance de esta materia será de gran valor para intervenir con calidad en los procesos de salud enfermedad de los trabajadores agrícolas y las poblaciones indígenas.

- **Introducir mejores procesos de información, registro y análisis epidemiológico en los sistemas de seguridad social.** Es necesario

incorporar la variable etnia a los sistemas de información de manera que permita visibilizar las inequidades y brechas en las comunidades indígenas.



## Introducción: EUROsociAL y la cohesión social



*“Subrayamos que la cohesión social, que constituye el fundamento de las sociedades más incluyentes, sigue siendo un objetivo compartido y una prioridad clave de nuestra asociación estratégica birregional [entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe]. La promoción de la cohesión social busca contribuir a la construcción de sociedades más incluyentes ofreciendo a todos la oportunidad de tener acceso a los derechos fundamentales y al empleo, de disfrutar de los beneficios del crecimiento económico con equidad y justicia social, y poder desempeñar plenamente de esta forma un papel en la sociedad. Continuaremos proporcionando a la cohesión social una prioridad relevante en nuestros programas birregionales de cooperación y asistencia, como EUROsociAL, y seguiremos promoviendo también los intercambios de experiencias entre nuestros países y regiones”.*

**Declaración de Viena.**

IV Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Europea, América Latina y el Caribe.  
Viena, 12 de mayo de 2006.

## El Programa EUROsociAL

EUROsociAL es una iniciativa de cooperación técnica de la Comisión Europea para promover la cohesión social en América Latina a través del intercambio de experiencias entre administraciones públicas responsables de la administración de la justicia, la educación, el empleo, la fiscalidad y la salud. Su objetivo es fortalecer las capacidades institucionales de gestión de políticas públicas en estos sectores para transformarlas en auténticos vectores de cohesión social.

La cohesión social es, junto con la integración regional, uno de los grandes ejes que vertebran la relación estratégica entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe. La Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de Guadalajara, en mayo de 2004, ya subrayó en su declaración final la “determinación de construir sociedades más justas a través del fortalecimiento de la cohesión social”, destacando la responsabilidad y voluntad de los Gobiernos para dirigir procesos y reformas

orientadas a aumentar la cohesión, a través del combate a la pobreza, la desigualdad y la exclusión social.

La Comisión Europea ha decidido convertir la cohesión social en el tema prioritario de su política de ayuda y de cooperación al desarrollo con América Latina<sup>1</sup>. Esta voluntad, refrendada en la IV Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Europea, América Latina y el Caribe (Viena, mayo de 2005), se ha visto reafirmada recientemente en la V Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Lima en mayo de 2008, que ha aprobado la Agenda de Lima, en la que la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión a fin de alcanzar o aumentar la cohesión social se confirma como una prioridad política clave

---

<sup>1</sup> Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo de diciembre de 2005, “Estrategia para una Asociación Reforzada entre la Unión Europea y América Latina”.

de la asociación estratégica entre Europa y América Latina.

EUROsocial pone en práctica esta voluntad política. La ejecución del Programa, que culminará en la segunda mitad del año 2009, ha sido confiada a organismos públicos europeos, latinoamericanos y multinacionales. El presupuesto total del Programa es superior a los 36 millones de Euros, de los que la Oficina de Cooperación de la Comisión Europea aporta un 80%. El resto de la financiación es asumida por las instituciones adjudicatarias de las subvenciones con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y del Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia, a través de France Cooperation International.

EUROsocial es una iniciativa abierta a todas las instituciones latinoamericanas interesadas en participar en procesos de reforma política e institucional con el objetivo de incrementar la protección y la cohesión social en la región.

## Objetivo y método

El objetivo a largo plazo de EUROsocial es contribuir a generar o fortalecer procesos de cohesión social en América Latina. El programa viene desarrollando la capacidad de las autoridades públicas para formular políticas coherentes que permitan combatir las desigualdades sociales, identificando los grupos de población más afectados. Para ello, EUROsocial concentra sus esfuerzos en el incremento de la eficacia y eficiencia de las políticas públicas en las áreas de administración de la justicia, educación, empleo, fiscalidad y salud, mediante la reorientación de algunas políticas y programas sociales y la introducción de innovaciones en los mecanismos de gestión. En definitiva, el Programa es una iniciativa de fortalecimiento institucional de administraciones públicas.

EUROsocial ejecuta actividades de sensibilización política e intercambios de experiencias basados en diagnósticos y análisis de calidad y en redes de organizaciones y actores en los distintos sectores de intervención. La gestión de proyectos sectoriales (Educación, Empleo, Fiscalidad, Justicia y Salud) proporciona apoyo a la realización de estas actividades, cuyos resultados son puestos a disposición del público a través de una estrategia de comunicación y visibilidad.

EUROsocial pretende generar las condiciones necesarias para que los países latinoamericanos emprendan procesos de reorientación de estrategias y de innovación en los mecanismos de gestión de programas y políticas. De acuerdo con la metodología de EUROsocial, las actividades de sensibilización se dirigen principalmente a personas con capacidad para la toma de decisiones (*policy makers*) y a quienes participan activamente en su diseño y aplicación; en los intercambios de experiencia participan, sobre todo, gestores de nivel intermedio con responsabilidad en la administración cotidiana de los recursos públicos.

Los intercambios de experiencia son la actividad principal de EUROsocial y su seña de identidad. Son procesos de transferencia entre administraciones públicas de lecciones aprendidas y buenas prácticas acerca del diseño, aplicación y gestión de políticas sociales con repercusiones sobre la cohesión social. Las transferencias se realizan desde países europeos o desde países de América Latina a través de formación no reglada (presencial o a distancia), por medio de pasantías o visitas, mediante la asistencia técnica de expertos o por una combinación de estas modalidades.

En el marco de EUROsocial, se entiende por "experiencia" una política, plan, programa, proyecto —o, de manera más general, un conjunto de procesos y operaciones interrelacionados— ejecutado por una administración pública con la finalidad de mejorar la cobertura, calidad o eficiencia de los servicios públicos, integrando a sectores excluidos o mejorando la atención a grupos marginados del sistema, y que por lo tanto pueda tener un impacto (demostrado o potencial) sobre la cohesión social. Una experiencia puede tener aspectos positivos (a repetir) o negativos (a evitar), y sólo puede ser entendida en el contexto sociopolítico e institucional en el que ha sido aplicada.

Un concepto relacionado con el de "experiencia", pero no idéntico a él, es el de "buena práctica", que se refiere al conjunto o secuencia de procedimientos, métodos de trabajo, tecnologías y otros elementos de la experiencia que se consideran clave para generar resultados positivos y que, en sí mismos, resultan transferibles (en condiciones de contexto similares o con las adaptaciones necesarias). En una experiencia puede haber varias buenas prácticas que será necesario documentar de manera precisa pues

pueden servir para generar, por sí mismas, dinámicas que lleven al cambio deseado.

## La cohesión social. Concepto y contenidos

### Cohesión social: una definición posible

La cohesión social es un estado en el que existe una visión compartida entre los ciudadanos y el gobierno acerca de un modelo de sociedad basado en la justicia social, la primacía del estado de derecho y la solidaridad.

Esta visión compartida permite el establecimiento de consensos sobre la canalización del gasto público entre distintos sectores, generaciones y territorios, la recaudación impositiva, la financiación de los servicios sociales, la seguridad, las políticas de inclusión y protección social y la generación de empleo. Los sistemas de protección e inclusión que caracterizan una situación de cohesión social hacen que sea posible atacar con mayores posibilidades de éxito los problemas de pobreza y desigualdad en la distribución de los ingresos.

**Web del programa EUROsocial Salud**

La cohesión social es la capacidad de la sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros minimizando las disparidades y evitando las polarizaciones. Avanzar en la cohesión social implica, por una parte, luchar contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión social, y, por otra, generar lazos de solidaridad, confianza y cooperación entre ciudadanos que ejercen sus derechos y asumen plenamente sus obligaciones, con gobiernos justos, transparentes y responsables de sus acciones.

Desde la III Cumbre entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe, celebrada en Guadalajara (México) en mayo de 2004, la cohesión

social ha pasado a ser un punto esencial de la cooperación entre la UE y América Latina, al que se ha dado prioridad en todos los programas de ayuda y de cooperación al desarrollo destinados a la región de América latina y el Caribe en su conjunto, a las subregiones y a los distintos países de Latinoamérica. En la Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la UE y América Latina y el Caribe, celebrada en Viena en mayo de 2006, también se reconoció el carácter de la cohesión social como objetivo común y tema prioritario de las relaciones entre ambas regiones.

En Europa, la cohesión social es importante por dos razones: En primer lugar, es considerada uno de los elementos clave para explicar el progreso y la competitividad de las sociedades europeas contemporáneas; la preocupación por la cohesión social es, a la vez, lo que identifica a los europeos y les distingue de los otros proyectos de sociedad. En segundo lugar, la cohesión social, no sólo dentro de los Estados miembros, sino también entre ellos, es una garantía del éxito de la experiencia de integración europea. En las dos últimas décadas, el éxito de la integración de Portugal, Grecia, España y, sobre todo, Irlanda, que pasaron de ser países muy pobres a alcanzar los niveles de desarrollo de sus socios, y el trato diferencial a las regiones más periféricas de la UE justifican y consolidan el proyecto europeo. Por ello, en la Agenda de política social de la Unión Europea (COM (2000) 379), la cohesión social fue definida como uno de los objetivos prioritarios: «Prevenir y erradicar la pobreza y la exclusión y promover la integración y participación de todos en la vida económica y social». La importancia de la cohesión social se ha visto reafirmada con la incorporación de los nuevos miembros, pues en la UE ampliada, las regiones más prósperas son diez veces más ricas que las más pobres.

La perspectiva latinoamericana es algo distinta, y se caracteriza porque el problema de la cohesión social, a la vez que es más apremiante, tiende a considerarse exclusivamente como de ámbito interno. América Latina, aunque no es en modo alguno una región pobre, es la región más desigual del mundo en términos de distribución del ingreso, hasta el punto de que un tercio de su población vive en la pobreza o la extrema pobreza. Pese a la gravedad del problema, la liberalización económica y el carácter incipiente de la integración regional

hacen que la desigualdad social sea considerada esencialmente como un problema interno de cada país. Sin embargo, la liberalización económica y la cohesión social no deben ser considerados como objetivos opuestos, sino paralelos.

La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) ha propuesto recientemente<sup>2</sup> su noción de cohesión social, entendida como la dialéctica entre los mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo que estos operan. Para la CEPAL, en América Latina y el Caribe el concepto de cohesión social surge ante la necesidad de encarar pertinaces problemas que, pese a algunos avances logrados en los últimos años, aún perduran: altos índices de pobreza e indigencia; desigualdad extrema en la distribución del ingreso; diversas formas de discriminación y de exclusión social que se remonta a un lejano pasado. La falta de cohesión social compromete los esfuerzos de desarrollo, pues los actores que podrían estar llamados a construir espacios de interacción positiva no cuentan con una comunidad de principios de cooperación y de comunicación. Si bien las razones de los desencuentros suelen ser múltiples, destaca entre ellas el endeble asidero material de la cohesión social, aunque ciertamente el problema trasciende la mera satisfacción de necesidades materiales.

La cohesión social es, desde esta perspectiva, la respuesta ineludible a la crisis de legitimidad y gobernabilidad de los estados nacionales, a la profundización de las brechas sociales, al debilitamiento de lo público y a la excesiva racionalización económica. Más allá de su indudable relevancia ética en razón de la equidad, la cohesión social también es relevante para determinar la solidez del Estado de derecho, del orden social democrático y de la gobernabilidad.

La preocupación por la cohesión social hace hincapié en el carácter pluridimensional de la pobreza. El PIB per cápita ya no puede considerarse el único indicador de bienestar. Por lo

tanto, el crecimiento es una condición necesaria para el desarrollo pero no suficiente.

La renta per cápita relativamente elevada de la Unión Europea y de algunos países de América Latina y del Caribe (comparada con la de los demás países en desarrollo) no es garantía de un menor grado de desigualdad y pobreza. Son igual de importantes el acceso a la educación, a la sanidad, a infraestructuras básicas como el agua potable y a un empleo decente, y la participación en la vida política y social del país. La imposibilidad de encontrar un lugar en la sociedad, la escasa representación política y la falta de acceso a la justicia son factores de exclusión ignorados con demasiada frecuencia.

### Identidad y marginación

Un planteamiento basado en el concepto de cohesión social permite detectar mejor los mecanismos que conducen a la marginación. Una noción cercana a la de cohesión social es la de integración social, entendida como el proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas participar del nivel mínimo de bienestar que es consistente con el desarrollo alcanzado en un determinado país. Esta definición restringida opone integración a marginación. En un sentido más amplio, la integración de los miembros de la sociedad ha sido concebida como un sistema común de esfuerzos y recompensas, igualador en cuanto a oportunidades en términos de retribuciones. La inclusión, en este sentido, no sólo supone mejorar las condiciones de acceso a canales de integración, sino también promover mayores posibilidades de autodeterminación de los actores en juego.

La exclusión se ve intensificada muchas veces por la discriminación, patente o larvada, de grupos sociales definidos en función del sexo, la raza, la posición social, el origen étnico, etc. También la localización geográfica puede influir sustancialmente en el grado de inserción. El aumento de las desigualdades regionales dentro de un mismo país puede poner en peligro su propia cohesión. Por lo tanto, el análisis de la identidad y del origen de las personas es un elemento clave para la comprensión profunda de los procesos de marginación y un paso previo del proceso de cohesión social.

<sup>2</sup> CEPAL (2007): Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago de Chile.

## Sentido de pertenencia

El sentido de pertenencia a la sociedad constituye un eje central de las distintas definiciones de cohesión social. Sin embargo, puede coexistir un arraigado sentido de pertenencia a escala micro (nivel comunitario), con una situación macro (sociedad) crítica en materia de cohesión social.

Históricamente, en América Latina han sido precisamente las poblaciones indígenas y afrodescendientes quienes han padecido la mayor discriminación cultural y exclusión social, a pesar de tratarse de grupos que comparten una alta cohesión interna, y sin embargo, poseen grandes brechas socioeconómicas y culturales con las sociedades en las que se incluyen.

El sentido de pertenencia social depende de muchos factores y se promueve desde diversas instancias:

- Valores de convivencia.
- Uso y cuidado de espacios comunes.
- Tolerancia ante la diversidad y la reciprocidad en el trato.

La titularidad de los derechos sociales encarna la efectiva pertenencia a la sociedad, pues implica que todos los ciudadanos estén incluidos en la dinámica del desarrollo y gocen del bienestar que este desarrollo promueve. Supone además un reconocimiento de todos los miembros de la sociedad sin distinciones de género, raza, etnia, edad, grupo socioeconómico o localización geográfica. A diferencia de los derechos civiles y políticos, los derechos sociales exigen mayor progreso e igualdad sociales.

De este modo, el cruce entre ciudadanía y pertenencia también supone la intersección entre derechos sociales instituidos y solidaridad social internalizada. Lo que beneficia a la comunidad beneficia también a los individuos, porque les garantiza mayor seguridad y protección en el futuro.

La cohesión social se refiere tanto a la eficacia de los mecanismos instituidos de inclusión social como a los comportamientos y valoraciones de los sujetos

que forman parte de la sociedad. Entre estos mecanismos podríamos destacar, entre otros, el empleo, los sistemas educacionales, la titularidad de derechos y las políticas de fomento de la equidad, el bienestar y la protección social.

Se daría pues, una dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que estos mecanismos operan. Por tanto, una mayor disposición de la ciudadanía a apoyar y participar en asuntos públicos y espacios de deliberación, a confiar en las instituciones y el mayor sentido de pertenencia a la comunidad y de solidaridad con los grupos excluidos y vulnerables facilitan la suscripción de los pactos sociales necesarios para respaldar políticas orientadas al logro de la equidad y la inclusión.

Existe una relación positiva, de refuerzo mutuo, entre un mayor progreso en el ámbito de los derechos sociales y una mayor solidaridad colectiva. Pero la ciudadanía no solo implica una titularidad de derechos, sino también, como contrapartida, un respeto a las reglas de la institucionalidad democrática y del Estado de derecho, así como una mayor disposición a participar en los asuntos de interés público. Por lo tanto, el sentido de pertenencia tiene dos aspectos: acceso y compromiso.

La ciudadanía como sentido de pertenencia se traduce también en mecanismos propios de la sociedad civil que puedan fortalecer relaciones de solidaridad y responsabilidad sociales, tanto dentro de los grupos como entre los grupos; en la difusión extendida de una cultura pluralista que permite mejorar los niveles de convivencia y comunicación entre actores que se definen por su diferencia; en el reconocimiento de la pluralidad de afiliaciones e identidades sociales de las que participan los individuos y los ciudadanos, y en la filiación progresiva de grupos sociales a redes de interacción para participar en instancias comunicativas y deliberativas.

Los derechos sociales, económicos y culturales tienen un papel fundamental en la construcción del sentido de pertenencia que, a su vez, es parte esencial de la cohesión social. Esto no comporta una dicotomía entre el desarrollo centrado en

derechos y las opciones que privilegian el crecimiento económico. Los derechos son indivisibles, tanto en un sentido ético como práctico, en la medida que se refuerzan mutuamente para promover una mayor cohesión social.

Estos derechos prescriben, como deber a los Estados, la promoción de una mayor integración al trabajo, a la educación, a la información y el conocimiento y a las redes de protección e interacción sociales, permiten mejorar las capacidades de los ciudadanos para participar en instituciones políticas, en el diálogo público, en asociaciones civiles y en el intercambio cultural. A la inversa, a mayor igualdad en el ejercicio de derechos políticos y de ciudadanía, mayor presencia de los grupos excluidos de decisiones que inciden en las políticas distributivas y, por tanto, mayores condiciones de traducir la ciudadanía política en ciudadanía social.

Los derechos deben jerarquizarse ya que los recursos para satisfacerlos son escasos. Los mínimos garantizables universalmente deben incrementarse gradualmente y en esto consiste la progresividad de los derechos sociales.

### Desarrollo económico y desigualdad

Las condiciones de vida de la población de América Latina y el Caribe han mejorado significativamente en las últimas décadas. La mayoría de estos logros de las políticas públicas se ha alcanzado mediante un mayor acceso a la atención médica e importantes inversiones en infraestructura básica, que han dotado a un porcentaje alto y cada vez mayor de la población de servicios de agua potable y saneamiento básico, y han permitido mejorar las demás condiciones de vida. Sin embargo, siguen existiendo grandes brechas en los ámbitos sanitario, educativo y laboral, y por supuesto, en el económico.

Es probable que las dificultades y carencias que influyen más en los sentimientos de inseguridad económica expresados por los ciudadanos de América Latina provengan en su mayor parte de un ingreso insuficiente para satisfacer las necesidades básicas o más apremiantes. Esos sentimientos de inseguridad también se dan cuando el ingreso es suficiente, pero varía mucho en el tiempo y se hace impredecible debido a la inestabilidad laboral. El

desarrollo social no se ha dado al mismo ritmo o nivel que el desarrollo económico, ya que en las tres últimas décadas el porcentaje de población que vive en la extrema pobreza o indigencia —una de las expresiones más elocuentes de la exclusión social— no ha podido reducirse significativamente.

La pobreza y las brechas en materia de pobreza se explican en gran parte como consecuencia de la desigualdad distributiva, pronunciada y persistente. El mercado laboral se revela como el principal locus de desigualdad en la región. La elevada tasa de desigualdad distributiva se explica en su mayor parte por el alto grado de concentración de los ingresos del trabajo. En el caso de los pueblos indígenas, las disparidades respecto de la población no indígena entre países, áreas geográficas y grupos sociales se mantienen y, lo que es peor, en algunos ámbitos se profundizaron en los últimos años.

### Cohesión y Protección social

Un componente fundamental de la cohesión es la protección social, que aspira a extender a toda la ciudadanía el acceso adecuado a prestaciones que disminuyan su vulnerabilidad y mejoren su calidad de vida, instituyendo un mecanismo ampliado de cuidado y solidaridad que interactúa con la cohesión social.

Un factor esencial para la cohesión social es la solidaridad en el financiamiento de los sistemas de protección. Riesgos tales como el desempleo, el subempleo, la enfermedad y la pérdida o radical disminución de ingresos en la vejez, entre otros, determinan el bienestar presente y futuro de los individuos. La capacidad de integrar a los individuos en un marco normativo común depende en buena medida de que ellos perciban que pertenecen a un sistema que efectivamente les protege de esos riesgos. La cohesión se debilita cuando existe la percepción de que en la protección hay una ciudadanía de “primera” categoría y otra de “segunda”.

Los sistemas de protección social deben sustentarse en mecanismos de solidaridad. Las transferencias desde los que tienen más a los que tienen menos, o desde poblaciones de menor riesgo a otras de mayor riesgo, son parte de la dinámica solidaria que hace a una sociedad más cohesionada.

El principio de solidaridad del financiamiento y la cotización obligatoria amplían los recursos, hacen más estable y equitativa la diversificación de riesgos y permiten subsidios cruzados, en el contexto de un sistema que atenúa los riesgos y eleva el bienestar y la certidumbre.

La protección social sustentada en los derechos universales, que busca influir positiva y perdurablemente en la cohesión social, no puede limitarse a respuestas asistenciales o paliativas, debe extenderse a políticas de desarrollo del capital humano y de prevención de riesgos para todas las personas.

Un modelo de protección social basado en derechos y orientado hacia la cohesión exige pronunciarse en torno a cuatro elementos esenciales de la política social:

- La determinación de los niveles y las fuentes de financiamiento contributivo y no contributivo.
- La magnitud de la solidaridad en el financiamiento.
- El desarrollo de la institucionalidad social para una gestión eficiente de la oferta de prestaciones.
- La identificación de derechos explícitos, garantizables y exigibles en términos de acceso a prestaciones sociales.

En América Latina, las dinámicas demográficas y del mercado de trabajo llevan a que exista un elevado número de personas dependientes por cada trabajador formal. A ello se suma que la capacidad de financiamiento del Estado es limitada por la baja carga tributaria y porque se aplica a un menor PIB per cápita. En algunos países, por lo tanto, la brecha entre el número de personas que puede beneficiarse del gasto social y el que efectivamente necesita beneficiarse es muy grande.

La incapacidad de entregar protección social universal en los países de América Latina, dio lugar a tres tipos fundamentales de prestaciones:

- Las directamente subsidiadas y provistas por el sector público para atender a los más pobres.

- Las vinculadas a sistemas de seguridad social financiadas con contribuciones para la protección de los trabajadores y sus familias.
- La financiada en forma privada para la provisión de mejores servicios.

Un problema recurrente en esta región es la inexistencia de un sistema integrado de protección social. Lo habitual es que existan una multiplicidad de subsistemas que difieren según la institución aseguradora o prestadora de que se trate (pública, de seguridad social o privada).

Las reformas que se intenten deben insertar los diferentes subsistemas en un sistema integrado de protección social, y deben también regular las opciones de mercado y privadas, con normas que velen por una adecuada combinación de los esfuerzos públicos y privados a fin de lograr los objetivos social y públicamente deseados.

Los nuevos planteamientos en materia de regulación, que combinan los principios de equidad, solidaridad y eficiencia, proponen sistemas de protección social integrales que permitan:

- Unificar diferentes fuentes de financiamiento en fondos solidarios (impuestos, copagos...).
- Decidir la distribución de los recursos acumulados.
- Definir paquetes de prestaciones básicas.
- Establecer estándares mínimos de calidad de los servicios.
- Precisar la regulación de la industria que opera en los mercados de protección social.
- Definir la política de competencia y la información al consumidor.

## Responsabilidad del Estado

El papel del Estado es fundamental para garantizar una cierta cohesión social. Sin desatender la necesidad de estabilidad macroeconómica o la hacienda pública, el Estado puede actuar sobre el sistema fiscal, para hacerlo más equitativo y progresivo, y sobre el gasto público, para

garantizar la redistribución y corregir la «fractura social» a la que dan lugar las situaciones de exclusión. Para contribuir al objetivo de la cohesión social, el Estado puede concentrar sus esfuerzos en mejorar la protección social de todos los ciudadanos.

En la búsqueda de la cohesión social es esencial también la labor de democratización. La participación de los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones mediante la consulta de las organizaciones de la sociedad civil es un complemento indispensable de la democracia representativa.

La capacidad del Estado de conseguir apoyo de la población para el logro de un objetivo común depende en gran medida de la confianza en las instituciones, el grado de legitimidad de los mecanismos democráticos y el sentido de pertenencia de las personas a la sociedad. Este sentido de pertenencia no es solo un fin, sino también un medio que posibilita acuerdos ciudadanos para eliminar progresivamente los mecanismos de exclusión social que lo debilitan.

### La cohesión social en la Unión Europea

La idea de cohesión social en Europa está estrechamente asociada con un sentido supranacional que busca evitar que se produzcan desigualdades y brechas sociales insalvables, además de superar la pobreza, tanto dentro de cada país como entre los Estados miembros.

El Consejo Europeo de Luxemburgo, de diciembre de 1997, identificó la cohesión social como una de las necesidades principales de toda Europa y como un complemento esencial en la promoción de los derechos y dignidad humanos, que se definen como la capacidad para asegurar el bienestar de todos los miembros de la sociedad, al minimizar las disparidades y evitar la polarización.

En septiembre de 2001, se organizó en Amberes la Conferencia de alto nivel sobre indicadores de inclusión social con el fin de aplicar los objetivos comunes a nivel de la Unión Europea y, meses después, el Consejo Europeo adoptó en Laeken una serie de indicadores que cubren cuatro áreas temáticas centrales: ingreso, empleo, educación y salud, que permiten hacer el seguimiento de los

objetivos de la agenda social europea. Se establecieron cuatro objetivos básicos para 2010:

- Garantizar que todas las personas tengan acceso al empleo y se beneficien de los recursos, los derechos, los bienes, y los servicios.
- Prevenir el riesgo de la exclusión.
- Ayudar a los más vulnerables.
- Movilizar a todos los agentes relevantes en los temas de pobreza y exclusión social.

El Consejo Europeo de Niza, celebrado en diciembre de 2000, acordó que la promoción de la inclusión social se implementaría mediante el “método abierto de coordinación” que supone establecer objetivos comunes a nivel europeo, diseñar políticas nacionales apropiadas para alcanzar los objetivos y consignar los avances en las políticas nacionales.

### El reto de la cohesión social en América Latina y el Caribe

Existe un amplio consenso con respecto al hecho de que América Latina y el Caribe no podrán aspirar a un crecimiento sostenible si no se combaten las fuentes de exclusión de una gran parte de su población.

América Latina y el Caribe es la región menos igualitaria del mundo en cuanto a la distribución de la renta y a bienes como la tierra, la educación o el crédito. Los países de la región no sólo están afectados por las desigualdades existentes entre los individuos, sino que también se caracterizan por las desigualdades territoriales, de manera que, dentro de cada país, las distintas regiones presentan a menudo divergencias en su proceso de desarrollo. Sólo las regiones que disponen de infraestructura suficiente y de un acceso a los mercados y a recursos humanos cualificados son capaces de integrarse en los mercados mundiales y de obtener beneficios del fenómeno de la globalización.

Las desigualdades intensifican, además, la exclusión de determinadas capas de la población que son ya víctimas de discriminación en razón de su sexo, edad, origen étnico, posición social, discapacidad, enfermedad u otros rasgos identificativos. Mejorar la representación política a nivel nacional, regional y local es un factor esencial

para detener los procesos de autorrefuerzo de la exclusión económica, social y política.

La Unión Europea se enfrenta también con problemas cada vez mayores para mantener su nivel de cohesión social. La renta de una parte importante de los ciudadanos europeos es inferior al 60 % de la renta media nacional de su país, y persisten disparidades en términos de distribución de la renta y de distribución regional del empleo. Ante este problema, los Jefes de Estados y de Gobierno de la UE definieron una estrategia global de lucha contra la exclusión social y la pobreza en el Consejo Europeo de Lisboa, en marzo de 2000. Los objetivos de dicha estrategia son la creación de empleos estables y de calidad, la modernización de las estructuras económicas y el refuerzo de la cohesión social.

Las experiencias de la UE para fomentar la cohesión social pueden servir de base para su cooperación con los países de América Latina y el Caribe y para permitirles encontrar sus propios métodos de lucha contra la desigualdad, la exclusión y la pobreza. En esa cooperación, la UE puede ofrecer la multiplicidad de soluciones y experiencias positivas (diferentes sistemas de protección social, salud, educación, lucha contra la discriminación y la exclusión, etc.) aplicadas y realizadas en todo su territorio; su experiencia, aún reciente, de coordinación de las políticas de lucha contra la exclusión social y la pobreza entre los distintos Estados miembros, y los métodos probados de su política regional para la recuperación económica y social de las regiones menos desarrolladas de Europa.

Después de dos decenios de esfuerzo para lograr el ajuste macroeconómico y la continuidad del proceso de democratización de América Latina y el Caribe, los cambios políticos observados en algunos países ponen de manifiesto que la necesidad de garantizar una mayor cohesión social es ahora una de las prioridades políticas centrales a ambos lados del Atlántico. Combatir las desigualdades sociales y garantizar una sociedad más integradora es hoy una prioridad de orden moral, económico y político:

- Desde un punto de vista moral, la miseria y la exclusión son contrarias a los valores fundamentales de la dignidad humana y el respeto de los derechos humanos.

- A nivel económico, las desigualdades sociales impiden a capas enteras de la sociedad contribuir al crecimiento mediante el consumo, el ahorro y la inversión. Numerosos estudios han demostrado la relación negativa entre la desigualdad y el crecimiento.
- Por último, desde un punto de vista político, las desigualdades y la exclusión debilitan la democracia y constituyen una amenaza para la paz y la estabilidad.

Las respuestas posibles al reto de la cohesión social son múltiples. Entre ellas, pueden apuntarse las siguientes:

- Mejora de las condiciones de acceso a servicios públicos y a la justicia, así como iniciativas tendentes a la universalización de la protección social y del acceso a la salud.
- Mejora de la calidad de los servicios públicos, sobre todo para los sectores menos favorecidos y marginados de la población
- Políticas activas de empleo y ampliación de derechos de trabajadores (incluso en sectores no formales).
- Generación de mecanismos fiscales progresivos y solidarios
- Fortalecimiento de las instituciones y la gobernabilidad

La cooperación entre Europa y América Latina puede contribuir de forma efectiva a la mejora de la cohesión social en la región latinoamericana. No se trata de imitar o reproducir recetas, sino de aprender de la experiencia (con sus elementos positivos y negativos) y aplicarla a los contextos latinoamericanos (con todas sus diferencias). Esta es precisamente la filosofía del programa EUROSociAL.

## La protección social en salud y la cohesión social

La salud es una dimensión fundamental tanto de la pobreza como del desarrollo. Sin salud, el capital humano de una población se resiente, generando problemas económicos y sociales que socavan la cohesión.

Por ello, uno de los cinco proyectos sectoriales del programa EUROSociAL es el dedicado a la Salud (los otros actúan en los ámbitos de Justicia, Educación, Empleo y Fiscalidad).

EUROSociAL Salud pretende incrementar la prioridad política, social y económica de la protección social en salud, con el propósito de mejorar el acceso a los servicios sanitarios y su financiación. Estos servicios deben formar parte de unas políticas públicas eficientes que promuevan la buena gestión del sistema sanitario. Desde otra perspectiva, resulta esencial mejorar al acceso a la atención primaria en salud y su conexión con la atención especializada, incrementando la calidad de las decisiones clínicas considerando la evidencia disponible y el acceso a medicamentos esenciales. Tan importante como atender la enfermedad es evitarla, considerando por ejemplo políticas especiales en salud pública de prevención en el campo de las drogas, enfermedades endémicas y manipulación de productos biológicos, incluyendo derivados sanguíneos. Especialmente relevante es la promoción de políticas saludables en la comunidad para sectores más vulnerables y excluidos: mujeres, niños y ancianos, poblaciones indígenas y familias en zonas rurales o asentamientos urbanos insalubres.

El consorcio responsable de ejecutar la intervención incluye a las siguientes organizaciones:

- IRD, Institut de Recherche pour le Développement (Francia). Líder del Consorcio.
- FCSAI, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, (España).
- FONASA, Fondo Nacional de Salud (Chile).
- OISS, Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- Universidad ISALUD (Argentina).

- ENSP, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Brasil).
- Fondazione Angello Celli, (Italia).
- INSP, Instituto Nacional de Salud Pública (México).
- ADECRI, Agence de coopération internationale en sécurité sociale (Francia).
- Ministerio de Salud (Chile).
- Ministerio de Salud (Costa Rica).

El objetivo de EUROSociAL Salud es fortalecer los conocimientos, capacidades y vínculos entre actores políticos e institucionales latinoamericanos del área de salud con sus pares europeos, para contribuir al desarrollo sustentable de políticas públicas de salud orientadas a la reducción de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social. El proyecto pretende estimular la generación de demandas específicas de intercambios de experiencias en estos y en otros temas de interés para las administraciones públicas responsables del sector salud en América Latina.

Para lograr este objetivo, las actuaciones del proyecto se han organizado en cinco grandes áreas temáticas, cada una de las cuales es coordinada por un miembro europeo del consorcio y uno o dos miembros del consorcio en América Latina. Las cinco áreas y sus coordinadores son:

- **Área Temática 1:** Desarrollo de la Protección Social en salud / FCSAI (España) y OISS (Internacional).
- **Área Temática 2:** Buena Gobernanza en Sistemas, Hospitales y Servicios de Salud / IRD (Francia), INSP (México) y ISALUD (Argentina).
- **Área Temática 3:** Servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud, de calidad, y con acceso eficiente y equitativo a los medicamentos / FCSAI (España), ISALUD (Argentina) y FIOCRUZ (Brasil).
- **Área Temática 4:** Políticas de Salud Pública y Control de Riesgos / IRD (Francia) y FONASA (Chile).
- **Área Temática 5:** Promoción de políticas saludables en la comunidad para los

sectores más vulnerables y excluidos / FAC (Italia) y FIOCRUZ (Brasil).

La generación de demandas específicas de intercambios de experiencias en estos y en otros temas de interés para las administraciones públicas responsables del sector salud en América Latina fue estimulada durante el año 2006 a través del envío de cuestionarios a ministerios de los países latinoamericanos y de entrevistas personales con altos cargos de los gobiernos de la región. El Encuentro Internacional de Redes EUROsociAL (Cartagena de Indias, junio de 2006), contribuyó a consolidar vínculos entre administraciones públicas de las dos regiones y hizo evidente que los temas abordados no son ajenos a las preocupaciones de los funcionarios públicos y los altos responsables políticos de la región.

## Desarrollo de la protección social en salud

El acceso universal de la atención en salud de toda la población, con niveles de cobertura y calidad homogéneos y con equidad distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano, es sin duda uno de los más poderosos mecanismos de cohesión social. La universalización de la protección social en salud hace que el conjunto de la población se sienta protegido y que cada ciudadano o ciudadana consiga, a lo largo de su vida, los servicios de salud necesarios para mantener su actividad y para contribuir a los proyectos de sociedad compartidos.

El área temática 1 (Desarrollo de la protección social en salud) del proyecto EUROsociAL Salud tiene como objetivo contribuir a la extensión de la protección social en salud para avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios de salud en América Latina, con un enfoque en el que la protección en salud se constituye como un elemento nuclear de una futura sociedad incluyente, vertebrada y cohesionada. Dentro de esta área temática, en el año 2007 se han iniciado dos intercambios de experiencia, relacionados con la extensión de la cobertura de la protección social en salud a los trabajadores agrícolas no cubiertos y a las poblaciones indígenas.

**Intercambio 1:** *Extensión de la cobertura de la protección social en salud a trabajadores agrícolas no cubiertos como vector de cohesión social.*

Este intercambio tiene como finalidad fortalecer a las instituciones receptoras en ciertos elementos esenciales de la protección social en salud, de manera que les permita participar como actores clave e innovadores en el proceso político, social y técnico que implica ampliar dicha protección en un sector amplio y complejo como es el de los trabajadores agrícolas no cubiertos.

El intercambio sobre extensión de la protección social en salud a los trabajadores agrícolas no cubiertos busca apoyar, coordinarse y hacer aportaciones al movimiento regional que trabaja para que la protección social en salud se universalice y sea contemplada como un derecho y un bien público, garantizado por una administración estatal sólida y que regula su distribución equitativa.

Como resultado de este intercambio, se ha contribuido a que las instituciones dispongan de una visión amplia y contrastada sobre los conceptos, marcos y experiencias existentes y adquiridas por países e instituciones latinoamericanas y europeas, con contextos variados en su pasado, su presente y su proyección futura. Esta visión está siendo de utilidad en los procesos de cambio-reforma que se vienen desarrollando en los países de la región, para incrementar la cobertura de poblaciones vulnerables.

**Intercambio 2.** *Complementación intercultural y extensión de cobertura de la protección social a las poblaciones indígenas*

El objetivo general de este intercambio es lograr que las instituciones participantes en el mismo conozcan en más profundidad la importancia y las particularidades que entraña la protección social en salud de las poblaciones indígenas, y que las políticas públicas al respecto promuevan estrategias que contemplen la extensión de cobertura a dichas poblaciones, garantizando que estas estrategias se diseñen teniendo en cuenta la especificidad de las poblaciones indígenas y el respeto a su cultura y sus valores.

Este intercambio busca también vincular a las instituciones y los países participantes entre sí y con otros ámbitos y sectores, propiciando sinergias e iniciativas interinstitucionales, subregionales y regionales. Se espera así reforzar las líneas de acción e integración nacionales y regionales, y contribuir a que los miembros de las comunidades indígenas se integren como ciudadanos de pleno

derecho en el conjunto de la sociedad, contribuyan al desarrollo y a la creación de riqueza y se beneficien de los bienes públicos que se generen en la misma.

Este documento presenta una síntesis del trabajo realizado, las reflexiones compartidas y los logros alcanzados en estos dos intercambios.

# 1

Extensión de la protección social en salud:  
Balance de un año de intercambios



## Cohesión social en salud, del concepto a la acción

Para hacer posible el disfrute efectivo de los derechos sociales es necesario avanzar de forma paralela en dos direcciones complementarias. Una de ellas es la oferta de políticas y programas, que proveen servicios instituidos y que definen el espacio de las políticas públicas; la otra es la garantía de que se puedan exigir los servicios.

Tanto la implantación de los derechos sociales a través de la provisión de bienes y servicios básicos para la dignidad, la autonomía, la libertad de las personas y la participación democrática de los ciudadanos, como la exigibilidad de esos mismos derechos sociales —la educación, la salud y un ingreso mínimo— constituyen una señal política clara para reforzar el compromiso de todos con el bienestar de todos. Por un lado, las acciones de política social suponen un esfuerzo por reducir la pobreza y la exclusión, democratizar oportunidades de bienestar y mejorar la equidad. Por otro, la exigibilidad de los derechos tiene relación directa con la cohesión social, en tanto hace que cada ciudadano se sienta parte efectiva y no solo formal de la sociedad, que se perciba a sí mismo como ciudadano pleno.

El uso de instrumentos jurídicos constituye, en este marco, una práctica que contribuye a que la sociedad asuma como propios los valores de la solidaridad y la reciprocidad. Pero el procedimiento judicial tiene restricciones respecto de su alcance, pues al tener como referente el caso concreto, difícilmente puede considerar todos los elementos que están en juego en un conflicto social. Por lo tanto, son los poderes políticos los llamados a tener las atribuciones centrales en materia del cumplimiento de derechos y en la formulación de políticas sociales de

gran escala y largo alcance temporal, y ese papel no debe ser suplantado por la judicialidad. Las políticas sociales deben contribuir a evitar en la mayor medida posible la judicialización para disfrutar de los derechos, sean estos garantizados o no.

La exigibilidad de derechos, plasmada en políticas sociales y en instancias procesales, requiere contar con información y presencia pública. Esto es especialmente relevante para quienes tienen menos información y voz, por cuanto se encuentran más excluidos de las redes de relaciones. Deben implementarse políticas complementarias que amplíen a esos sectores el acceso a la información sobre procedimientos para ejercer sus derechos.

De este modo, un sistema basado en derechos sociales tiene que ocuparse de contrapesar la relación de poderes e influencias, para evitar el círculo vicioso según el cual los más excluidos socialmente son los más débiles en términos políticos. Para ello, la cohesión social es, al mismo tiempo, un fin y un medio.

En el marco del área temática “Extensión de la Protección Social en Salud” del proyecto EUROSociAL Salud se ha estado trabajando para ayudar a convertir en realidad el derecho que tienen todos los ciudadanos a una adecuada cobertura de protección social en salud. A continuación se presenta un balance inicial de las actuaciones desarrolladas, que en la primera etapa se han centrado en la extensión de la protección social en salud a los trabajadores agrícolas y las poblaciones indígenas, dos grupos poblacionales dos colectivos que en parte se solapan, y que comparten un problema común de falta de cobertura de sus necesidades de salud.

## EUROsociAL Salud y Protección Social, un balance inicial

### El Proyecto EUROsociAL Salud. Realizaciones hasta final de 2007

#### Puesta en marcha del Proyecto

El proyecto ALA/2005/5609/101554, "EUROsociAL Salud" se puso en marcha en septiembre de 2005, con su adjudicación, a través de una licitación pública, al Consorcio liderado por el **Institut de Recherche pour le Développement, IRD** (Francia), que recibió el encargo de la Comisión Europea de implementar las actividades en este sector del programa EUROsociAL.

Junto con el líder, conforman el Consorcio EUROsociAL Salud, como miembros fundadores del mismo, la **Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, FCSAI** (España), el **Fondo Nacional de Salud, FONASA** (Chile), la **Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS**, la **Universidad ISALUD** (Argentina), la **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz** (Brasil), la **Fondazione Angelo Celli** (Italia) y el **Instituto Nacional de Salud Pública, INSP** (México), y, como miembros asociados, la **Agence de Coopération Internationale en Sécurité Sociale, ADECRI** (Francia), el **Ministerio de Salud de Chile** y el **Ministerio de Salud de Costa Rica**.

Entre los años 2006 y 2007, tras haber constituido el Consorcio, los esfuerzos han ido dirigidos a poner en marcha el proyecto y se han establecido los siguientes objetivos de acción:

**Objetivo 1. Consolidar el Consorcio.** Este objetivo se cumplió mediante las reuniones del Consejo de Dirección, realizadas en París en enero de 2006, Cartagena de Indias (julio de 2006, con ocasión del encuentro de Redes EUROsociAL), y Madrid (septiembre de 2006), en la que se incorpora la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Se establecen acuerdos, se distribuyen ac-

tividades con los distintos asociados, y se acuerda establecer la Oficina de Coordinación.

**Objetivo 2. Identificar la demanda-oferta de los países en cuanto a intercambios de experiencias y buenas prácticas.** Este objetivo se logró con el apoyo de las Delegaciones de la Comisión Europea y las Oficinas del IRD en los países latinoamericanos, que fueron respaldadas por misiones de sensibilización e identificación de la demanda, realizadas entre mayo y junio de 2006 a catorce países (Argentina, Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Venezuela, Colombia, Uruguay, Paraguay, Ecuador, Bolivia, Brasil, Chile y México), complementándose con las acciones desarrolladas en el marco del objetivo 3.

**Objetivo 3. Presentar la demanda identificada y difundir la filosofía del proyecto.** Este objetivo se cumplió a partir del Encuentro Internacional de Redes EUROsociAL, realizado en Cartagena de Indias (26 a 29 de junio), con la participación de 14 países latinoamericanos, que permitió consolidar la información obtenida a partir de las misiones de identificación de la demanda, establecer contactos institucionales con los países y generar insumos para el Plan Anual de Trabajo (PAT) 2007.

**Objetivo 4. Sistematizar, reagrupar y determinar las prioridades temáticas en función de oferta y demanda para el PAT 2007.** Para cumplir este objetivo se trabajó sobre la base de los insumos generados por los objetivos 2 y 3, habiéndose establecido 143 demandas de intercambios de experiencias, a partir de las que se definieron las líneas temáticas e intercambios que formaron parte del PAT 2007, elaborado entre octubre y diciembre de 2006.

**Objetivo 5. Construir y establecer el recurso Redes EUROsocial Salud.** Se diseñó el mecanismo de redes y se invitó a los países a ser parte de las mismas, haciéndoles un requerimiento para que ratificaran su inclusión a las Redes EUROsociAL Salud. Se realizó el I Encuentro Internacional de Redes EUROsociAL con participación de instituciones de catorce países de América Latina, cinco europeos y cuatro Organismos Internacionales, con un total de 57 personas, que permitió establecer los intereses de los países en cuanto a la cooperación en el marco de EUROsociAL Salud y definir inicial-

mente la necesidad de trabajo intersectorial en un amplio debate de cooperación y aproximación entre regiones y países.

Número de Solicitudes de Intercambio Presentadas en Cartagena de Indias por los países latinoamericanos, por tema		
Tema	Número	Porcentaje
Protección social	24	16,8%
Gobernanza, sistemas, servicios y hospitales	56	39,2%
Atención primaria de salud y medicamentos	30	21,0%
Políticas saludables y control de riesgos	15	10,5%
Promoción de políticas comunitarias para sectores vulnerables o excluidos	10	7,0%
Miscelánea	8	5,6%
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0%</b>

En protección social en salud, la red ha comenzado a funcionar a partir del curso on-line *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*.

**Objetivo 6. Reforzar la oficina de coordinación del proyecto.** Se decidió el establecimiento de la Oficina de Coordinación en Salud (OCS), que se formalizó en enero de 2007, y la contratación de personal técnico y administrativo para la misma.

**Objetivo 7. Crear la página Web para la información y comunicación entre los miembros y personal de las instituciones que conforman la Red.** Tras un proceso de concurso, la página Web se hizo operacional a inicios de 2007.

Desde la puesta en marcha del proyecto se ha dedicado un gran esfuerzo a mejorar la coordinación operativa con todas las instituciones implicadas en su ejecución. Fruto de ese trabajo es un Reglamento de Funcionamiento que, tras ser aprobado por el Consorcio, se puso en marcha en las primeras semanas de 2008.

A partir de la aprobación del Plan Anual de Trabajo 2007, se han desarrollado intercambios de expe-

riencias en las cinco áreas temáticas definidas por el proyecto, que se presentan a continuación:

#### Área Temática I: "Desarrollo de la Protección Social en salud"

- **Línea Temática 1:** "Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud"
  - **Intercambio 1:** "Extensión de la cobertura de la Protección Social en Salud a los trabajadores agrícolas no cubiertos como vector de cohesión social"
  - **Intercambio 2:** "Complementación intercultural y extensión de cobertura en poblaciones indígenas"

#### Área Temática II: "Buena Gobernanza en Sistemas, Hospitales y Servicios de Salud"

- **Línea Temática 1:** "Reforma del Sector Salud y su reorientación hacia la cohesión social"
  - **Intercambio 1:** "Reforma del Sector Salud y Modelos/Estrategias de Financiación: implicaciones y perspectivas para la cohesión social"
- **Línea Temática 2:** "Gobernanza de Hospitales"
  - **Intercambio 1:** "Gobernanza de Hospitales Públicos: hacia un modelo de gestión orientado a la cohesión social"

#### Área Temática III: "Servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud, de calidad y con acceso eficiente y equitativo a los medicamentos"

- **Línea Temática 1:** "Medicamentos Esenciales"
  - **Intercambio 1:** "Formulación de una Política de Adquisición de Medicamentos Esenciales"
- **Línea Temática 2:** "Atención Primaria de Salud"
  - **Intercambio 1:** "Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros niveles de Atención"

#### Área Temática IV: "Políticas de Salud Pública y Control de Riesgos"

- **Línea Temática 1:** "Transfusión Sanguínea"
  - **Intercambio 1:** "Fortalecimiento de los Sistemas Nacionales de Transfusión Sanguínea para la Formulación de una Política y Estrategia de Donación Altruista"

#### Área Temática V: "Promoción de políticas saludables en la comunidad para los sectores más vulnerables y excluidos"

- **Línea Temática 1:** "Las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud como vehículo de integración social"
  - **Intercambio 1:** "Las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) aplicadas a la Atención Primaria de Salud (APS) en Zonas Remotas, Aisladas y/o Marginadas"

Con el objetivo de mejorar la sensibilización y comunicación hacia el Proyecto y retomar el contacto con los Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social de los países latinoamericanos, se realizaron viajes a México, Costa Rica, Panamá, Chile, Brasil, Argentina e Italia. Además, se desarrolló un seminario para presentar la metodología del Proyecto, con participación de todos los países latinoamericanos, (a excepción de Nicaragua y Cuba) y de España, Francia e Italia por parte europea.

El II Encuentro de Redes EUROsocial, realizado en La Antigua (Guatemala), sirvió tanto para profundizar en la aprehensión de Programa por parte de los participantes y sus instituciones como para abordar de manera participativa los trabajos que se proponen en el PAT 2008. La presencia activa de los Ministros de Salud de Costa Rica y Guatemala, así como la del Gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otros altos cargos de los países latinoamericanos y europeos dio una dimensión política a los trabajos realizados, necesaria para dotar al Encuentro de un valor acorde con las expectativas que el proyecto había puesto en él, como vector de sensibilización.

EUROsocial Salud ha tenido repercusión mediática en las páginas Web de los Ministerios de Salud de Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, Uruguay y en medios de comunicación escritos.

A todas estas iniciativas de sensibilización, se suman las llevadas a cabo por el CICO en Gijón y por la FCI en el Senado de Francia y en la Reunión Internacional de discusión del estado de las Reformas en Salud celebrada en Chile.

El Proyecto EUROsocial Salud ha permitido que los países incorporen la cohesión social en su agenda, creando vínculos tanto entre los países latinoamericanos entre sí, como entre los de la Unión Europea y América Latina.

En esta labor han trabajado muy eficazmente las instituciones que forman parte del Consorcio, quienes además han realizado un trabajo riguroso en sus ámbitos técnicos competenciales. Fruto de este trabajo y de su calidad, EUROsocial Salud ha incrementado el número de socios de la RED desde 8 a 32, incluidos organismos de integración regional como el Organismo Andino de Salud (ORAS) y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), y ha inducido a que Ministerios de Salud de Latinoamérica estuvieran interesados en pertenecer al Consorcio, dando paso, con esta demanda, a la institucionalización de los Miembros Asociados dentro del Consorcio EUROsocial Salud.

Durante el año 2008 y gracias al trabajo ya realizado, se facilita la tarea de propiciar un mayor conocimiento entre las diferentes administraciones, interesar a los miembros de la Red para que se apoyen en EUROsocial a la hora de impulsar los procesos regionales de reforma, y promover la participación multidisciplinar de las diferentes instituciones a la hora de llevar a cabo la toma de decisiones sobre la Reforma de Políticas Públicas.

Los objetivos de ampliar conocimientos, dotar de capacidad a los demandantes y crear vínculos entre los intervinientes han sido completados a satisfacción en todos los intercambios de experiencias como demuestra el resultado de las encuestas que se han realizado después de los seminarios y talleres.

## Actividades y resultados

### Actividades de Gestión

- Reunión de Responsables Temáticos, realizada en Madrid en enero de 2006, en la que se continuó con la definición de responsabilidades y la programación de las actividades que formarían parte de la propuesta de PAT de ese año.
- Firma del *Convenio de Adhesión al Consorcio EUROsociAL* y de los *Convenios Financieros entre el IRD-FCSAI e IRD-FAC*.
- Realización de tres Reuniones del Consejo de Dirección durante 2006: París (enero), Cartagena de Indias (julio) y Madrid (septiembre). En estas reuniones se realizó la distribución de las tareas para el desarrollo del proyecto entre los miembros del Consorcio, la decisión respecto a la constitución de la OCS y la contratación del personal necesario para que la misma pueda operar.
- Realización de misiones de identificación de la demanda.
- Establecimiento de las Redes EUROsociAL Salud.
- Participación en las reuniones de elaboración de los instrumentos metodológicos del Comité Intersectorial de Coordinación y Orientación (CICO) de EUROsociAL.
- Elaboración del PAT 2007.
- Gestión del PAT 2007 ante el Consorcio y la Comisión Europea entre enero y marzo.
- Inicio de actividades del PAT 2007 en marzo.
- Viajes de sensibilización: Primera misión a México, Costa Rica, Panamá, Chile e Italia entre los meses de febrero y marzo de 2007. Segunda misión a Argentina y Brasil, en marzo.
- Seminario metodológico con los Puntos Focales de la Red EUROsociAL Salud, en Buenos Aires-Argentina, del 10 al 14 de abril de 2007, con participación de 15 países de América Latina y 3 de la Unión Europea, un total de 51 personas. Con el objetivo de presentar la Guía Metodológica del CICO, realizar prácticas de elaboración de fichas A y B, y propiciar un espacio para el vínculo entre los puntos focales de EUROsociAL Salud y su relación con los miembros del Consorcio y la OCS.
- Los intercambios de experiencias propuestos en el PAT 2007 iniciaron actividades a partir de mayo de 2007.
- Entre los meses de julio y septiembre de 2007 se ha incorporado dos técnicos en salud a la OCS, buscando la mayor eficiencia técnica de la oficina.
- II Encuentro de Redes EUROsociAL, realizado en Antigua-Guatemala, en el mes de junio de 2007, con la participación de 90 personas, 14 países de América Latina y 3 de la Unión Europea, con participación de 3 organismos internacionales. Los resultados fueron: autoridades y tomadores de decisión sensibilizados frente a la necesidad de elaborar políticas públicas vinculadas con la cohesión social, ratificado el compromiso de los países hacia EUROsociAL al más alto nivel (2 ministros de salud y 15 directores generales), definidas las ofertas y demandas que servirían de insumo al PAT 2008, presentadas nuevas áreas temáticas para evaluar el interés de los países hacia las mismas.
- Reunión del Consejo de Dirección EUROsociAL Salud en fechas 21 y 22 de noviembre de 2007, en Orvieto (Italia). En el mismo se presentó el borrador de la propuesta del PAT 2008, se revisó el reglamento de funcionamiento del proyecto y se tomó decisión sobre el Addendum al Convenio de Adhesión de los miembros del Consorcio para incluir a Miembros Asociados.
- En diciembre de 2007 se completó la propuesta de Plan Anual de Trabajo 2008. El proceso para su elaboración comenzó en junio de 2007 en el II Encuentro de Redes celebrado en Antigua (Guatemala) y ha continuado durante los meses siguientes con una gran implicación por parte de las instituciones y países participantes.
- La Auditoria Externa se inició el 21 de diciembre.
- El año 2007 se pasó de una Red EUROsociAL Salud con 8 miembros a una con 32 miembros, siendo patente el creciente inte-

rés por parte de las instituciones por participar activamente en las actividades de los Intercambios de Experiencias propuestos.

- En el total de las actividades se han movilizó cerca de 400 altos funcionarios y funcionarios de nivel medio de ministerios de salud y organismos de seguridad social de América Latina y la Unión Europea, aspecto que resalta el compromiso e interés de los países para trabajar con EUROsocial Salud.
- Se ha logrado el involucramiento y participación de las Delegaciones de la Comisión Europea en Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica y Uruguay.

### Indicadores cuantitativos 2007

A continuación se presentan indicadores cuantitativos de desempeño del proyecto EUROsocial Salud en el periodo de ejecución del Programa Anual de Trabajo 2007:

Datos para el período cubierto por el PAT 2007			
Indicador	#		
Número de actividades de intercambio realizadas	8		
Número de instituciones latinoamericanas participantes como receptoras de experiencias	21		
Número de instituciones latinoamericanas participantes como transferentes de experiencias	11		
Número de instituciones europeas participantes como transferentes de experiencias	12		
	H	M	Total
Número de personas de América Latina participantes en los intercambios	198	180	378
Número de personas de Europa participantes en los intercambios	46	8	54

Otros indicadores	
Indicador	#
Número de países latinoamericanos participantes en el proyecto	18 (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, El Salvador, Uruguay, Venezuela)
Número de países europeos participantes en el proyecto	4 (Francia, España, Italia, Reino Unido)
Número de actividades de sensibilización política realizadas en 2007	8
Número de actividades de sensibilización política realizadas desde el inicio del proyecto	13
Número de instituciones y redes latinoamericanas participantes en la red sectorial	27 Instituciones 4 Redes
Número de instituciones y redes europeas participantes en la red sectorial	4 Instituciones 1 Red

Los miembros del Consorcio participan de forma activa, tanto en la decisión sobre los temas que son relevantes en cada momento en América Latina, como en el diseño de los intercambios de experiencias y la puesta en marcha de las actividades, en su parte técnica y en la financiera. Por otro lado hay que señalar que son proactivos en la búsqueda de potenciales instituciones o profesionales transferentes del conocimiento, lo que les permite asumir un papel de adecuación de la propuesta de estas transferencias a la demanda explícita de los países y/o instituciones. De esta forma, todos los intercambios de experiencias se consensúan entre la OCS, el miembro del Consorcio que tiene la responsabilidad técnica en el intercambio y el que tiene la responsabilidad financiera, que además participa, dentro de sus posibilidades, aportando sus conocimientos técnicos.

Las sinergias que se producen en la actuación unisona de varios miembros del Consorcio, han animado de forma notable los procesos de reforma de sangre en Chile, la creación de Comités Nacionales de México, los procesos de Reforma de la financiación en Colombia, Uruguay y El Salvador, así como a posicionar los temas de Extensión de la Protección social para pueblos Indígenas y población agrícola, haciendo que EUROsocial salud se manifieste

como un interlocutor válido para gobiernos que ya estaban trabajando históricamente con organismos multilaterales.

Sin embargo, el trabajo conjunto entre la OCS y los miembros técnicos y financieros del Consorcio, no ha estado exento de dificultades. No obstante, estas se han ido superando gracias a la incorporación de un segundo técnico en el mes de septiembre y a la elaboración del Reglamento de Funcionamiento y de la Guía administrativa y Financiera, cuyas últimas modificaciones fueron aprobadas en el Consejo de Dirección celebrado en Río de Janeiro, el 27 y 28 de marzo de 2007.

EUROSociAL Salud ha visto incrementado el número de instituciones participantes en la RED de 8 a 32 durante el año 2007, lo que indica el creciente interés por parte de las instituciones europeas y latinoamericanas de salud y protección social en salud en formar parte del Proyecto. La única excepción latinoamericana es Cuba, cuyas instituciones no han formalizado su adhesión ni su participación en ninguna de las actividades realizadas.

El vínculo entre EUROSociAL Salud y las diferentes instituciones de la red se realiza a través de los llamados Puntos Focales que facilitan el acceso a los decisores políticos y el trabajo diario con el Proyecto. Ellos son, por tanto, una pieza clave para el desarrollo del Proyecto y en buena medida, la importancia que tiene el Proyecto en sus instituciones y países depende de la percepción que estas personas tienen del interés de los temas y del rigor con el que se tratan. La inmensa mayoría de nuestros Puntos Focales están motivados y generan impulso para el correcto desarrollo del Proyecto que durante el año 2007 ha propiciado la incorporación de muchas instituciones a las actividades en las que, en un principio, no estaban interesadas.

Las autoridades de los Ministerios de Salud e Instituciones de Protección Social en Salud han pasado de un patente escepticismo sobre el valor que para ellos representaba el Proyecto, a apoyarlo abiertamente e incluso tomarlo como referencia para compartir conocimientos con otros países y tomar decisiones sobre sus reformas. Como consecuencia del posicionamiento del Proyecto en la región, nuevas instituciones se han animado a participar en los diferentes Intercambios de Experiencias. La OCS ha adoptado una estrategia flexible en lo que concierne la gestión logística del proyecto con el fin de poder responder a las nuevas demandas.

## Actividades desarrolladas en el Área temática de Extensión de la Protección Social en Salud

**Intercambio 1:** *Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud a Trabajadores Agrícolas (OISS/FCSAI)*

- Responsable de la Gestión Técnica<sup>1</sup>: OISS
- Responsable de la Gestión Financiera<sup>2</sup>: FCSAI

### a) Objetivo de la acción de intercambio y resultados alcanzados

**Objetivo:** Fortalecer a las instituciones receptoras en elementos esenciales de la protección social en salud, de manera que les permita desarrollar procesos de incorporación de los trabajadores agrícolas no cubiertos.

**Resultados:** Se ha brindado una visión amplia y contrastada sobre los conceptos, marcos y experiencias existentes de países e instituciones europeas y latinoamericanas. Con esta visión e información se está promoviendo procesos de cambio y formulación de políticas en los países.

### b) Organismos e instituciones transferentes y demandantes de la acción de intercambio

Este intercambio cuenta con la participación de cinco instituciones transferentes (tres de América Latina y dos de Europa: Francia, España, Costa Rica, Chile, Brasil) y siete instituciones demandantes de América Latina (Panamá, Paraguay, Guatemala, El Salvador, Uruguay, Bolivia y Honduras).

Las organizaciones transferentes y demandantes fueron los Ministerios de Salud, Trabajo y Organismos de la Seguridad Social que se relacionan a continuación:

---

<sup>1</sup> Institución miembro del Consorcio EUROSociAL Salud que se responsabiliza de diseñar e implantar el intercambio de experiencia para que resulte eficaz a los países demandantes.

<sup>2</sup> Institución miembro del Consorcio EUROSociAL Salud que se encarga de gestionar los fondos adscritos a los intercambios de experiencias.

- Instituciones transferentes de América Latina: el Ministerio de la Previsión Social de Brasil, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (Costa Rica), y el Fondo Nacional de Salud, FONASA, de Chile. Por Europa, participaron el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA y la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, FCSAI, de España, la Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales. Protection Sociale Française, ADECRI, y la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, MSA, por parte de Francia, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS, y EUROsociAL Salud.
- Instituciones demandantes: el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Ministerio de Salud de Nicaragua, el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, el Ministerio de Salud de Panamá, el Ministerio de Salud y Deportes e Instituto Nacional de Seguros de Salud de Bolivia, el Ministerio de la Protección Social de Colombia, el Ministerio de Salud e Instituto de Previsión Social de Paraguay, y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

### c) Actividades principales de la acción de intercambio

Las actividades de este intercambio se han iniciado con la formalización de la participación de los países, a partir de la cual el siguiente paso ha sido la realización de los Dossier Nacionales con apoyo técnico de la OISS<sup>3</sup>, que permitió la elaboración del documento "Extensión de cobertura de la Protección Social en Salud en los sectores Agrario e Indígena: Bibliografía, modelos y experiencias clave en América Latina y Europa" (un documento común para este intercambio y el relativo a complementación intercultural y extensión de cobertura de la protección social en salud en poblaciones indígenas).

Es de resaltar que tanto en este intercambio como en el de poblaciones indígenas, se ha realizado una Reunión Intersectorial con trabajo, fiscalidad y empleo, durante el 2º Encuentro Internacional de Redes EUROsociAL, realizado en Antigua (Guatemala) en el mes de junio de 2007, que fue seguido con el Curso "Estrategias para la Extensión de la Protección Social", organizado en coordinación entre la OISS y la OIT, que se desarrolló en Costa Rica durante el mes de julio de 2007, en el que participaron 19 personas representando a 13 países.

Posteriormente se realizó el Seminario "Extensión de la cobertura de la protección social en salud para el sector agrícola", en Madrid (España), del 24 al 28 de septiembre, con participación de 23 personas de 13 países y 4 instituciones miembro del Consorcio Salud (OISS, FCSAI, IRD, FONASA); fue importante la participación de la Caja Central de la Mutualidad Social Agrícola de Francia que aportó las experiencias de extensión de cobertura desarrolladas en Francia y Túnez.

Tras el seminario se realizaron visitas a instancias de gerencia y operación de la protección social en salud de trabajadores agrícolas en Brihuega (Castilla-La Mancha, España), Paris (Francia) y Evreux (Alta Normandía, Francia), que brindaron un contraste entre los modelos tipo Servicio Nacional de Salud (España) y Sistemas de Seguridad Social (Francia). El conocimiento directo de estos sistemas ha despertado el interés de los responsables de América Latina, generando discusiones enriquecedoras y demandas con miras a formular cambios futuros en las políticas de Estado.

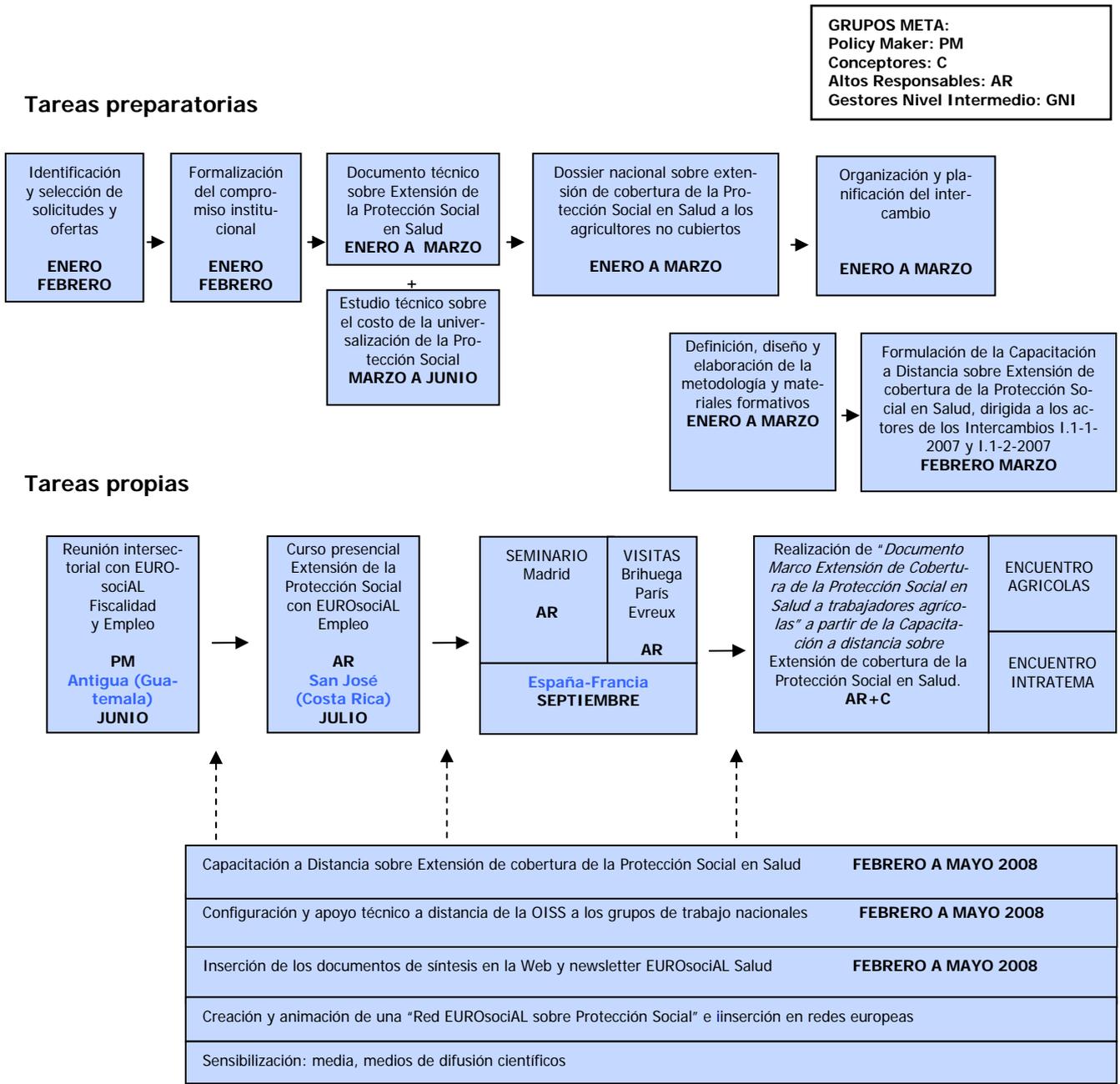
Entre febrero y mayo de 2008, se ha desarrollado el Curso on line sobre *Extensión de Cobertura de la Protección Social en Salud*, en sus componentes agrícola e indígena. Los objetivos del curso, además de la transmisión de conocimientos, es que los tomadores de decisión y operadores que han participado en él contribuyan a realizar propuestas de cambio y puedan consolidar el proceso iniciado el año 2007.

<sup>3</sup> A través de la consultoría realizada por Antonio Jiménez Lara y Martha Quezada García.



Algunos de los participantes en el seminario "Extensión de la cobertura de la protección social en salud para el sector agrícola", celebrado en Madrid (España) del 24 al 28 de septiembre de 2007.

**Esquema del intercambio de experiencias “Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud a Trabajadores Agrícolas” (OISS/FCSAI)**



***Intercambio 2: Complementación intercultural y extensión de cobertura de la protección social en salud en poblaciones indígenas (OISS/FCSAI)***

- Responsable de la Gestión Técnica: OISS
- Responsable de la Gestión Financiera: FCSAI

**a) Objetivo de la acción de intercambio y resultados alcanzados**

Objetivo: Que las instituciones participantes reconozcan la importancia de extender la protección social en salud a poblaciones indígenas y promuevan estrategias diseñadas teniendo en cuenta la especificidad de estas poblaciones, el respeto a su cultura y sus valores.

Resultados: Se ha brindado una visión amplia y contrastada sobre los conceptos marco y experiencias existentes de países e instituciones latinoamericanas y europeas y se ha propiciado la visualización de la importancia de este tema a partir del seminario realizado en Bolivia.

Se han elaborado Documentos Marco de los países participantes, con miras a reforzar las líneas de acción e integración nacionales-regionales y contribuir a que los pueblos indígenas, el segmento de la población latinoamericana más excluida y pobre, se integre, como ciudadanos de pleno derecho que son, a la vez que contribuyan y se beneficien de los bienes públicos que se generen para ello.

**b) Organismos e instituciones transferentes y demandantes de la acción de intercambio**

- Instituciones transferentes: de América Latina, el Ministerio de la Previsión Social de Brasil, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (Costa Rica), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile y la Asociación Mexicana de Hospitales (México). Por Europa, la FCSAI (Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III), la OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social) y EUROsocial Salud.
- Instituciones demandantes: el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Ministerio de Salud de Nicaragua, el Ministerio

de Salud de El Salvador, el Ministerio de Salud de Panamá, el Ministerio de Salud de Ecuador, el Ministerio de Salud de Bolivia, el Ministerio de la Protección Social de Colombia, el Ministerio de Salud de Paraguay, y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

**c) Actividades principales de la acción de intercambio**

Durante la fase preparatoria del intercambio, las instituciones participantes formalizaron los requisitos metodológicos, administrativos e institucionales para participar en el mismo. Se encargaron también de elaborar dossier nacionales con información relevante sobre la materia, con apoyo de la OISS a través de la consultoría que dio como resultado el documento denominado "Extensión de cobertura de la Protección Social en Salud en los sectores Agrario e Indígena: Bibliografía, modelos y experiencias clave en América Latina y Europa", común a los dos intercambios realizados.

Como parte de los resultados transversales, desde una perspectiva intersectorial, se ha desarrollado el documento "Un Piso de Protección Social en América Latina, costos fiscales e impactos sociales", elaborado en consultoría realizada por Leonardo Gasparini, de CEDLAS, y Fabio Bertranou, de OIT. Este documento es marco intersectorial y aplicable para ambas áreas de intervención.

Al igual que en el intercambio precedente, los participantes de este intercambio participaron en el 2º Encuentro de Redes Eurosocial, realizado en Antigua (Guatemala), en el cual se incluyó esta temática en la reunión intersectorial con trabajo, fiscalidad empleo, principalmente desde la perspectiva de equidad, acceso e interculturalidad. Tras la reunión de Antigua, se continuó con el Curso de Estrategias para la Extensión de la Protección Social, realizado en Costa Rica, de manera conjunta con la OIT, también compartido con el intercambio sobre trabajadores agrícolas.

Debido al tema intercultural y las brechas en cuanto a cobertura a poblaciones indígenas, además de la tendencia social de los países de la región, se ha logrado una importante adhesión, sobre todo tras el Seminario de extensión de la protección social a trabajadores agrícolas realizado en Madrid, que fue muy bien calificado por los países.

## 42

Dentro de las actividades propias del intercambio, se realizó el Seminario “Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Pueblos Indígenas” en La Paz (Bolivia), del 26 al 30 de noviembre de 2007, con participación de delegaciones indígenas locales, funcionarios de salud y seguridad social de 16 países de América Latina y España, además del Organismo Andino de Salud.

El seminario fue co-organizado por OISS, FCSAI, IRD, AECI, OPS/OMS y la OCS, y contó con el apoyo técnico de la Mutualidad Social Agrícola de Francia en la priorización de públicos meta y análisis de poblaciones indígenas en riesgo con miras a este evento.

Se transmitieron experiencias sobre modelos de atención, financiamiento e interculturalidad a partir

de países de América Latina y España, y se realizaron visitas para conocer de forma directa la prestación de salud a indígenas en zonas rurales. El debate estuvo centrado en tratar de analizar qué modelos serían la mejor opción para este colectivo, si a partir de Sistemas Nacionales de Salud o Sistemas de Seguridad Social, teniendo en cuenta los diversos contextos de cada país en función de la cantidad y diversidad de población indígena existente, el marco legal del país, la ratificación del acuerdo 169 de la OIT, la sostenibilidad de las medidas a desarrollar y otros aspectos. Asimismo, se vio la necesidad de desarrollar herramientas técnicas para trabajar con este colectivo, de tal forma que se pueda armonizar en cuanto a mínimos, ya que desde una perspectiva social, cada pueblo debería tener una aproximación individual.

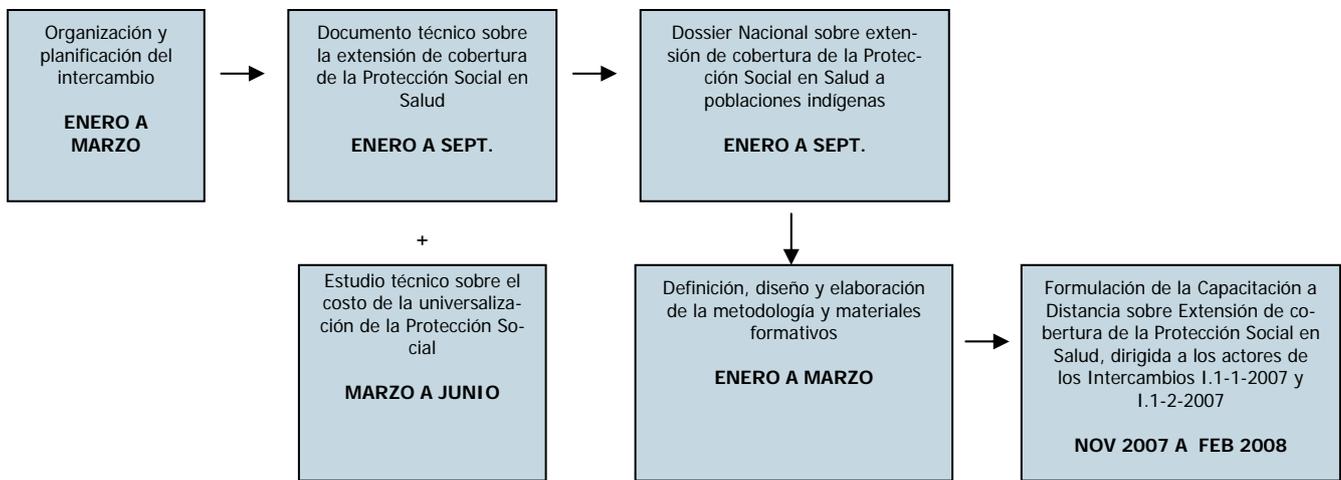


Participantes en el Seminario “Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Pueblos Indígenas” celebrado en La Paz (Bolivia), del 26 al 30 de noviembre de 2007, durante una de las visitas realizadas a comunidades rurales cercanas al lago Titicaca.

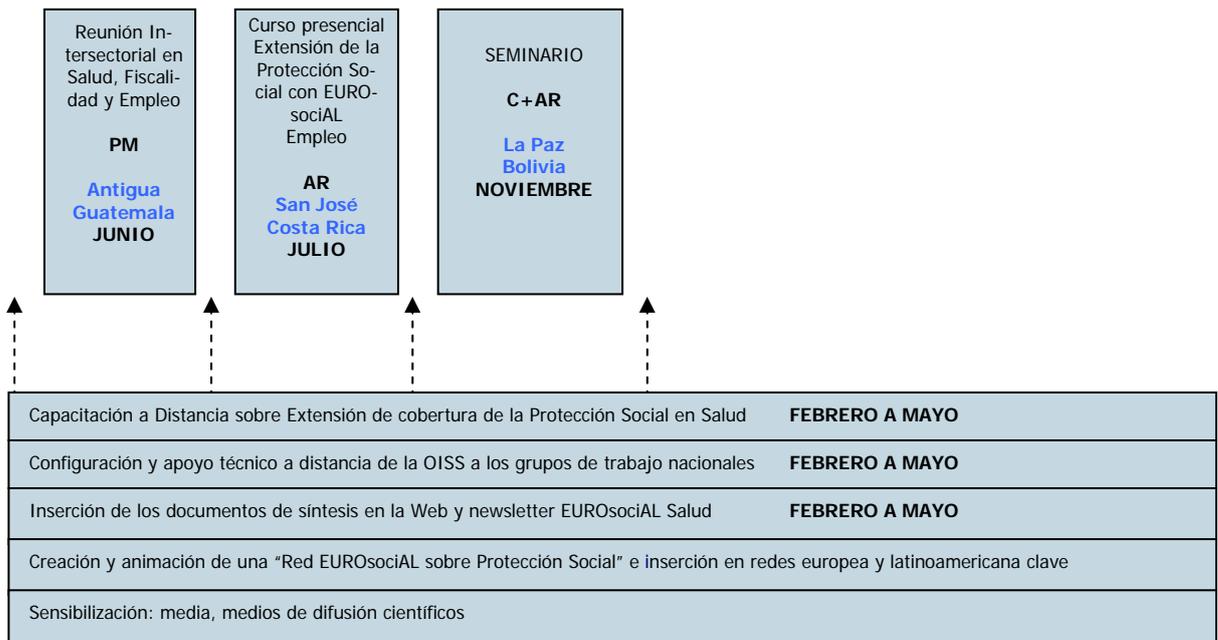
**Esquema del intercambio de experiencias “Complementación intercultural y extensión de cobertura de la protección social en salud en poblaciones indígenas” (OISS/FCSAI)**

**GRUPOS META**  
 Policy Maker : PM  
 Conceptores : C  
 Altos Responsables : AR  
 Gestores Nivel Intermedio : GNI

**Tareas preparatorias**



**Tareas propias**



Entre febrero y mayo de 2008 se ha realizado la capacitación continuada a distancia, actividad común a los intercambios sobre trabajadores agrícolas y pueblos indígenas, un proceso que ha contribuido al fortalecimiento de la Red EUROsocial sobre Protección Social.

Se tiene previsto que durante el 2008, cada país continúe con la conformación de los "Grupos de Trabajo Nacionales", que contarán con un Apoyo Técnico a distancia de ámbito Subregional, para la realización de documentos marco y evaluación de la pertinencia de elaboración de proyectos piloto.

### Participantes en los cursos y seminarios realizados en el marco de los dos intercambios

Participantes en el curso "Estrategias para la extensión de la protección social" (San José de Costa Rica, 23 al 27 de julio de 2007), según país y sexo			
País	Hombres	Mujeres	Total
Bolivia	0	1	1
Brasil	0	1	1
Chile	2	2	4
Colombia	1	1	2
Costa Rica	2	2	4
Ecuador	2	0	2
El Salvador	1	0	1
Guatemala	3	0	3
Honduras	1	0	1
Nicaragua	2	0	2
Panamá	1	0	1
Paraguay	1	1	2
Perú	2	0	2
Uruguay	1	1	2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>28</b>
	67,9%	32,1%	100,0%

Participantes en el seminario "Extensión de la cobertura de la protección social en salud para el sector agrícola". (Madrid, España, 24 al 28 de septiembre de 2007), según país y sexo			
País	Hombres	Mujeres	Total
Bolivia	2	0	2
Brasil	1	1	2
Chile	1	2	3
Costa Rica	0	2	2
Ecuador	0	0	0
El Salvador	1	0	1
Guatemala	1	1	2
Honduras	1	0	1
Panamá	1	0	1
Paraguay	2	0	2
Perú	0	0	0
Uruguay	1	0	1
España	4	0	4
Francia	1	1	2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>23</b>
	69,6%	30,4%	100,0%

Participantes en el seminario "Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Pueblos Indígenas". (La Paz, Bolivia, 26 al 30 de noviembre de 2007), según país y sexo			
País	Hombres	Mujeres	Total
Bolivia	17	13	30
Brasil	0	1	1
Chile	1	1	2
Colombia	1	0	1
Costa Rica	2	0	2
Ecuador	2	0	2
El Salvador	0	3	3
Guatemala	1	0	1
Honduras	1	0	1
México	1	0	1
Panamá	1	1	2
Paraguay	2	0	2
Perú	1	1	2
Uruguay	0	2	2
Venezuela	0	1	1
España	3	0	3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>56</b>
	58,9%	41,1%	100,0%

Participantes en el Curso Online "Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas", según país y sexo			
País	Hombres	Mujeres	Total
Argentina	2	0	2
Bolivia	2	0	2
Brasil	1	0	1
Chile	1	3	4
Colombia	0	2	2
Costa Rica	1	1	2
Ecuador	2	0	2
El Salvador	0	1	1
Honduras	2	0	2
México	1	1	2
Nicaragua	0	1	1
Panamá	0	1	1
Paraguay	1	1	2
Perú	2	1	3
Venezuela	0	1	1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>28</b>
	53,6%	46,4%	100,0%



Sesión inaugural del Seminario "Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Pueblos Indígenas" celebrado en La Paz (Bolivia), del 26 al 30 de noviembre de 2007, y representantes de las comunidades de la zona de Santiago de Machaca durante la visita realizada para conocer su modelo de organización en salud.

# 2

Experiencias extraídas de la historia de las reformas de la  
Protección social en salud en Europa y América Latina



## Reforma agraria, industrialización y desarrollo del estado de bienestar en Europa

Aproximadamente desde 1780 hasta 1850, se desarrolla la Revolución Industrial en Inglaterra y en el resto de los países de la Europa continental. La expansión colonial de los países europeos conllevó un aumento en la demanda de productos que no podía cubrirse con la protoindustria tradicional. Las mejoras de la productividad agrícola y el consiguiente descenso de los requerimientos de fuerza de trabajo de la agricultura originaron un movimiento migratorio desde el campo a las ciudades. La creación de fábricas, el ferrocarril y la máquina de vapor hicieron posible un aumento significativo de la producción de bienes en serie, provocando una importante transformación en la organización del trabajo, al pasar de un modelo de producción basado en pequeños talleres artesanales a grandes fábricas con miles de obreros. El desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a la producción textil, donde la lana se vio sustituida por el algodón como principal materia prima, y los cambios en otras áreas provocaron una revolución económica que supuso una auténtica ruptura con el modelo económico medieval. La industria textil algodónera fue el sector líder de la industrialización y la base de la acumulación de capital que abriría paso, en una segunda fase, a la siderurgia y al ferrocarril.

Paralelamente al desarrollo del capitalismo industrial, en prácticamente todos los países de Europa occidental se llevaron a cabo procesos de reforma agraria dirigidos a evitar que la concentración de la propiedad de la tierra obstaculizara el desarrollo de las fuerzas productivas en el campo y en la industria. Los procesos de reforma agraria facilitaron la creación de un amplio mercado interno, necesario para el desarrollo capitalista. En los países de Europa oriental, los procesos de reforma agraria, más

tardíos, se generalizaron tras el estallido de la revolución rusa.

La Revolución Industrial generó grandes riquezas para los dueños de los medios de producción a costa del sometimiento de los trabajadores a una gran explotación y a condiciones de trabajo injustas (jornadas laborales agotadoras, hacinamiento, pésimas condiciones de higiene y alimentación, explotación laboral infantil, discriminación salarial femenina, etc.). Esta situación generó un descontento entre las masas oprimidas de trabajadores, que fue creciendo con el surgimiento de la literatura comunista y socialista que, además de denunciar tal situación, instaba a la organización popular. En ese contexto, fueron apareciendo los primeros grupos de trabajadores organizados en sindicatos.

Las reivindicaciones de los trabajadores organizados y la preocupación de las clases dominantes por encontrar salidas que evitasen que el descontento obrero derivase en conflictos revolucionarios impulsaron el nacimiento de los sistemas de protección social y de protección de la salud modernos, que se desarrollaron a finales del siglo XIX en Europa como respuesta a los problemas derivados de un creciente desempleo y de la pauperización, provocados por las revoluciones tecnológica y económica. Ese nacimiento puede datarse en 1881, cuando el canciller alemán Otto Von Bismarck decidió promulgar la primera ley de Seguridad Social para contener el descontento social y contrarrestar la influencia creciente del comunismo, cuando Alemania apenas iniciaba su proceso de industrialización.

El modelo de Bismarck contemplaba por vez primera la Seguridad Social como instrumento del Estado, incluyéndose en la misma un renglón para el Seguro de Enfermedad, regulado en 1883, en el que se establecía una cotización sufragada al 75% por el empresario y al 25% por el trabajador, para financiar la prestación de asistencia médica y el pago de un 50% del salario al trabajador enfermo.

Este modelo, que era obligatorio, contemplaba sólo a los trabajadores, pero aún siendo cerrado por su carácter profesional, iba a influir de manera determinante en casi todos los modelos posteriores. Poco a poco, el sistema de seguros sociales fue extendiéndose, ampliando la cobertura de los trabajadores industriales, incorporando a los trabajadores de los servicios y a los trabajadores por cuenta propia, eliminando los topes salariales para el aseguramiento, hasta llegar a un sistema muy similar al actual.

El Estado del Bienestar nació, por tanto, como consecuencia de las protestas, movimientos, huelgas y acciones colectivas del proletariado. Con la adquisición, en el siglo XX, del sufragio universal, la clase obrera empezó a ocupar centros de poder dentro de la dinámica democrática, obteniendo, en alianza con otras clases (principalmente campesinado y clases medias), servicios públicos y derechos a programas de bienestar.

En 1942, William Beveridge hizo público en el Reino Unido el "Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan", en el que plantea un nuevo enfoque para el desarrollo de la Seguridad Social británica, que hasta ese momento se había desarrollado sin la coherencia ni el rigor necesarios. Beveridge propuso la universalización de los servicios para toda la población, mediante una política fiscal eficiente que permitiera redistribuir el ingreso hacia el bienestar de todos los ciudadanos, y no sólo de los trabajadores. En su informe, Beveridge consideraba que el modelo debía descansar sobre recursos provenientes del Estado, con los que debía atenderse la carga de la asistencia en salud. Asimismo, proponía cotizaciones uniformes que debían pagar todos los asegurados, para tener a la vez prestaciones similares, alcanzando la universalización de la cobertura, para que abarcara a todos los ciudadanos. Para el éxito del modelo, Beveridge propuso la creación de una administración que unificara la gestión del sistema, es decir unificar y reorganizar los sistemas sanitarios y de salud, mejorando así el coste y el beneficio en su aplicación.

En la práctica y con el tiempo, los sistemas tipo Bismarck y Beveridge se hicieron compatibles, se mezclaron y en la actualidad los países toman de uno y otro indistintamente elementos para establecer sus sistemas. Los mismos modelos de Bismarck y Beveridge se han entrelazado y ahora se aplican sistemas mixtos, donde conviven las ideas sociales

y privadas. Quizás lo importante de la visión consiste en no perder la rectoría del Estado, dejando al libre juego de la oferta y la demanda el derecho a la salud, porque puede desembocar en enfrentamientos sociales y hasta en la disolución del mismo Estado, como bien vislumbraron Bismarck y Beveridge.

## La experiencia europea en reformas de la protección social en salud

Los sistemas de protección social en salud en los países europeos no fueron diseñados tal y como los conocemos en la actualidad, sino que han vivido un proceso continuo de reforma y adaptación.

Todo sistema de protección social en salud tiene que ser flexible para poder adaptarse y desarrollarse según los desafíos de cada momento y las cambiantes demandas demográficas, epidemiológicas y tecnológicas. La Seguridad Social y los sistemas de aseguramiento de la salud existentes en Europa son el resultado de experiencias, valores y conocimientos prácticos desarrollados durante más de un siglo.

La experiencia europea ha permitido identificar una serie de elementos que son claves para implementar una protección social eficiente, eficaz, equitativa y sustentable:

- Consulta y diálogo políticos: En la larga experiencia europea en políticas sociales, el debate sobre la protección social y los sistemas de seguridad social en salud ha sido una cuestión política de gran importancia. La construcción de un amplio consenso sobre el papel y los límites de la protección social, en el que participen todas las fuerzas políticas, es un elemento esencial.
- Adaptación al contexto específico de cada país y cultura.
- Equilibrio entre objetivos sociales y preferencias privadas.
- Combinación de equidad, solidaridad, eficiencia y efectividad.
- Preocupación por los menos privilegiados y por los indigentes.
- Generación y sustentación de recursos financieros y prevención del fraude.

- Equilibrio entre la implicación pública y la responsabilidad privada.

Estos criterios han fomentado el desarrollo de una especial riqueza de valores que destacan los sistemas europeos al enfrentar aspectos técnicos, procesales, conceptuales y políticos de la protección social y de los sistemas de seguridad social.

Por otra parte, se pueden distinguir una serie de valores de los modelos europeos de Seguridad Social y bienestar en materia de reformas de salud:

- Solidaridad.
- Responsabilidad, autoconfianza y autogobierno.
- Sostenibilidad.
- Portabilidad, que no significa ni implica necesariamente uniformidad.
- Variedad, coordinación, convergencia.
- Combinación de tradición e innovación.

Sobre la base de estas experiencias acumuladas históricamente, el aporte que Europa puede ofrecer al debate internacional sobre la protección social y la atención de salud va mucho más allá de los puros aspectos técnicos.

Los países europeos, igual que la Unión Europea en su proceso de armonización, han aprendido y están aprendiendo muchas lecciones en lo referente a reformas en el sector de la salud. Una de las más importantes se refiere a los prerrequisitos imprescindibles de cualquier estrategia e intento de reforma del sector salud y de seguridad social en una sociedad:

- Clarificación de la base de valores que fundamentarán la reforma.
- Acuerdo sobre los principios guía, como solidaridad, subsidiariedad y adecuación a las necesidades.
- Cooperación, coordinación y hermanamiento.
- Asegurar la participación de todos los grupos involucrados.
- Definir y plantear objetivos realistas.
- Equilibrar el poder y los intereses.

- Concertar directrices, establecer prioridades y estándares.
- Establecimiento de sistemas de información y monitoreo.
- Monitoreo de procesos sociales, de procedimientos técnicos y de la calidad.
- Creación de un entorno abierto y sin perjuicios que facilite el intercambio de ideas e información y el debate sobre las fortalezas y debilidades de los diferentes sistemas y opciones de reforma.

## Perspectivas actuales

Se podrían definir dos grandes enfoques para los modelos de salud en Europa. El primero surge de la visión de protección frente a la enfermedad, desde las leyes de Bismarck. El fundamento de este enfoque es proporcionar un servicio de curación al trabajador enfermo, quien además tendrá derecho a percibir una parte de su salario mientras la enfermedad le impida trabajar, y la extensión de los servicios de salud a los familiares más cercanos al trabajador.

Este enfoque, basado en la Medicina Curativa, logró grandes avances en el siglo XX, en especial en lo que se refiere a la medicina invasiva y de imagen. Quizás en estos dos conceptos de tecnología descansan gran parte de los servicios en los hospitales especializados. Por un lado, la moderna aplicación de técnicas diagnósticas como TAC, RM, RX, medicina nuclear y por el otro, quirófanos equipados con instrumental de punta, terapias intensivas, así como modernas salas de urgencia y de rehabilitación.

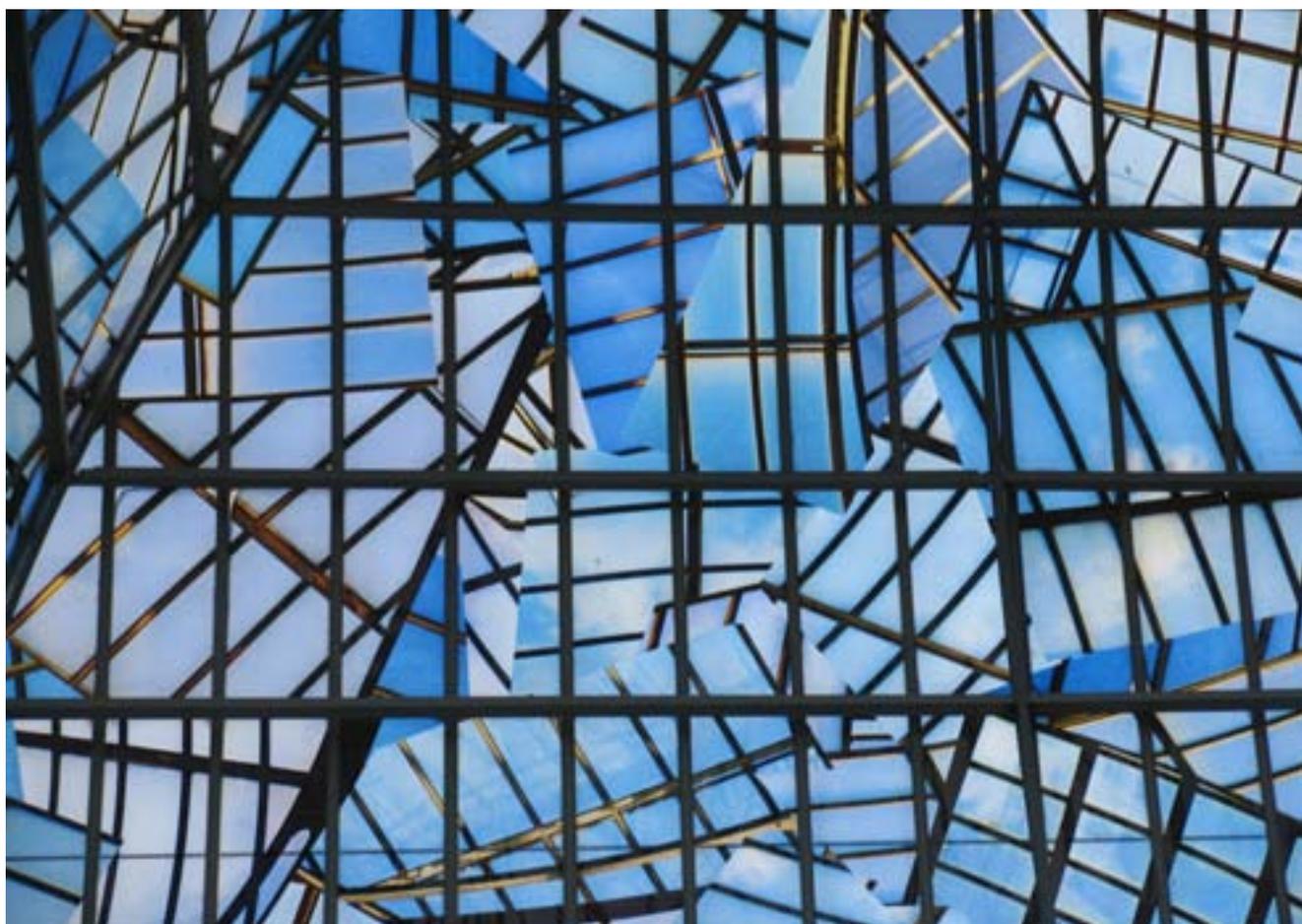
En un sistema bien administrado pero cerrado, estos servicios pueden alcanzar altos niveles de calidad. El problema comienza cuando hay que proporcionar estos servicios no sólo a los trabajadores, sino también a sus familiares, cuando se trata de pasar de curar la enfermedad a prevenir la enfermedad y, sobre todo, cuando se pretende ampliar la cobertura a toda la población, como proponía Beveridge. Es entonces cuando aparece el enfoque de la Medicina Preventiva, que en las últimas décadas ha tomado un papel preponderante en los países desarrollados, a través de la medicina familiar.

En Europa muchos países han tratado de privilegiar la medicina preventiva, conscientes de que si bien la curativa ha proporcionado una mayor esperanza de vida a la población, es necesaria una labor de prevención y mantenimiento, para la cual la medicina curativa no está preparada.

Tradicionalmente los sistemas de salud se presentan integrados en una pirámide, cuya base es el nivel de atención primaria (la clínica, el consultorio, el médico familiar). El segundo nivel lo representa

la atención especializada y el tercero la atención de alta complejidad, que se presta en hospitales.

En la práctica, los modelos tienden a privilegiar al tercer nivel a costa de los otros dos, generando falta de contención de pacientes en el primer nivel. Por tanto, el modelo se desborda en el ápice de la pirámide, y este hecho repercute en la calidad de atención, haciendo que el modelo se torne limitado y obsoleto para las necesidades demográficas y epidemiológicas del siglo XXI.



## La experiencia de las reformas de la protección social en salud en América Latina

Los sistemas de atención a la salud en América Latina han tenido distintos procesos de génesis, a través de los cuales se ha concretado su actual perfil, cobertura y alcance efectivo. La evolución histórica de estos sistemas no se desenvuelve en el mero plano institucional, sino que es resultado de la interacción entre distintos actores (obreros, sindicatos, campesinos) y contextos (económico, social, cultural, etc.).

Se presentan a continuación algunos momentos y experiencias cruciales en el desarrollo de la protección social en Salud en Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y México, extraídas de las aportaciones realizadas en el marco de los dos intercambios sobre extensión de la protección social en salud llevados a cabo en 2007. Estas aportaciones muestran algunos elementos importantes en la trayectoria de la formación de los actuales sistemas de protección social en salud en distintos países de América Latina. Se observan prioridades comunes, en determinados momentos, en relación al contexto demográfico y epidemiológico de cada uno de estos países (el énfasis en la salud materno-infantil, por ejemplo) y también historias divergentes, producidas por la distinta influencia de los actores en este proceso constitutivo (movimiento obrero, gobiernos militares, etc.).

### Bolivia<sup>1</sup>

Las ampliaciones de la cobertura de la protección social en salud en Bolivia tienen relación con momentos históricos, eventualmente revoluciones, que si bien permitieron la extensión de la cobertura a poblaciones específicas, también contribuyeron a

una mayor fragmentación del sistema, llegando hasta el que se tiene en la actualidad.

Un primer hito importante en la historia de la salud pública y protección social de Bolivia es la creación, en 1830, del Protomedicato Médico Nacional (instancia colegiada de médicos) con funciones médico legales y que ejercía y articulaba esfuerzos de salud pública a partir de instancias religiosas y los escasos recursos de la recientemente creada república para atender a los más pobres. El Protomedicato desaparece en 1893, con la creación de tribunales médicos en las capitales de los departamentos.

A finales de la década de los veinte se crea la Dirección General de Sanidad, encargada de la "Superintendencia de los Servicios de Higiene, Salubridad y Asistencia Pública", que es el antecedente directo del Ministerio de Higiene y Salubridad, creado en 1938, después de que la nueva Constitución declarara la obligación del Estado de proporcionar seguridad a los obreros en caso de accidentes, enfermedades, maternidad, etcétera. Con el surgimiento del Ministerio de Higiene y Salubridad, el Sistema Boliviano de Salud adquiere una dimensión nacional, y se comienza a desarrollar una red de servicios con la construcción de un Hospital General en cada Departamento y la dotación de diversos equipamientos en las ciudades capitales de Departamento y posteriormente en la zona rural, con diferentes nombres: Hospitales Provinciales, Centros de Salud, etc.

La Constitución de 1938, aprobada tras la guerra del Chaco, incorporó un importante paquete de derechos laborales y de disposiciones relativas a la protección de los trabajadores, aunque no otras propuestas, más radicales, como la reforma agraria, la disminución de prerrogativas de la Iglesia y el reconocimiento jurídico de las comunidades indígenas. Estas cuestiones sí estuvieron presentes en la revolución nacional de 1952, que adopta medidas como la reforma agraria, la nacionalización de las minas y la creación de la Caja Nacional de Seguridad Social, que representa el avance más importante en la historia nacional en cuanto a extensión de protección social, dando seguridad social a obreros, mineros y trabajadores del estado.

En los años 60 y 70 se presentan en el país movimientos políticos que optan por la lucha armada, lo que llevó a los gobiernos de ese entonces a considerar la necesidad de crear y fortalecer la sanidad militar y policial, aspecto que se consolida durante

<sup>1</sup> La información sobre la historia de las reformas de protección social en salud en Bolivia ha sido aportada por Pablo Aguilar Alcalá, profesor y participante en el curso on line *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas* y técnico de la Oficina de Coordinación de EUROsocial Salud.

los gobiernos militares de la década del 70 y los primeros 80, consolidándose la Corporación del Seguro Social Militar y el Seguro Policial. En los años 80 aparecen otros prestadores de seguridad social, en momentos de intenso crecimiento de la red vial, explotación petrolera y crecimiento económico (seguros sociales de caminos, petroleros, banqueros, universitarios y entre otros). En la década de los 90, se desarrollan los seguros privados (seguro de la banca privada y otros seguros privados menores a partir de aseguradores internacionales que concentran a la clase media y alta) y finalmente, en la década actual, los seguros públicos municipales y regionales (enfocados en brindar mayor protección a la población de sus municipios o departamentos, con distintas mezclas de modelos de gestión y atención). La existencia de todas estas formas de aseguramiento determina una alta segmentación, dificulta la gestión del sistema y se traduce en un importante incremento del gasto en salud.

El Ministerio de Salud jugó un papel importante en la década de los años 80, en medio de la crisis socioeconómica, fortaleciendo su papel como mediador e implementador de la política social, con un enfoque de salud pública y medicina familiar comunitaria (Médicos PIAS), y volvió a cobrar vigencia, por razones de salud pública, en la década de los 90, durante la epidemia de Cólera que afectó a la región.

La extensión de protección social en salud, ampliación de coberturas y lucha contra las enfermedades endémicas han sido áreas de prioridad para los gobiernos, sin embargo cada gobierno ha tenido una política de salud distinta, tratando de imprimir a través de ella su "huella" como "legado para la historia", creando o cambiando estructuras, nombres, procedimientos y prestaciones de programas, redes, servicios y prestadores, respecto a lo que había hecho la anterior gestión.

La seguridad social se ha quedado en las grandes y medianas ciudades y no llega al área rural, porque "no hay quien aporte" o tal vez porque esas pesadas estructuras no se han adaptado a las demandas de las poblaciones rurales e indígenas. La gran fragmentación del sistema en su conjunto y el trabajar en lo urgente, bajo múltiples demandas, no permite una visión y operacionalización clara. Todo depende de lo que ocurra con la propuesta de la nueva Carta Magna y el referéndum de aprobación de la misma. En la actualidad se tienen escenarios de descentralización, autonomías y dis-

cusiones más amplias, que han devuelto la trascendencia a la salud como algo político, en un entorno que prevé mayores reformas.

## Brasil<sup>2</sup>

El Estado brasileño inaugura su actuación en políticas públicas de sanidad con la Ley Eloi Chaves, de 1923, que creó las Cajas de Jubilaciones y Pensiones. A partir de 1933, nace una nueva estructura de Previsión Social, los Institutos de Jubilaciones y Pensiones, que traslada la estructura de previsión de la sociedad civil al interior del aparato del Estado. La asistencia médica se daba en el ámbito de las instituciones relacionadas con la asistencia social, mientras que el Ministerio de Sanidad desarrollaba, casi exclusivamente, acciones de promoción y protección de la salud, por medio de actividades educativas y preventivas.

En la década de los 60, el sistema de previsión se mostraba incapaz de responder a la creciente presión de los asalariados urbanos por la ampliación y mejora de los servicios, conjuntamente con la elevación de los costes de la asistencia a la sanidad, por las propias transformaciones científicas y tecnológicas de la práctica médica, con ampliación del uso de los medicamentos, diagnósticos y equipamientos médicos, teniendo el hospital como centro de la prestación de los servicios de sanidad. Este período se vio marcado por el creciente papel regulador del estado, el privilegio del sector privado y la extensión de la cobertura de la previsión. En 1977, la persistencia de la crisis promovió un movimiento burocrático administrativo para reordenar el sistema, dividiendo las atribuciones de la previsión y las de la asistencia médica.

En los años 80, el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social se dedicó a comprar servicios de la red estatal y municipal, mediante facturación por medio de Acciones Integradas de Sanidad, preconizando lo que habría de suceder a partir de 1987, con la creación del Sistema Unificado y Descentralizado de Sanidad (SUDS).

<sup>2</sup> La información sobre la historia de las reformas de protección social en salud en Brasil ha sido aportada por Claunara Schilling Mendoça, profesora del curso on line *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*.

En 1988, el sector de la sanidad experimentó un movimiento singular en su historia. La Constitución política de la República Federativa de Brasil aprobada ese año estableció que la salud es un derecho de todos y deber del Estado, correspondiendo al Estado proveer las condiciones indispensables para su pleno ejercicio, y creó el Sistema Único de Sanidad (SUS), inspirado en los principios de universalidad, integridad, equidad, control social, descentralización, jerarquización y regionalización. La Ley 8.080 de 1990, Orgánica de la Sanidad, definió las atribuciones y competencias de cada esfera de gobierno y estableció una concepción ampliada del derecho a la salud, afirmándolo como derecho humano fundamental.

El Estado Brasileño entiende la sanidad como el recurso mayor para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de la calidad de vida. Factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, comportamentales y biológicos pueden tanto favorecer como perjudicar la salud. La promoción de la salud va más allá de los cuidados en sanidad, poniéndola en el orden del día de las prioridades de los políticos y dirigentes en todos los niveles y sectores, advirtiéndolos de las consecuencias que sus decisiones pueden ocasionar en el campo de la sanidad, y haciéndoles aceptar sus responsabilidades políticas con la sanidad.

## Colombia<sup>3</sup>

La aparición del sistema de seguridad social en Colombia se remonta a 1945 y 1946, cuando se crearon la Caja Nacional de Previsión (Cajanal) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS), hoy Instituto de Seguros Sociales (ISS). Las empresas habían comenzado a sentir la imposibilidad financiera de pagar en forma directa la carga prestacional de las jubilaciones, la salud y el conjunto de indemnizaciones y pensiones vitalicias por incapacidad causadas por accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales (todas ellas

prestaciones patronales reconocidas por la ley), y, en ese contexto, los empresarios y trabajadores pensaron en crear sistemas de seguros obligatorios semejantes a los europeos. La seguridad social apareció entonces como el mecanismo institucional y financiero que garantizaba el acceso de los trabajadores a sus prestaciones sociales.

En Colombia, el desarrollo de la seguridad social estuvo marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema de los trabajadores privados, denominado de la seguridad social, y el de los funcionarios públicos, conocido como de la previsión social. Por una parte, el ICSS se convirtió en una entidad monopólica de afiliación del sector privado, creando en su interior un sistema de solidaridad entre las distintas regiones y ramas de la producción industrial. Por otra, la Caja Nacional de Previsión cubrió solamente una parte del sector central del Gobierno Nacional, mientras que cada dependencia, entidad o empresa pública que logró acumular algún poder, lo utilizó no para fortalecer un sistema nacional de previsión social sino para reivindicar el derecho a segregarse y conformar su propia entidad previsorra. Fue así como las Fuerzas Armadas, la Policía, el sector de telecomunicaciones, el Congreso de la República, Ecopetrol y la Superintendencia de Notario y Registro, entre otros, constituyeron paralelamente otras doce instituciones nacionales del mismo tipo, actuando en forma semejante las cuatro universidades públicas más importantes. Resultó así un sistema público desarticulado, disperso y, sobre todo, sin mecanismos de solidaridad, lo cual produjo la combinación de entidades de buena y mala calidad, de excelente y precaria situación financiera.

En 1975 se puso en marcha el Sistema Nacional de Salud con miras a transformar y modernizar al sector salud, erradicar la pobreza absoluta y mejorar el nivel de vida de la población, especialmente la asentada en las áreas rurales y zonas marginales de las ciudades y a la población inaccesible. Con este sistema se redefinieron los 33 Servicios Seccionales de Salud y las 107 Unidades Regionales de Salud, estableciendo una estructura de cuatro niveles administrativos -nacional, seccional, regional y local- y tres niveles de atención, según la complejidad tecnológica de las instituciones de atención.

En el Sistema, se definió como política la atención primaria de salud, entendida como "el conjunto integrado de acciones básicas orientadas al control de los factores de riesgo y a la atención de las pa-

<sup>3</sup> La información sobre la historia de las reformas de protección social en salud en Colombia ha sido aportada por Gina Carrioni Denyer, profesora y participante en el curso on line *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*.

tologías prevalecientes en la comunidad, fundamentada en la interacción entre el individuo, la familia y la comunidad con las instituciones” y se estableció que se le daría apoyo preferencial a programas dirigidos a afrontar las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad y donde se desarrollaría el Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) con sus componentes de atención a las personas enfocados hacia: la planificación familiar, atención del embarazo y parto, control de la presión arterial, detección del cáncer de cuello uterino, inmunización contra poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, sarampión y tuberculosis, prevención y control de EDA, ERA, control del crecimiento y desarrollo del niño, complementación alimentaria y mujeres embarazadas o en período de lactancia; y, de atención al medio ambiente en cuanto a provisión de agua intradomiciliaria, disposición adecuada de excretas, control de vectores de malaria y fiebre amarilla y fluoración de la sal de consumo humano.

En 1978 el gobierno colombiano suscribió la declaración y recomendaciones de la Conferencia Internacional de Alma Ata sobre la “Salud para todos”, donde se reafirmó que la atención primaria de salud era la clave para lograr esta meta y se le definió como “la asistencia sanitaria esencial de la salud basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención de la salud”.

Cuando se reorganiza el Sistema Nacional de Salud mediante la Ley 10 de 1990, se determina la descentralización de la administración de los servicios de salud, permitiendo que el sector salud fuera incorporado a los planes básicos de desarrollo municipal y que los alcaldes se hicieran cargo de la política local de salud y de los centros y puesto de

salud y los hospitales locales, El eje de esta Ley era la descentralización de los servicios de salud desde la Nación hacia los departamentos y, especialmente, hacia los municipios. Se estableció además, que los servicios de salud constituyen un servicio público, que los servicios de urgencia son de prestación obligatoria y los servicios básicos de salud, fundamentalmente los de carácter preventivo y de atención primaria, son gratuitos para atender las primeras causas de enfermedad y muerte.

En este nuevo sistema se adoptó la estrategia de la “Promoción de la salud”, con el desarrollo de programas de atención al ambiente, salud básica, municipios saludables, comunicación para la salud y participación social en salud y con la implementación de procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; además, se estableció que correspondía a los municipios la dirección y prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, que comprende los hospitales locales, centros y puestos de salud con un equipo mínimo en el cual se incluía a los promotores de salud y a las Direcciones Seccionales de Salud, la coordinación y supervisión de la prestación del servicio de salud, y el desarrollo de los planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector o del sector educativo.

Posteriormente, con la expedición de la Ley 100 de 1993, que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se ratificó la política de descentralización donde el nivel central retuvo las funciones de definir políticas, prestar asesorías, dar apoyo y llevar a cabo la vigilancia y el control, mientras que a los Departamentos les correspondió adaptar las políticas y dar asesoría, además de realizar la vigilancia y el control y a los Municipios la planificación y ejecución de los programas de prevención y control, integrados dentro de lo que se denominó como el Plan de Atención Básica (PAB), el cual debía ser formulado y ejecutado por el alcalde a través de los distintos sectores, concertado con la comunidad y en respuesta a las características socioculturales específicas de la población.

El PAB es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. Se caracteriza por ser gratuito (es decir que se financia con recursos públicos), dirigido y

administrado por el Estado, obligatorio y complementario a las acciones de los otros planes de atención en salud del Régimen de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las de salud pública que adelantan los sectores ambiental, educativo, laboral y productivo, entre otros. Hoy se le denomina Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se establece un plan obligatorio de salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional, organizado y garantizado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) directamente o contratando con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), complementado por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Así, las Entidades Promotoras de Salud, del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo, son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, así como del recaudo y administración de sus cotizaciones, y deben organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de salud a los afiliados. Por su parte, las IPS, públicas o privadas, son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios a través de las EPS.

Las personas ingresan al SGSSS a través de dos regímenes que son excluyentes:

- El **contributivo** para las personas con capacidad de pago, es decir, personas con contrato de trabajo del sector privado y público, pensionados, trabajadores independientes con capacidad de pago, y rentistas de capital, que sean residente en el país y cuyos ingresos sean superiores a 2 salarios mínimos.
- El **subsidiado** para la población pobre y vulnerable sin posibilidad de pago, que prioriza a los recién nacidos, la población del área rural, pertenecientes a los pueblos indígenas acreditados por las autoridades tradicionales, población del área urbana, mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal, niños menores de cinco años, población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén, mujeres cabeza de familia,

población de la tercera edad, población en condición de desplazamiento forzado, núcleos familiares de las madres comunitaria, desmovilizados y otros.

No obstante, mientras ingresan al régimen subsidiado, las personas sin capacidad de pago tienen derecho, en forma temporal, a ser atendidas, en calidad de vinculadas, por las instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado.

Igualmente existen regímenes exceptuados para el personal adscrito a las fuerzas armadas, al magisterio y a la Empresa Colombiana de Petróleos Ecopetrol, dados los riesgos a que se encuentran expuestos por el cumplimiento de sus funciones.

La Ley 1122 de 2007, contiene algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establecido con la Ley 100 de 1993. Si bien se mantiene de forma general la estructura organizacional original, surgen algunas modificaciones como la creación de la Comisión Reguladora de Salud (CRES) la cual recibirá algunas de las funciones encomendadas en la Ley 100 al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Como principales ajustes establece la evaluación por resultados en la que se definirán mecanismos para evaluar a través de indicadores de gestión y de resultados la salud y bienestar de todos los actores que operan en el SGSSS, a partir de los cuales el Ministerio de la Protección Social definirá estímulos y exigirá el cumplimiento de acuerdos o remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud las situaciones que deban ser analizadas.

De forma importante para la población vulnerable, establece que dentro de los próximos tres años, deberá alcanzarse la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisben, es decir en la población mas pobre y vulnerable incluida la población rural, siempre que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema. Para tal fin modificó el monto de cotización del Régimen Contributivo a fin de contar con un 0.5% adicional para la Subcuenta de Solidaridad de la cual se financia el Régimen Subsidiado y especifica las demás fuentes de financiación de este régimen.

La Ley 1122 establece que se beneficiaran con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisben o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen

contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción y que conservaran los subsidios quienes a la entrada en vigencia de la Ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del Sisben y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias, priorizándose sin embargo la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisben. Se generaran también incentivos para promover que la población del nivel III del Sisben pueda, mediante aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado.

Se resalta igualmente que los servicios para la atención de Promoción y Prevención se harán nuevamente a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado, y cuando no se tenga la capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o en quien éste delegue. También que los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo reemplace no deberán pagar copagos ni cuotas moderadoras, y que no habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia, superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo, contabilizándose a los afiliados el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia.

De otra parte, por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, se definirán mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios en tanto que la población que aún no se encuentra afiliada a alguno de los dos regímenes tendrán la garantía de su atención a través de las Entidades territoriales que contratarán con las Empresas Sociales del Estado que estén debidamente habilitadas, y en caso de no ser suficiente en el municipio o en su área de influencia, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Junto a la Seguridad Social, la Asistencia Social es otro componente del sistema de protección social colombiano. La Asistencia Social tiene como función proveer un mínimo nivel de vida a aquellos que están insuficientemente dotados de capital humano y físico para enfrentar el mercado, tales como pobres crónicos, niños sin familia, ancianos no pensionados, discapacitados y desplazados. La Asistencia Social incluye, entre otros:

- El Sistema Nacional de Bienestar Familiar, cuyos fines están orientados a promover la integración y realización armónica de la familia y proteger a la niñez garantizando el ejercicio de sus derechos con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la sociedad.
- El Sistema de Compensación Familiar, mediante el cual se busca compensar a los afiliados al Sistema de Seguridad Social de menores ingresos y sus familias, para mejorar su calidad de vida.
- Los Servicios Sociales Complementarios como un programa de subsidios económicos para las personas mayores, cuya finalidad es apoyar y proteger a estas personas para que tengan una vida digna.

## Costa Rica<sup>4</sup>

En la Costa Rica de inicios de los años cuarenta no existía una política pública sistemática en el campo social como se conoce hoy en día. Si bien, en 1923, se había decretado la Ley de Protección Social de la Salud Pública, antes de su promulgación la beneficencia tanto pública como privada era un concepto clave para atender las necesidades asistenciales de las clases más desfavorecidas.

La precaria situación económica al principio de la década de los 40, agravada por las crecientes de-

---

<sup>4</sup> La información sobre la historia de las reformas de protección social en salud en Costa Rica ha sido aportada por César Augusto Gamboa y Jacqueline Castillo Rivas, profesores y participantes en el curso on line *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*. Se ha tomado también información de Quesada Camacho, J.R., Masis Iverson, D. et als. (1997): *Costa Rica Contemporánea: Raíces del Estado Moderno*. Universidad de Costa Rica.

mandas de los sectores de ingresos medios y bajos de la población, así como de regiones periféricas, forzaron una revisión de la situación social. En estas circunstancias, la administración del presidente Calderón Guardia inició el proceso de institucionalización de la política social mediante la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en 1941. El alcance de estas políticas sociales se limitó a los trabajadores urbanos, provocando el descontento de otras clases más desprotegidas (trabajadores agrícolas, indígenas, etc.).

En todo caso, la creación de la CCSS propició un marco institucional capaz de aprovechar los avances científico-tecnológicos en el campo de la medicina (vacunas, penicilina, insecticidas, etc.) con la finalidad de aumentar la esperanza de vida de la población costarricense.

Los Seguros Sociales se establecieron, pues, en Costa Rica en el año 1941, con el respaldo del artículo 77 de la Constitución Política, a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). La institución rectora de este sector era el Ministerio de Salud Pública el cual desempeñaba una función de prevención de enfermedades, pero la atención médica y hospitalaria era responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Seguro de Salud inicia la prestación de sus servicios en el año 1941 sólo para los trabajadores asalariados y posteriormente, se extiende a sus familiares. El Seguro de Pensiones se pone en marcha en el año 1947 con la afiliación de empleados de los Poderes del Estado, instituciones autónomas, semiautónomas y municipalidades. Los riesgos administrados corresponden a la enfermedad, la maternidad, la invalidez, la vejez y la muerte. El nacimiento de los Seguros Sociales está caracterizado por un sistema de contribuciones obligatorio financiado por los patronos, trabajadores y el Estado, que se determinaba tomando como base el costo de las prestaciones.

El artículo 3 de la Ley Constitutiva de la CCSS le da la potestad a esta institución para extender progresivamente los servicios a todo el país, lo que ha facilitado el desarrollo y evolución de la cobertura.

Como ya se ha indicado, el Seguro de Salud, en sus inicios, cubría únicamente a un sector de la población que habitaba en la región urbana, sin extensión de servicios a los familiares de los cotizantes. A partir de los años cincuenta se produce

un crecimiento en la cobertura por la inclusión de los beneficiarios familiares y la extensión de la cobertura contributiva a otros sectores, situación esta que se mantuvo sostenida hasta los años setenta.

En la década de los setenta, la Asistencia Social es incorporada a los Seguros Sociales, mediante la inclusión del programa "Asegurados por el Estado" que busca dar la protección de los servicios de salud a las personas no aseguradas en estado de indigencia y el Sistema del Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico, orientado a la ayuda social para personas adultas mayores de edad, personas con impedimento físico o mental, viudas desamparadas y huérfanos que encuentran en estado de indigencia. Este programa se financia mediante fondos públicos. En esta misma década se marca un hito importante al ejecutarse lo dispuesto en la reforma a la Constitución Política, en el artículo 177, de universalizar los seguros sociales mediante el traspaso de los hospitales a cargo del Ministerio de Salud y Juntas de Protección Social a la Caja Costarricense del Seguro Social.

De esta manera, mediante el establecimiento de la modalidad de aseguramiento para los trabajadores independientes, la obligatoriedad de cotización para el sector pensionado, la creación del programa de "Asegurados por el Estado" y el Programa de Pensiones no Contributivas por monto básico, se impulsaba fuertemente la tasa de cobertura.

También se logró el reconocimiento del derecho a la salud de los indígenas en Costa Rica mediante diversos instrumentos:

- Desde la Constitución Política se reconoce el derecho a la salud derivado del derecho a la vida y el disfrute de un ambiente sano y ecológicamente equilibrado según lo establecen los artículos 21 y 50.
- La Ley Indígena de 1977 N° 6172, que regula la organización comunal y territorial indígena, y reconoce una serie de derechos de otro tipo a favor de las comunidades indígenas de Costa Rica.
- El Decreto N° 8489-G de 1978, que instrumentaliza artículos de la Ley Indígena, y dispuso entre otras cosas que las Asociaciones de Desarrollo Integrales indígenas serían las que regirían las vidas de los indígenas en sus territorios.

Sin embargo, un elemento determinante en la garantía de los derechos de la población indígena es la adopción por parte de Costa Rica del Convenio 169 de la OIT, que tiene rango suprallegal en el ordenamiento jurídico de acuerdo a lo que dispone la Constitución Política.

Este importante instrumento jurídico internacional ha sido fundamental para renovar el derecho indigenista y para fortalecer a las organizaciones indígenas en sus justas reivindicaciones por poseer territorios propios y un ámbito de libertad suficiente para desarrollar sus propios valores y culturas.

Aunado a lo anterior, con la ley N° 7878 de mayo de 1999 se adiciona al precepto constitucional N° 76 el reconocimiento y la responsabilidad al Estado de velar por el mantenimiento y cultivo de las lenguas indígenas. Es uno de los primeros pasos en forma directa a nivel constitucional sobre los derechos de los Pueblos Indígenas, fortaleciendo la razón de que es necesario incorporar a nivel constitucional mayores elementos en materia de derechos indígenas.

En la actualidad, en términos generales se puede afirmar que en Costa Rica la población tiene acceso a un servicio aceptable de salud, aunque en los últimos años la inmigración de trabajadores ilegales que no cotizan para el Seguro Social ha deteriorado el servicio, y las listas de espera para cirugías no urgentes, por ejemplo, se han hecho más largas.

## Chile<sup>5</sup>

La configuración del sistema actual sistema de atención a la salud en Chile proviene de distintos momentos históricos, entre los cuales cabe destacar los siguientes:

En 1924, nace el Ministerio de Salud, llamado de Higiene, Asistencia y Previsión Social, durante el gobierno de Arturo Alessandri. Quedaron bajo su dependencia todas las estructuras de atención de salud y de previsión social existentes hasta la fecha

(Dirección General de Sanidad, Inspección General del Trabajo, Juntas de Beneficencia, Consejo de Habitación Popular, Cajas de Seguro Obrero y de Previsión de Empleados). Posteriormente fue evolucionando hacia una especialización en el tema de salud, perdiendo atribuciones en el ámbito de trabajo, vivienda y previsión social.

En 1938 se dicta la Ley de Medicina Preventiva, producto del genio científico de Cruz Coke y de su aplicación a la política. El autor en su presentación hablaba de la necesidad de una «Medicina Preventiva y Dirigida», es decir, introducía dos conceptos fuertes hoy en salud pública, la prevención y la planificación.

La crisis económico-social y las epidemias de tifus exantemático, tifoidea y nuevas explosiones populares, ya más visibles en la capital, aceleran la necesidad de implementar políticas sociales eficaces que resuelvan los problemas de habitación, trabajo, salud, desnutrición y tantos otros ligados a la condición de pobreza de las mayorías. El sentimiento de solidaridad comienza a ser intenso en las nuevas clases medias y parte de las oligarquías, mientras los movimientos políticos que encarnan estas posiciones hacia 1938 en el llamado Frente Popular, llevan a Pedro Aguirre Cerda a la presidencia en 1939. Al finalizar la década de los años treinta estaban dándose las condiciones para la unificación de los servicios bajo el comando y control del Estado. Esta visión se potenció con la necesidad de enfrentar coordinadamente el desastre social y sanitario provocado por el terremoto de Chillán en enero de 1939.

A inicios de la década de los 40 se envía un proyecto de reforma del Seguro Obrero (Ley 4054), que buscaba extender los servicios de atención médica al resto de la población y dar un fuerte impulso a la integración de servicios. Este concepto, el de crear un Servicio Nacional de Salud, nace en los expertos encabezados por el Ministro de Salud de la época, Salvador Allende, a raíz de la positiva experiencia de unificación ocurrida en las zonas del terremoto de Chillán.

El Servicio Nacional de Salud se crea a fines de 1952, justo en el cambio de gobierno desde los radicales y su coalición de centroizquierda, hacia la alianza populista del General Ibáñez, que debería implementar esta nueva Ley, la 10.383. Es la culminación de un proceso continuo, de gran sustento político y científico. Estructuralmente, el SNS es

<sup>5</sup> Extraído de Artaza Barrios, Osvaldo; Sacoto Aízaga, Fernando; Yglesias Bedoya, Arturo; Yáñez Montevedra, Leopoldo; Martínez Martín, Félix; Torres-Goitia Torres, Javier (2004), *Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la Subregión Andina*. Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue.

una gran integración vertical de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud. En esta nueva organización se fundieron más de 15 instituciones del sector público dispersas, más los hospitales de la Beneficencia, organismo privado subsidiado que manejaba casi toda la infraestructura disponible a la fecha.

El SNS tuvo su apogeo en las décadas de los sesenta y setenta, generando amplia cobertura, tanto de atención primaria como hospitalaria, desarrollo de programas verticales centrados en el binomio madre-hijo y en la prevención y tratamiento de enfermedades infecto contagiosas. Desde otro ángulo tuvo un claro desarrollo burocrático y centralista, y terminó siendo fuertemente cooptado por el mismo gremio médico que en un principio ofreció resistencia a su creación.

Ya establecido el SNS, se ponen en marcha los programas de control de desnutrición, diarrea infantil, de vacunaciones ampliadas, de control y atención profesional del embarazo y parto, de fertilidad y otros. La estrategia de acción cerca de la comunidad, expansión hacia los sectores rurales y de provincias, se realiza en los establecimientos comunales de atención primaria y hospitales rurales. El reflejo de todo este esfuerzo en los indicadores epidemiológicos recién comienza a expresarse hacia fines de los años 60 y comienzos de los 70. Tan fuerte fue esta relación que ni las crisis económicas de la primera mitad de los años 70 ni la de inicios de los 80, logran alterar la mejoría progresiva de indicadores de salud básica.

El crecimiento del SNS y su expansión a todo el país, lo lleva a ser prácticamente un monopolio de atención médica, con todos los defectos y virtudes que ello implica. Por una parte, sus reconocidos logros en formular e implementar una política pública de salud coherente y consistente. Por otra parte, el gigantismo, la burocratización, el centralismo y la pérdida de la mística inicial. Asimismo, al enfrentarse con una población cada vez más exigente y educada, se desarrolla una cultura organizacional en la cual se tiende a una especie de despotismo ilustrado de la clase médica frente a los pacientes, a los cuales se les entrega poca información y se les dan pocas posibilidades de ser considerados. Ambos fenómenos generan una creciente insatisfacción tanto en usuarios como en prestadores, los cuales expresan su crítica a través de diversos medios. Los éxitos epidemiológicos dejan de ser apreciados por la población y ésta se concentra só-

lo en el acceso y calidad de la atención médica. Con esto se llega a la medicalización de la sociedad y de la salud, fenómeno por lo demás característico de la cultura occidental del siglo XX.

De 1968 a 1970 se desarrollan los siguientes procesos:

- Incorporación de los empleados a la medicina social a través del Servicio Médico Nacional de Empleados, SERMENA. El SERMENA que hasta entonces era sólo administrador de la ley de medicina preventiva, creó el Fondo de Medicina de Libre Elección, base de la libre elección actual del Fondo Nacional de Salud (FONASA), como un asegurador y financista de la atención de medicina curativa.
- Creación del Formulario Nacional de Medicamentos (FN). Este paquete básico de medicamentos puso a disposición de los usuarios un conjunto de medicamentos genéricos, tanto en los establecimientos públicos como en las farmacias privadas. Estas últimas, en el caso de no disponer de los productos del FN, debían vender los productos de marca al precio de los genéricos
- Promulgación y puesta en práctica de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Al amparo de esta ley se crearon las mutualidades responsables de la prevención de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales y la red nacional de clínicas para atender la recuperación y la rehabilitación.
- Actualización del Código Sanitario, que puso al día el marco regulatorio sanitario.

El período del régimen militar, caracterizado por la adopción de políticas neoliberales en lo económico y de progresiva desestatización en lo gubernativo, no abordó reformas importantes de la salud en sus primeros años. A comienzos de los años ochenta, la dictadura desarrolló un proceso destinado a refundar las bases de la estructura política y económica del país. Para ello modificó la Constitución (1980) e inició una serie de «modernizaciones» de la economía y del Estado. Entre éstas, se cuenta la reforma al sistema previsional y a la salud. Se terminó con los colegios profesionales de colegiatura obligatoria, se municipalizó la atención primaria, se

descentralizó el SNS en Servicios de Salud territoriales y se organizó un mercado de la salud privada, mediado por las llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) creadas por ley con una serie de disposiciones que apuntaban a darles viabilidad financiera, cotización fija y obligatoria, restricciones al uso (carencias, preexistencias y exclusiones) y subsidios del Estado.

Las metas principales de los reformadores, por medio de la implantación de un sistema de planes de salud privados en Chile fueron liberar la capacidad en establecimientos públicos a través de cambios de la demanda hacia el sector privado, induciendo una expansión de la infraestructura y servicios médicos privados de salud, concentrar los esfuerzos del Estado en la población de bajos ingresos, incrementar la libertad de escoger, y crear un subsidio a la demanda a largo plazo, que permitiera la selección entre un mayor número de opciones de servicios de salud.

Probablemente la meta más importante de los reformadores fue la de permitir que los beneficiarios escogieran entre una variedad de planes de salud, introduciendo la competencia como medida para mejorar la calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud. Esta meta fue muy parcialmente lograda, debido a la fuerte asimetría de información y a la casi nula regulación con que comenzó a operar ese nuevo mercado.

La intención era que las ISAPRES generaran paulatinamente un escenario de sustitución del sector público en el financiamiento y provisión de servicios de salud. Inicialmente, tuvieron el mandato de servicios preventivos mínimos y pagos de incapacidad por enfermedad. En la práctica sólo ofrecieron paquetes curativos que podían ser establecidos por medio de contratos individuales entre las partes, a primas basadas en el riesgo individual de cada usuario del sistema. La creación de las ISAPRES fue el primer paso en una agenda completa, que eventualmente tendría el efecto de transformar al sector salud en un sistema que dependería más del mercado que del Estado para la administración financiera y la provisión de servicios de salud.

La reforma de la seguridad social que fue ejecutada antes de la reforma en salud, estableció un precedente como la primera experiencia en Chile con la entrega de beneficios sociales por medio de mecanismos privados. Estableció que las contribuciones obligatorias eran propiedad del empleado, y por lo

tanto, como fue el caso en el sistema de seguridad social reformado, el empleado tenía la libertad de escoger la entidad que manejaría sus fondos de salud.

La creación de instituciones privadas con fines de lucro diseñadas para manejar fondos de pensión en un mercado competitivo, estableció un precedente importante para el sistema privado de seguros que se iba crear. Se esperaba que la competencia entre las instituciones resultara en eficiencia y beneficios para los suscriptores. La reforma de la seguridad social también separó las contribuciones para servicios de salud de los de pensiones y otros beneficios, estableciendo así el precedente para la creación de las ISAPRES.

Mientras que el mercado de las ISAPRES eventualmente se expandió más allá de sus metas iniciales y se consolidó en una industria importante, los ejecutores de políticas no pudieron completar la reforma del sistema de salud en su totalidad, como habían previsto inicialmente, por medio de la ampliación de las ISAPRES a grupos de bajos ingresos y de la privatización de los hospitales públicos. La implantación de esta segunda fase habría resultado en que la población entera estaría bajo el nuevo esquema con muy pocas excepciones, y un sistema de salud nuevo habría sustituido al antiguo.

## México<sup>6</sup>

A inicios del siglo XX, en los últimos años de la época porfiriana, se dictan dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, decretada en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales plasmaban en forma escrita, por primera vez en México, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Se trata también de las primeras deri-

---

<sup>6</sup> La información sobre la historia de las reformas de protección social en salud en México ha sido aportada por Marte Trejo Sandoval, profesor del curso on line *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*.

vaciones en México de un modelo tipo Bismarck establecido en Alemania por esos años.

Una vez derrocado Porfirio Díaz, México se vio sumergido en un largo proceso de incertidumbre y luchas por el poder. No obstante, las ideas sociales de Europa y en especial de los socialistas, habían calado hondo en buena parte de los intelectuales como los hermanos Flores Magón, los artistas gráficos como Posadas y en muchos de los líderes que participarían en el proceso constituyente de 1917. Ellos dejarían las bases constitucionales de lo que sería la Seguridad Social, en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917, en el que se declara "de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares".

En el convulso período revolucionario en el que se sucedieron los asesinatos de Francisco Madero, Victoriano Huerta, Emiliano Zapata, Francisco Villa, Venustiano Carranza y Álvaro Obregón, continuaron extendiéndose los ideales del movimiento socialista, inspirados ahora en la nueva Unión Soviética y en Lenin, entre obreros, campesinos, artistas e intelectuales como Diego Rivera, Frida Khalo y David Alfaro Siqueiros. Estos movimientos desembocaron, entre otras cosas, en la muerte del disidente ruso León Trosky, el nacimiento del Partido Nacional Revolucionario Institucional (PNR) con el General Calles, que se convertiría en el PRI y el consiguiente ascenso a la presidencia de la República del General Lázaro Cárdenas en 1934.

Ya en 1925 se había presentado al congreso una iniciativa de "Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales", en la que se preveía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, que se compondría de una administración tripartita pero cuya integración económica debía corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definían con precisión las responsabilidades de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. Todo con una visión social derivada de los pensamientos proletarios de la época.

La iniciativa de este seguro obrero suscitó la inconformidad de los patrones que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también el gobierno

federal debería aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos".

En éste período también se institucionalizó el Movimiento Social Mexicano a través de la integración de las grandes corporaciones sindicales, cobijadas en un principio por esas ideas socialistas. Este movimiento se convirtió después en una estructura monolítica y a la vez flexible, capaz de adaptarse a las necesidades de los gobiernos y patrones por casi 70 años.

En 1935, el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de "Ley del Seguro Social", en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores. Por encargo del mismo Presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, el Licenciado Ignacio García Téllez.

El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un "Instituto de Seguros Sociales", de aportación tripartita, que ya incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que "cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria".

Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas se expropió la industria del petróleo, a manos de compañías inglesas, con la visión de constituirlo como elemento básico y necesario para el desarrollo de México. Asimismo, se crearon los ejidos colectivos, tratando de aprovechar al máximo las tierras laborables expropiadas a los terratenientes en un gran proceso de Reforma Agraria, que convirtió al país durante décadas en exportador de productos agrícolas.

Aprovechando la Segunda Guerra Mundial, que llevó a los países desarrollados a la fabricación de armamentos, en México surgió el llamado Proceso

de Sustitución de Importaciones, cuyo objetivo era expandir la base industrial nacional para crear productos de los cuales se carecía por la guerra. Esto dio como consecuencia un cambio en el rumbo del gobierno con la presidencia de Manuel Ávila Camacho, ampliando la base industrial y consolidando el control de la base trabajadora, a través del corporativismo sindical, que se verá fortalecido por los organismos burocráticos inspirados en las nuevas ideas de administración pública.

Es el Presidente Manuel Ávila Camacho quien logra por fin reunir a las partes que conformarían la Seguridad Social en México y en 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, culminando así los esfuerzos para unificar el mando de los servicios de salud.

Desde 1942 las circunstancias se mostraban favorables para que pudiera implantarse en México el Seguro Social; para ello se anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y se le encomendó al licenciado García Téllez, atendiendo a la tónica del momento, la función inicial de limar las asperezas entre las partes y procurar la conciliación obrero-patronal.

En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de "proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales". El Congreso aprobó la iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial, la Ley del Seguro Social, en la que se determinaba, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la Seguridad Social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como un instrumento básico de la Seguridad Social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

El nuevo presidente Miguel Alemán Valdés, fue nombrado "el primer obrero de México", dándose a la tarea de expandir los capitales privados mexicanos, mediante un espectacular cambio originado

por la industria de la construcción: carreteras, presas, multifamiliares, fraccionamientos, fábricas, monumentos y la Ciudad Universitaria, a través de deuda externa. Es en este proceso de modernización en la década de los 50, cuando las ideas de seguridad social vertidas en la Constitución de 1917 y largamente acariciadas, toman forma con la consolidación física del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El IMSS había surgido entonces, cobijado por el gobierno, los patrones y los grandes sindicatos, constituidos en una poderosa central dirigida por Fidel Velázquez, esta negociación resultó en un principio espectacular. Se construyeron enormes hospitales, clínicas familiares, campos deportivos, teatros y auditorios culturales, dando lugar por muchos años, en tanto se agotaba el Fondo de Reserva, a toda una cultura del "Seguro Social" en las clases trabajadoras y fomentando además una incipiente clase media de trabajadores del IMSS.

Los sindicatos de burócratas se constituyeron también en una sola Central, que a diferencia de la obrera, cambiaría de líder cada tres años, lo cual permitiría al presidente en turno designarlo acorde a las necesidades del momento. Una vez integrados en la FSTSE (Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado) a imagen del IMSS, promueven el establecimiento de su propio Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, el hoy conocido ISSSTE, cristalizado por el presidente Adolfo López Mateos.

El ISSSTE como el IMSS, de acuerdo a su ley, cubriría además de las prestaciones relativas a la salud, las prestaciones sociales, culturales y económicas, y extendía estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto serían los trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, los de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal fueran incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos.

La ampliación de la atención a la salud, marcó un acelerado proceso de construcción, adquisición y adaptación de centros hospitalarios. De esta manera, el Instituto tomaba las medidas necesarias para atender al casi medio millón de personas que entonces estaban bajo su protección.

Los dos institutos creados para el apoyo de los trabajadores y burócratas, vivieron sus mejores años en aquel entonces, cuando dirigieron sus esfuerzos hacia la atención de una extensa población materno-infantil, acorde a las estadísticas de la época, donde se mostraba una pirámide de edades casi perfecta. Los mismos logotipos de imagen surgieron con los símbolos de apoyo a la paternidad. Una madre con su hijo para el IMSS y una pareja con dos hijos para el ISSSTE como una interpretación alegórica a la protección del México futuro.

Con el final del período del presidente Adolfo López Mateos en la década de los sesenta, se agudiza la decadencia de la industria nacional y aparecen las primeras crisis de empleo, que impulsan movimientos políticos de campesinos, maestros, ferrocarrileros, médicos y por último, la rebelión estudiantil de 1968, de trágicas consecuencias.

No obstante, los sistemas de Seguridad Social continuaron expandiéndose y atomizándose, nace el Instituto para las fuerzas armadas FAM, el de PEMEX, incluso modelos estatales, siempre con la visión de ofrecer servicios de protección a sus trabajadores. Por otro lado, la Secretaría de Salubridad y Asistencia también desarrolla su propio sistema de Institutos y clínicas, dirigidas a proporcionar una cobertura más amplia en la población no asegurada.

A principios de los años ochenta el modelo de Salud y Seguridad Social para la Salud de México comienza a resquebrajarse. La crisis de la deuda y el petróleo, el agotamiento de los fondos de reserva,

las devaluaciones, la corrupción de las Instituciones, la continua apertura a las prebendas exigidas por los sindicatos, el sistema de pensiones y los recursos utilizados de manera discrecional, impactaron de manera decisiva al modelo de salud curativa de la población.

En 1982, se fijaron toques a las aportaciones de los asegurados como un logro sindical, exonerando a los pensionados del pago a los servicios de salud, a la vez que se abrieron nuevos espacios de inversión con deuda, aprovechando el creciente subsidio del Gobierno Federal. Por esos tiempos colapsó la economía nacional, el IMSS comienza a desprenderse de inmuebles para poder sufragar su elevado coste, atado a las negociaciones, decisiones y limitaciones de su sindicato, y la calidad de los servicios inicia un detrimento significativo, con las consecuentes quejas de los pacientes. Con la crisis económica y de los sindicatos, se produce asimismo la decadencia de los institutos de seguridad social.

Los últimos años del siglo XX se caracterizaron por la globalización y el neoliberalismo económico. Poco a poco las ideas sociales fueron quedando de lado, en diversos países del mundo comienzan a surgir nuevos modelos mixtos y privados de Seguridad Social. A lo anterior, debemos añadir el cambio en el perfil epidemiológico de la población, derivado del incremento de la esperanza de vida, que trae como consecuencia nuevos padecimientos de origen crónico degenerativo, que comenzaron a incidir de manera muy importante sobre el coste de la atención médica.

# 3

Sistemas de salud y protección social en salud



## La protección social en salud en América Latina y Europa

### La protección social en salud, un componente esencial de la cohesión social

Los sistemas de protección social permiten afrontar situaciones de precariedad como el desempleo, el estado de salud, la discapacidad, la situación familiar o la vejez, garantizando ingresos en situaciones de dificultad así como el acceso a numerosos servicios indispensables para la dignidad humana. De ese modo, favorecen a la vez la cohesión social y el dinamismo económico.

La protección social desempeña un papel crucial, combinada con otros instrumentos de actuación, en la lucha contra la exclusión social y el fomento de la integración social. Sin embargo, la protección social no sólo ofrece redes de seguridad para los más desfavorecidos, sino que contribuye también a facilitar la capacidad de adaptación profesional y a conseguir mejores resultados económicos. La protección social es, pues, también, un factor productivo.

Los sistemas de protección social abordan diversas funciones, que responden a los diversos riesgos y necesidades que protegen. Siguiendo la clasificación utilizada por el Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (SEEPROS), pueden distinguirse las siguientes funciones de protección social:

- Enfermedad / Atención sanitaria
- Invalidez
- Vejez
- Supervivencia
- Familia / Hijos
- Desempleo
- Vivienda
- Exclusión social no clasificada en otra parte

La protección social en salud es una de las ramas más importantes de la protección social. La salud es el bien social primario por excelencia porque

permite a los individuos y a las familias el logro de otros bienes sociales como educación, trabajo e integración a la comunidad. Por ello la lucha por extender la protección social en salud y el acceso equitativo a los bienes, servicios y oportunidades en salud es un elemento central para avanzar en la ciudadanía social y para lograr niveles adecuados de cohesión social que permitan avanzar por la senda del desarrollo económico, humano y social.

Los sistemas de protección social en salud constituyen el instrumento privilegiado para el logro de la salud como derecho y para promover la inclusión social. Para ello, la protección social en salud debe ser concebida como una política pública de gran calibre destinada a eliminar o reducir la exclusión social en salud.

La mayoría de países latinoamericanos requieren de cambios estructurales en sus sistemas de salud para que éstos puedan contribuir de manera efectiva a la protección social, a garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos y a la cohesión social. Esos cambios estructurales deben dar respuesta a los siguientes desafíos:

- **Superar la actual segmentación de los sistemas de salud**, caracterizados por la existencia de subsistemas con distintas fuentes y arreglos de financiamiento, que reflejan una segmentación social por capacidad de pago o por inserción en el mercado laboral. Este rasgo estructural consolida y profundiza la desigualdad entre grupos sociales y es un factor de exclusión social, que deja fuera del sistema de protección a las personas pobres y a los trabajadores informales.
- **Avanzar desde la fragmentación organizacional hacia una mayor integración**. La coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsistemas descoordinados eleva los costos y genera diferentes tipos y calidades de prestaciones.
- **Contener el déficit de financiamiento público para la salud**, debido a la inadecuada composición del gasto y a las bajas condiciones de eficiencia.

- **Fortalecer las capacidades institucionales de la autoridad sanitaria nacional**, cuya actual debilidad afectan de manera especial a las funciones de conducción sectorial, regulación, supervisión y control de las intervenciones y resultados, gestión económica-financiera y generación de recursos.

Afrontar estos problemas estructurales es un requisito para construir sistemas de salud que garanticen de manera efectiva el acceso universal y equitativo, que sean solidarios y participativos, al tiempo que aseguren eficiencia, eficacia y calidad.

### Modelos de protección social en salud en América Latina: situación tras las iniciativas de reforma y privatización

En bastantes países de América Latina el sistema de protección social en salud tiene una estructura tripartita: un seguro público o estatal (pagado con impuestos generales), un seguro social obligatorio (pagado con cuota de los afiliados y alguna subvención estatal) y un seguro privado (pagado por acto o por cuotas individuales o familiares voluntarias).

En las reformas de la Seguridad Social previsional se han venido distinguiendo entre las reformas estructurales que total o parcialmente reemplazan la Seguridad Social previsional pública por seguros sociales privados, y aquellas que refuerzan la Seguridad Social previsional sin reemplazarla por seguros sociales privados.

Por otra parte, la reformulación de los sistemas de Seguridad Social genera una rediscusión de los aspectos claves o constitutivos de los programas existentes.

En gran parte de los países de la región en esa rediscusión está planteada una redefinición del rol que deben cumplir el Estado, la sociedad y el individuo en las estructuras de protección social. Ese replanteo de agentes de protección, se manifiesta, en la mayoría de países, en términos fuertemente ideologizados, y en un contexto de transferencias de actividades del sector público al sector privado. El rol estatal, fuertemente cuestionado en la actividad económica, aparece igual-

mente cuestionado en las estructuras de protección social.

Los aspectos más relevantes inmersos en los meollos de la discusión previsional a nivel regional son los siguientes:

#### Unipilaridad o multipilaridad

Uno de los aspectos centrales es la definición de niveles o pilares de cobertura. Tradicionalmente en la región los sistemas se basaron en un único pilar de protección, de carácter contributivo. La experiencia de los países desarrollados, por el contrario, estaría sugiriendo la conveniencia de establecer sistemas multipilares. No obstante, la definición en favor del diseño de un sistema multipilar no es una definición unívoca, sino que es posible estructurar diversas modalidades de multipilaridad.

Sin embargo, el carácter multipilar de un sistema de Seguridad Social parece implicar en sí dos definiciones trascendentes:

- La provisión de cobertura de los riesgos no estará a cargo de un único programa o institución.
- La pluralidad de agentes protectores en un sistema multipilar implica, generalmente, una redefinición de los roles del Estado, la sociedad y el individuo.

#### La administración del sistema

Tradicionalmente en la región, la administración de la Seguridad Social estaba atribuida a organismos públicos, bien directamente a la administración central, bien a través de entes específicos creados a tal fin en régimen de derecho público. Sin embargo, en este ámbito, uno de los de mayor trascendencia de las reformas abordadas, las circunstancias de ineficiencia y desconfianza anteriormente descritas han propiciado una amplia participación de la gestión privada que, bajo la tutela de organismos públicos al efecto, ha entrado a gestionar buena parte del sistema de Seguridad Social en sus distintos aspectos, especialmente en el campo de las prestaciones económicas y también de las sanitarias en aquellos países en que éstas han sido reformadas.

Uno de los principales retos en materia de administración de los sistemas de protección social en salud tiene que ver con la formación y desarrollo de los recursos humanos. La situación deficitaria de las prestaciones de atención sanitaria se ve agravada por la elevada movilidad de los profesionales de la salud, la falta de perspectivas profesionales y la inexistencia de incentivos para animar a los profesionales del sector a trabajar en regiones mal comunicadas y con una gran concentración de población pobre, junto con una demanda global elevada de profesionales de la salud.

### El régimen económico-financiero

Tradicionalmente en la región, los regímenes más utilizados fueron los de capitalización por prima media general (aspirando a regímenes de capitalización colectiva completa), de prima escalonada (capitalización parcial) y de reparto. En el primero, las tasas de contribución (primas) son constantes y uniformes en dos sentidos: para todas las generaciones y durante un tiempo ilimitado. En las primeras etapas el régimen acumula un nivel de reservas considerable y similar al que puede generar un régimen de capitalización individual. Los regímenes de prima escalonada, por su parte, dividen el tiempo futuro en periodos de duración preestablecida, fijando para cada intervalo una prima constante, que comúnmente es superior a la del precedente, requiriendo una reserva de nivel prefijado pero que no alcanza al correspondiente al nivel de prima uniforme. En muchos casos nacionales, incluso, los programas fueron originariamente establecidos como programas de capitalización completa o parcial pero, como resultado de malas políticas de inversión y otras asociadas y de restricciones políticas a introducir correctivos, devinieron, en los hechos, en programas de reparto.

Sin embargo, las reformas aplicadas en la región implican un tránsito desde regímenes de financiación colectiva (generalmente reparto o capitalización colectiva parcial, prima escalonada) hacia regímenes de financiación individual.

### Naturaleza de la prestación

En cuanto a la naturaleza de la prestación se reconocen dos expresiones, los regímenes de aportación definida o ahorro en los cuales la

cuantía de la prestación no es conocida a priori, y los de prestación definida.

Por regímenes de prestación definida se entiende aquellos en los cuales la legislación define la cuantía de las prestaciones o beneficios en términos absolutos o en términos relativos a un salario de referencia. En estos casos la aportación habrá de ser variable, en función de las necesidades de equilibrio financiero y es usual que, periódicamente, deben ser reconsideradas las tasas de aportación e incluso la cuantía del beneficio definido, así como las condiciones de acceso a los mismos. Este es el caso típico de los seguros sociales tradicionales.

Por regímenes de aportación definida se entiende aquellos en los cuales la legislación define la cuantía del aporte y no define la cuantía de las prestaciones o beneficios ni en términos absolutos ni en términos relativos a un salario de referencia. Este es el caso más típico de los regímenes de capitalización individual que han ido implantándose en la diversos países de la región, ya sea como componente central (vertebral) o complementario de los respectivos sistemas nacionales.

### Reformas del modelo y reformas de la administración y gestión

En gran parte de los países de la región, está planteada una redefinición del rol que deben cumplir el Estado, la sociedad y el individuo en las estructuras de protección social. Este replanteo de agentes de protección, se manifiesta, en la mayoría de países, en términos fuertemente ideologizados, y en un contexto de transferencias de actividades del sector público al sector privado, dado el cuestionamiento y falta de confianza en las Administraciones.

La administración de la Seguridad Social en América Latina se ha caracterizado por su alto costo, su burocratismo, la ausencia de criterios de eficiencia, las limitaciones en la preparación de sus cuadros y en la tecnificación de sus funciones, el enfoque predominantemente voluntarista y paternalista en sus niveles de dirección e incluso, en ciertos casos, por la existencia de diferentes grados de corrupción. Estas carencias han tenido como consecuencia la falta de controles eficaces sobre el cumplimiento de las obligaciones por parte de los contribuyentes y la falta de agilidad

en la concesión de las prestaciones, con el consiguiente desprestigio institucional. Por ello, tan importantes como las reformas legislativas son las reformas administrativas o de gestión. La calidad de la gestión es fundamental, cualquiera sea el modelo adoptado por cada país. Se ha señalado, con total acierto, que un país que sea incapaz de gestionar eficientemente un régimen público, será incapaz de regular y supervisar eficientemente un sistema privado de pensiones, y viceversa.

El desarrollo de la Seguridad Social en Latinoamérica ha estado más ligado a las relaciones de poder, en términos políticos, económicos o sindicales, que a objetivos relacionados con la justicia distributiva. Si bien existe en torno a la Seguridad Social, a nivel discursivo, una constante apelación a la solidaridad, la mayoría de los programas consagran una solidaridad de tipo corporativo, que beneficia únicamente a un determinado sector de la comunidad, en función de un determinado vínculo laboral (rama de actividad, tipo de empleador, etc.). En las modificaciones o reformas de las últimas décadas del siglo XX el principio de solidaridad no sólo no fue reforzado, sino que se ignoró o recibió una atención marginal. Todas las reformas criticaban los sistemas de la Seguridad Social de la región Latinoamericana porque habían sido incapaces de desarrollar la solidaridad y de hacer llegar la cobertura a la mayoría de la población. Sin embargo, el remedio privatizador resultó peor que la falta de cobertura de protección social en salud. De hecho, en la actualidad muchos países latinoamericanos (entre ellos Chile, Colombia, Uruguay, Bolivia, Perú y, previsiblemente en un futuro próximo, Paraguay) están realizando reformas para corregir las disfunciones derivadas de la oleada privatizadora, reforzar la solidaridad e incrementar la cobertura de protección social en salud.

### Objetivos de las reformas

En el subsector concreto de la protección social en salud, las reformas que se vienen practicando desde hace treinta años han tenido como uno de sus objetivos extender la cobertura de los servicios de salud a los sectores que carecían de ella, entre los cuales el más numeroso e importante es el de los trabajadores agrícolas y sus familiares, que en la región está constituido mayoritariamente por población originaria, indígena.

En los países menos desarrollados de la región (Guatemala, Honduras, Bolivia, Perú y República Dominicana), un todavía importante 35% de la población sigue siendo población agrícola. Excepto para los asalariados de las grandes plantaciones de agricultura de exportación, para los demás agricultores conseguir la cobertura de cualquier tipo de seguro es realmente difícil.

La inmensa mayoría de los trabajadores agrícolas trabaja fuera de las grandes explotaciones. La población agrícola está integrada mayoritariamente por campesinos propietarios de la pequeña parcela que cultivan, autopatrones o trabajadores autónomos, temporeros, aparceros y trabajadores que cobran a destajo. Todos ellos carecen de un empleador definido, o lo tienen sólo algunos meses al año. Todos ellos cuentan con bajos ingresos. Todos ellos trabajan en una agricultura de subsistencia o de casi subsistencia de escaso rendimiento de explotación y muy escaso valor económico.

Por ley, la cobertura social en salud para los trabajadores agrícolas ha venido siendo obligatoria en los últimos años según el esquema de Seguridad Social general en Argentina, Chile, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Un régimen especial para campesinos y trabajadores agrícolas está legislado en Brasil, Ecuador, México y recientemente en Bolivia.

Las reformas de Salud se realizaron después de las reformas de la Seguridad Social previsional en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, República Dominicana, El Salvador y Perú, y antes que las de la Seguridad Social previsional en Brasil, Costa Rica, México y Nicaragua. Se ha reformado el sistema de Salud sin que haya habido una reforma explícita de la Seguridad Social en Guatemala, Honduras, Panamá y Paraguay. En Uruguay, se reformó el sistema de pensiones y en este momento está en discusión iniciar la reforma del sistema de Salud. Cuba mantiene consolidado su sistema de Salud de acuerdo con las directrices estatistas de los años sesenta. En la actualidad se están reformando simultáneamente la Seguridad Social previsional y el sistema de Asistencia Social en Salud en Venezuela.

De manera general, los objetivos de las reformas, no todos ellos con efectos positivos sobre la cobertura de las poblaciones agrícolas e indígenas, han venido siendo:

- Disminuir el gasto público.
- Aumentar la eficiencia y la transparencia del sistema.
- Cambiar la forma de financiación desde un presupuesto anual fijo a un pago por servicios en lo que se teorizaba era un cambio desde financiar la oferta a financiar la demanda.
- Descentralizar funcional y territorialmente la estructura organizativa del sistema de Asistencia Social en Salud.
- Aumentar la capacidad de autogestión de los hospitales.
- Separar la función legislativa y reglamentaria de la función propiamente aseguradora, de la función de financiación y de la provisión.
- Multiplicar las estructuras proveedoras de servicios sanitarios asistenciales haciendo concurrir servicios públicos, servicios de los sistemas de Seguridad Social previsual y entes privados.
- Sobre la base de la multiplicación de las estructuras proveedoras de servicios sanitarios asistenciales, aumentar la libertad de los ciudadanos para elegir "aseguradora" y "proveedora".
- Extender la cobertura asistencial en general.
- Asegurar/garantizar la extensión de la atención primaria de Salud proveyendo un paquete básico homogéneo.
- Mejorar la calidad de los servicios.
- Aumentar la participación de la sociedad civil en el control inmediato de la provisión de servicios Asistenciales de Salud.
- Promover la equidad redistribuyendo los recursos existentes hacia zonas rurales, agrícolas y territorios indígenas.
- Promover la equidad interterritorial creando nuevos recursos en las zonas no urbanas.

## Experiencias de reformas de la protección social en salud en Europa

Al hablar de sistemas sanitarios europeos es habitual hacer una diferenciación entre los países que pueden que cuentan con sistemas nacionales de salud (Gran Bretaña, Irlanda, los países escandinavos y los mediterráneos) y los que mantienen sistemas sanitarios de Seguridad Social. No obstante, la mayor parte de los países de la UE han establecido la cobertura universal como principio básico de sus sistemas, independientemente de que se trate de un modelo de aseguramiento profesional o de servicios nacionales de salud.



En Europa se ha producido una convergencia, hacia un sistema mixto, entre los sistemas nacionales de salud (tradición Beveridge) y los sistemas de seguro social (tradición Bismarck). Los sistemas de seguro social han extendido gradualmente su cobertura hasta conseguir, prácticamente, protección universal y han sustituido el pago por servicio por remuneraciones basadas en presupuestos globales. En cambio, en los países con sistemas nacionales de salud, se han introducido incentivos por actividad, mayor elección para los pacientes y competencia entre proveedores.

En toda Europa los sistemas de atención de salud están en proceso de cambio para afrontar los

retos que plantea la demanda creciente de la atención de salud y el aumento de los costes.

Las inquietudes por el financiamiento de los servicios de salud han crecido, estimuladas por los altos niveles de desempleo y las tendencias demográficas desfavorables, que han incrementado los gastos en bienestar social. La profundización del proceso de integración económica y monetaria europea ha sido otro factor que ha impulsado las reformas del sector público. Los criterios de convergencia para la participación en la Unión Monetaria Europea, en particular los límites al endeudamiento de los gobiernos y al déficit público, junto con la preocupación persistente por el crecimiento del gasto público, promovió un enfoque más integral de la reforma del sector público. A fin de complementar las medidas para limitar los gastos globales, la mayoría de los gobiernos iniciaron un escrutinio más detallado de la organización y la gestión interna de los servicios de salud.

Las formas de afrontar las reformas han sido diversas. Por una parte, se ha tratado de introducir incentivos del mercado en los servicios públicos y de privatizar algunos aspectos de la prestación de servicios de salud. Otra tendencia ha sido la de fortalecer la gestión de los servicios del sector público, promoviendo el cambio desde un servicio administrado a un servicio gerenciado, con énfasis en los resultados en lugar de en los insumos, una gestión más profesional y responsable, el establecimiento de normas de rendimiento explícitas que incorporan medidas de calidad del servicio, la división de organizaciones grandes y uniformes en unidades empresariales pequeñas, la promoción de la competencia interna y la flexibilidad en el uso de los recursos humanos.

También ha habido más énfasis en la descentralización. En muchos países, la autonomía de los hospitales ha aumentado con la disminución de las limitaciones administrativas y la delegación de decisiones en materia de planificación del nivel nacional al nivel regional y, en algunos casos, incluso al nivel del hospital. Así, por ejemplo, una característica de las reformas realizadas en 1995 y 1996 por el gobierno de Juppé en Francia fue el requisito de que cada hospital celebrase un "contrato" con el organismo financiador basado en su "plan comercial", y la introducción de la acreditación obligatoria para todos los hospitales. Los sistemas de financiamiento para los hospitales han mejorado como consecuencia del reemplazo

de los sistemas basados en presupuestos globales que vinculan el financiamiento más estrechamente a los servicios proporcionados por el hospital. Estas reformas han requerido una gestión más compleja de los aspectos financieros y del personal en los hospitales, promoviendo el desarrollo de un cuadro de gerentes profesionales y el uso de técnicas del sector privado para mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud. Persisten dudas, sin embargo, acerca de si existe suficiente capacidad gerencial para administrar las formas cada vez más complejas de la atención regulada.

Una última tendencia es la mayor importancia de los proveedores de atención primaria en el sistema de servicios de salud. Esto refleja la creencia de que los médicos generales pueden actuar como guardianes eficaces de la atención especializada y reducir el gasto en este tipo de atención, que es más costosa, cerciorándose de que los pacientes sean tratados por el especialista apropiado. En prácticamente todos los países de Europa occidental están tomándose medidas para introducir sistemas de médicos generales o fortalecer el sistema actual de atención primaria.

A continuación se ofrece una síntesis de las experiencias de reforma de los sistemas de salud en España y en Francia.

## España<sup>1</sup>

En la historia de la protección social en España pueden diferenciarse cuatro grandes etapas. Una primera de creación y lenta implantación de los seguros sociales, que ocupa el primer tercio del siglo XX. Una segunda, durante la II República, que planteó ambiciosos objetivos en la protección social y que, como otros muchos proyectos, fue dramáticamente truncada. La tercera arranca en plena Guerra Civil, en la zona franquista, y culmina con la Ley de la Seguridad Social en 1967. La cuarta etapa comienza en la Transición, con los Pactos de la Moncloa de 1976, y se caracteriza

---

<sup>1</sup> La experiencia de reforma del sistema de salud en España está tomada de Sevilla, F. (2006): *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*. Madrid, Fundación Alternativas. Documento de trabajo del Laboratorio Alternativas 86/2006.

por el desarrollo máximo posible de la Seguridad Social, mediante la extensión de la protección a diferentes colectivos o la creación de las pensiones no contributivas, así como por las reformas en su financiación y en los requisitos para acceder a las prestaciones económicas para garantizar la viabilidad del sistema. Esta etapa se mantiene hasta la actualidad con los grandes acuerdos políticos y sociales, especialmente el conocido como Pacto de Toledo (1996), para dar estabilidad y sostenibilidad al sistema de protección social en España.

El desarrollo de la protección social durante la dictadura franquista tuvo uno de sus pilares en la asistencia sanitaria, con un modelo orientado exclusivamente a tratar la enfermedad y aliviar su impacto, no a promover la salud, y dio lugar al desarrollo del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). En esa época la asistencia sanitaria, excepto para las personas sin recursos, que eran atendidos por la beneficencia, era exclusivamente privada. La salud pública, por otro lado, entendida exclusivamente como prevención de la enfermedad y no como promoción de la salud, se reguló en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, que sustituyó a la de Beneficencia de 1849.

De esta forma se estableció, en los años cuarenta, el esquema del sistema de protección ante la enfermedad que estuvo vigente hasta finales de los años setenta del siglo XX. Por un lado, la prevención, especialmente en todo lo relacionado con las enfermedades infectocontagiosas, dependía de la Administración local y de la Dirección General de Sanidad ubicada en el Ministerio de Gobernación. Por otro, la asistencia sanitaria se basaba en el sector privado con o sin ánimo de lucro, como la red hospitalaria de Cruz Roja, excepto aquellas situaciones asumidas por el Estado, que incluían la asistencia de beneficencia o el tratamiento de determinadas patologías infectocontagiosas, como la tuberculosis, para lo que se crearon diferentes centros monográficos. El SOE, en este entorno, se concibió como un sistema de protección complementario para cubrir los gastos derivados de la enfermedad (los jornales perdidos por los asegurados y el coste de los servicios sanitarios).

El sistema sanitario asistencial se concibió, en consecuencia, de forma estratificada en tres niveles: beneficencia, asistencia privada y un nicho, el SOE, que, sin embargo, acabaría convirtiéndose en el sistema mayoritario en pocos años. La crea-

ción del SOE tuvo una importancia clave en el desarrollo de la asistencia sanitaria en España, ya que acabó imponiéndose como el sistema hegemónico de la sanidad, desplazando al resto de los sistemas de cobertura, y su base ideológica y esquema organizativo se han perpetuado, a pesar de los sucesivos intentos de reforma realizados.

La Ley de Bases de la Seguridad Social, aprobada en 1963 y en vigor desde enero de 1967, tenía como uno de sus principios organizativos la unidad, a pesar de lo cual consolidó la fragmentación del sistema previo de protección social. El régimen general se creó para los trabajadores por cuenta ajena, pero se respetaron muchos de los esquemas de protección preexistentes, como el de los estudiantes, y se facilitó el desarrollo de otros nuevos, como el agrario o el de la minería del carbón, al crearse los denominados regímenes especiales diferenciados del Régimen General, que difieren entre sí en los requerimientos para la afiliación, la financiación, y los servicios y prestaciones establecidos. La Ley de Bases de la Seguridad Social, en relación con la atención sanitaria, es plenamente congruente con la ya clásica segmentación del sistema español entre salud pública y asistencia sanitaria, y dentro de ésta, entre beneficencia y Seguridad Social; y, además, consolidó la diferenciación entre enfermedad profesional y accidente de trabajo, por un lado, y enfermedad común y accidente no laboral, por otro.

Los años de la transición a la democracia, en teoría la ocasión más propicia para llevar a cabo reformas en profundidad, no representaron para la sanidad pública ninguna transformación. La Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en España, durante la Transición, era el referente de lo que se entendía como sistema sanitario público, al dar cobertura a más del 80% de los ciudadanos en los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad. Sin embargo, la característica principal del periodo en materia sanitaria era su fragmentación a todos los niveles. En España, en 1976, existían diferentes sistemas de protección con financiación pública, múltiples redes asistenciales públicas, las mutualidades laborales asumían la enfermedad profesional y el accidente laboral, era notable la desconexión de las actividades asistenciales con las actuaciones de salud pública y la denominada sanidad nacional, y la atención a la enfermedad mental no estaba cubierta por la Seguridad Social.

La Seguridad Social era el referente porque era el principal financiador de la asistencia sanitaria y daba cobertura a un 82% de la población; pero también, y a diferencia de otros sistemas de Seguridad Social europeos, porque era el prestador hegemónico de los servicios a través de los centros propios, hospitales y ambulatorios, y los profesionales empleados directamente.

El año 1978 es un año crucial por la aprobación de la Constitución, que reconoce el derecho a la protección de la salud y crea el Estado de las Autonomías, y también porque en dicho año y mediante el RD-Ley 36/1978, se procede a una reorganización de todo el sistema de Seguridad Social que pretende su simplificación y racionalización. La creación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), dispuesta en esa norma, puso las bases para que toda la acción protectora en relación con la salud se integrara en una única entidad.

La Constitución de 1978, además de establecer el derecho a la protección de la salud de todos los españoles, conformó el Estado como un Estado de las Autonomías, en el que consideró competencias de la Administración General del Estado las de Seguridad Social, mientras que atribuía a las comunidades autónomas (CC AA) las relacionadas con la sanidad nacional. De esta forma se pusieron las bases para un sistema sanitario descentralizado políticamente. Por un lado, las materias de salud pública, planificación sanitaria y servicios asistenciales de la sanidad nacional pasaron a ser competencia de las CC AA por mandato constitucional. Por otro, en materia de asistencia sanitaria, se iniciaron las transferencias como consecuencia de la construcción del Estado autonómico.

En 1986 se promulgó la Ley General de Sanidad (LGS). En sus principios, la LGS define un modelo tipo Servicio Nacional de Salud, adaptado a la estructura del Estado de las Autonomías, al que denomina Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, en su desarrollo posterior la propia Ley, en lugar de regular el derecho como un derecho de todos, vincula el acceso a las prestaciones sanitarias a la extensión de la cobertura de la Seguridad Social, mantiene como un elemento básico en la financiación las cotizaciones sociales y relega a una disposición transitoria, nunca desarrollada, la integración de todos los sistemas de aseguramiento sanitario existentes. Todo esto ha dado

lugar a la actual superposición de sistemas existentes en relación con la protección sanitaria.

A finales de los años ochenta se había alcanzado de facto la universalización, entendida como cobertura con financiación pública. El Gobierno adoptó diferentes disposiciones para extender la acción protectora de la Seguridad Social al máximo de colectivos posibles, de manera que la cobertura alcanzaba al 96,1% en 1986, año de aprobación de la LGS, y al 99,8% en 1991, una vez incorporados los padrones de beneficencia municipales mediante su asimilación al Régimen General de la Seguridad Social.

El SNS no sustituyó a la Seguridad Social como forma de organizar la protección de la salud, sino que se superpuso a ella, consagrando en la práctica un sistema de una gran complejidad que ha persistido, sin grandes contradicciones aparentes, debido a la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que da cobertura idéntica en materia sanitaria tanto al Régimen General de la Seguridad Social como a los regímenes especiales, con una extensión de alrededor del 95% de la población, y que constituyen, en la práctica, el colectivo sobre el que desarrolla sus actuaciones el SNS.

En 1988 se tomaron dos decisiones trascendentales orientadas a facilitar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La primera, la extensión de la cobertura sanitaria a los ciudadanos sin recursos englobados en los padrones de beneficencia municipales y atendidos hasta entonces por las entidades locales, mediante su asimilación al régimen general de la Seguridad Social. La segunda, el cambio en las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria que, de financiarse por las cuotas a la Seguridad Social, pasó a ser financiada por todos los ciudadanos españoles a través de los impuestos, mediante una aportación finalista desde los Presupuestos Generales del Estado a la Seguridad Social y de forma residual por cotizaciones sociales. Así, en 1989 la aportación finalista del Estado a la Seguridad Social para la financiación de la asistencia sanitaria fue superior al 70% del presupuesto, siendo la participación de las cuotas de la Seguridad Social inferior al 30%, porcentaje que fue disminuyendo hasta ser inferior al 5% en el presupuesto de 1998 y desapareciendo en 1999. Es importante señalar que el cambio de fuentes en la financiación pudo realizarse mediante una operación contable que en su

momento no tuvo coste alguno para la Seguridad Social, al sustituirse la aportación del Estado para las pensiones no contributivas por la aportación para la prestación sanitaria.

Estas reformas se realizaron sin tocar el concepto de caja única de Seguridad Social que canalizaba toda la financiación de la asistencia sanitaria, como ocurre con la de todas las demás prestaciones de la institución, ni la característica de la prestación.

La universalización de hecho en la utilización de la asistencia sanitaria pública en este periodo y la mejora en las condiciones de la prestación del servicio por el aumento en calidad y cantidad de los profesionales del sistema, así como el desarrollo de nuevas estructuras como los centros de salud y diferentes hospitales, son realidades innegables y de gran valor. Sin embargo, la ausencia de una política sanitaria mantenida y de un modelo de sistema sanitario definido, como consecuencia de las contradicciones no resueltas, provocó una pérdida progresiva de legitimidad, fundamentalmente en los colectivos no usuarios del sistema y en las élites administrativas, al no ser capaces de desarrollar lo dispuesto en la LGS, ni de incorporar las reformas necesarias para hacer frente a los nuevos retos que ya eran evidentes.

La universalización de la atención sanitaria, dada la situación de hecho (una cobertura de financiación pública que alcanza al 99,8% de los ciudadanos, de los que el 95% son responsabilidad del SNS) es factible, tanto legal como económicamente. El reto, por tanto, es fundamentalmente de naturaleza política y, dada la historia y la realidad actual de la protección social en España, seguramente corresponderá a la Seguridad Social impulsar el desarrollo de aquellas medidas que cierren el proceso de construcción del SNS en todo lo relacionado con la universalización.

La universalización de la atención sanitaria en España puede realizarse bien como prestación de ciudadanía o como prestación no contributiva dentro de la Seguridad Social. El único problema real que existe para la universalización es abordar de forma homogénea la cobertura del 5% de la población española que disfruta de sistemas de cobertura "especiales".

Junto a la universalización, el otro gran reto del sistema de salud español es el de mantener la

necesaria coherencia y equidad territorial en un contexto altamente descentralizado, en el que la financiación de los servicios sanitarios se plantea a veces más como un mecanismo al servicio de la identidad territorial que como un instrumento de cohesión social<sup>2</sup>. Es importante tener en cuenta que la descentralización territorial del sistema de salud español tiene también muchos aspectos positivos: ha permitido que los centros de decisión se acerquen al usuario, ganando en conocimiento de las necesidades, de los problemas y de las expectativas de las personas; ha abierto a las regiones la posibilidad de diseñar modelos organizativos propios; ha impulsado la experimentación organizativa y ha posibilitado mejoras sustanciales de la calidad de atención a través de la incorporación, en cada territorio, de las mejores prácticas desarrolladas en el resto de las regiones. La experiencia ha demostrado que la descentralización del sistema sanitario no es incompatible con el mantenimiento de un alto nivel de equidad en el acceso a la sanidad pública.

## Francia

En Francia, el financiamiento de la salud se organiza en base a cuatro principales actores:

- Los regímenes del Seguro de Enfermedad obligatorio que financian un poco más de tres cuartos de los gastos de asistencia sanitaria.
- El Estado y las colectividades locales (fundamentalmente gastos de prevención, cobertura de enfermedad universal y Ayuda Médica del Estado).
- Los organismos de seguro complementario (las mutuas, las compañías de seguro privadas y los organismos de previsión).
- Las unidades familiares.

El Seguro de Enfermedad obligatorio es el actor principal del financiamiento de la salud en Francia. Gestionado por los actores sociales bajo la

---

<sup>2</sup> El peligro de fragmentación del sistema sanitario español ha sido resaltado recientemente por Pedro Rey Biel y Javier Rey Castillo en su artículo *¿Diecisiete sistemas distintos de salud?*, publicado en el diario El País (6 de mayo de 2008).

tutela del Estado, el Seguro de Enfermedad constituye una de las ramas de la Seguridad Social, junto con la protección a la familia y a la vejez. El conjunto de la población está cubierto por el Seguro de Enfermedad, generalmente sobre una base profesional (asegurado) o familiar (derechohabiente).

En Francia, la instauración del Seguro de Enfermedad se lleva a cabo por varios regímenes. El más importante es el Régimen General de la Seguridad Social, que cubre a los asalariados de la industria, del comercio y de los servicios, así como a sus familias, o sea, a un 80% de la población.

El Seguro de Enfermedad se financia a través de las cotizaciones basadas en los sueldos y en los ingresos de actividades, así como, en menor cantidad, mediante impuestos. En lo que se refiere a los asalariados, estas cotizaciones, directamente deducidas del importe del sueldo bruto, se comparten entre el trabajador y la empresa (a excepción de las cotizaciones para la familia, pagadas únicamente por las empresas). En resumen, la financiación de la protección social está constituida por un 70 % de cotizaciones, un 17 % de impuestos y un 13 % de aportes públicos. La proporción de financiación que suponen los impuestos se ha incrementado en los últimos años con la instauración de la contribución social generalizada (CSG), cuyo rendimiento es hoy mayor que el del impuesto sobre la renta, y de la contribución para el reembolso de la deuda social (CRDS). Estas dos contribuciones se perciben tanto en los ingresos del trabajo como en los del patrimonio.

El Seguro de Enfermedad garantiza a todos los asegurados, así como a sus derechohabientes, la cobertura de sus gastos de asistencia sanitaria, cualquiera que sea su renta y por ende su contribución al Seguro de Enfermedad. La cobertura de enfermedad universal (CMU) completó el acceso universal al Seguro de Enfermedad básico, permitiendo a decenas de miles de personas sin ningún régimen de afiliación, el acceso a la cobertura del régimen general.

La estructura de financiación del Seguro de Enfermedad se ha modificado profundamente a lo largo del último decenio. Poco a poco, dejó de apoyarse sólo en las cotizaciones procedentes de las retribuciones y rentas profesionales. La creación

en 1991 de la contribución social generalizada (CSG), a la que están sujetos no sólo los activos sino también los jubilados y algunas rentas del patrimonio, permitió ampliar la base de financiación del Seguro de Enfermedad. En 1999, por la Ley 99-641, de 27 de julio, se universaliza el derecho de asistencia sanitaria, posibilitando eficazmente el acceso a los servicios de salud a colectivos muy numerosos de personas con una economía débil, potenciando la solidaridad y la redistribución de la renta y profundizando en la igualdad. Al mantener el carácter contributivo del seguro de enfermedad, se crea un nuevo modelo que alcanza los objetivos de los sistemas Beveridge (la protección de todos los residentes), manteniendo una financiación típica del sistema Bismark (cotización).

## Experiencias de reformas de la protección social en salud en América Latina

Si bien estas reformas estructurales son las que han predominado en Iberoamérica en las últimas décadas, es cierto también que no ha sido así en todos los casos (por ejemplo Brasil) y que esas transformaciones han tenido intensidad diferente en los distintos países. A continuación, se ofrece un repaso de algunas de estas experiencias:

### Argentina

El caso argentino estableció, a partir de su vigencia en julio de 1994, la primera reforma en la región que creó un sistema mixto, en tanto los afiliados al régimen de capitalización individual, sin perjuicio de las prestaciones que él mismo otorga, tienen derecho a percibir determinadas prestaciones del régimen previsional público, de reparto, las denominadas Prestación Básica Universal (PBU), Prestación Compensatoria (PC) y Prestación Adicional por Permanencia (PAP).

A diferencia del modelo chileno, en que la provisión de beneficios por parte del estado es residual, en el caso argentino, ciertas prestaciones previsionales a cargo del estado alcanzan a todos los afiliados y no sólo a los que no se hubiesen incorporado al régimen de capitalización individual. La reforma argentina, además, introdujo la centralización de recaudación a cargo del sector público y la generación de un proceso de distribu-

ción de la misma entre los diferentes agentes gestores del sistema.

La adscripción o afiliación es obligatoria tanto para los trabajadores dependientes como para los no dependientes, tal como ya era en los regímenes anteriores, con excepción de aquellos comprendidos en regímenes previsionales provinciales, municipales, de defensa y seguridad, etc.

El régimen mixto se compone de dos elementos obligatorios para todos los afiliados: a) el programa público reformado que paga una pensión básica y b) el programa de capitalización individual administrado por las Administradoras de Fondos de Jubilación y Pensión (AFJP) que paga pensiones complementarias.

Adicionalmente, el régimen público, para aquellos cotizantes al régimen anterior, en lugar de emitir un bono de reconocimiento como en Chile, reconoce la denominada Pensión Compensatoria (PC), que es una suma equivalente a 1,5% de la remuneración promedio de los 120 meses efectivamente percibidos con anterioridad a la fecha de solicitud de la prestación o cese laboral, multiplicado por la cantidad de años aportados al sistema previsional anterior.

Finalmente, la Prestación Adicional por Permanencia (PAP) es una suma equivalente al 0,85% de la remuneración promedio de los 120 meses efectivamente percibidos con anterioridad a la fecha de solicitud de la prestación o cese laboral, multiplicado por la cantidad de años aportados al nuevo modelo. La suma de PBU, PC y PAP, es el importe que como prestación por vejez recibirán los trabajadores que opten por el Régimen de Reparto.

Quienes hayan optado por el modelo mixto o régimen de capitalización, además de la PBU y la PC (si hubieren cotizado al régimen anterior), tendrán derecho a percibir una renta vitalicia o un retiro programado, calculado de manera similar al caso chileno.

A diferencia de las prestaciones por vejez en el componente de capitalización individual (jubilación ordinaria), las pensiones por invalidez y supervivencia están definidas en su cuantía en el texto legal, cubriéndose a través de un seguro colectivo, similar al previsto en el caso chileno.

Las condiciones de acceso a las prestaciones del régimen de reparto son el cumplimiento de 65 ó 60 años, para hombres y mujeres, respectivamente y 30 años de servicios con aportes computables a alguno de los sistemas previsionales con convenios de reciprocidad con el sistema nacional.

La percepción de las prestaciones por vejez que otorga el SIJP es compatible con el trabajo por cuenta ajena y por cuenta propia. Los trabajadores en tales condiciones están obligados a cotizar, aún cuando su cotización servirá para la financiación del Fondo Nacional de Empleo.

Los trabajadores por cuenta ajena cotizan el 11% (transitoriamente y como consecuencia de la grave crisis vivida por el país, a finales de 2001 esta cotización se redujo al 5% y actualmente se encuentra en proceso de recuperación paulatina de su nivel anterior) de sus remuneraciones, sujetas a un techo o tope.

Los empleadores cotizan el 16% de las remuneraciones con la misma limitante. Los trabajadores por cuenta propia cotizan el 27% de un ingreso presunto, determinado en función de categorías preestablecidas.

Las AFJP son sociedades con objeto exclusivo y deben contar con un patrimonio mínimo. Se asegura, al igual que en el caso chileno, la separación patrimonial entre el fondo de pensiones y el de la AFJP.

La asistencia sanitaria se presta a través de las Obras Sociales y prestadoras de servicios de salud bajo la supervisión de la Superintendencia de Salud dependiente del Ministerio de Salud.

Una reciente reforma, aún en fase de desarrollo, introduce importantes modificaciones en el sistema de pensiones argentino, como son la posibilidad de cambio de sistema (capitalización o reparto cada 5 años), la adscripción al sistema de reparto de quienes no opten por el de capitalización, la reducción de las comisiones de las AFJP, la unificación de la gestión de las pensiones de invalidez y supervivencia o la reversión al sistema de reparto de los capitales aportados cuando estos no alcancen un cierto nivel de cobertura.

## Bolivia

En los últimos años, Bolivia ha impulsado importantes políticas de aseguramiento público con la lógica de entrega de paquetes de prestaciones para la recuperación de la salud, especialmente de los niños y las madres; estos esquemas de aseguramiento se iniciaron a mediados de los años noventa con el Seguro Básico de Salud, y más recientemente con el desarrollo del Seguro Materno Infantil y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Este último esquema ha tenido como fin anular la barrera económica de acceso a la población, sobre todo en centros urbanos y rurales con disponibilidad de servicios de salud. Sin embargo, este sistema de aseguramiento no ha conseguido llegar a la población originaria, rural y dispersa, que continúa excluida de los sistemas de protección social en salud. Un estudio realizado por la Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPE) en 2005, señala que 70% de la población boliviana padece alguna forma de exclusión de los sistemas de protección social en salud.

Mediante la Ley 1551 de Participación Popular, promulgada en 1994, se planteó el proceso de descentralización de los recursos de coparticipación tributaria desde el Estado hacia los municipios, con un criterio per cápita. Esta Ley también determinó la transferencia de la administración de los establecimientos educativos y de salud a los gobiernos municipales. En 1995 se decretó la Ley 1654 de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, como un sistema unitario de la República que otorgó la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico y administrativo a nivel departamental.

Con el propósito de impulsar más la descentralización política y administrativa del país, en julio de 2006, la población boliviana participó de un referendo autonómico en el que se amplió la descentralización por la vía de los Gobiernos Departamentales. Sin embargo, los municipios más pobres fueron los que tuvieron las mayores dificultades para el desarrollo local en salud, debido a su limitada capacidad de gestión y movilización de recursos.

En el año 2001, el Ministerio de Salud y Deportes evaluó las funciones esenciales de salud pública y

el mejor desempeño se identificó en las funciones de participación de los ciudadanos en salud y desarrollo de políticas y capacidad de planificación; un desempeño de medio a inferior correspondió a las funciones de investigación y soluciones innovadoras, acceso equitativo a los servicios, garantía y mejoría de la calidad, y desarrollo de recursos humanos. Este diagnóstico es compatible con las dificultades de integración y extensión de cobertura del Sistema de Salud en Bolivia.

El país carece de una ley general de salud, aunque dispone de un amplio régimen sanitario que requiere ser sistematizado y actualizado en un código de salud o enmarcado en una Ley de Salud. Existen dos códigos: el de la Seguridad Social (1948), que aún regula el régimen tripartito de aseguramiento en salud, y el Código de Salud (1967), que regula los sectores público y privado; ambos han quedado descontextualizados ante la emisión de nuevas disposiciones legales como la Ley de Participación Popular (1994), la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (2003) y otras conexas como la Ley de Sangre Segura.

Recientemente el Gobierno de Bolivia ha emitido el documento *Bases de la Política Nacional de Salud*, para la cual se identifican tres ejes estratégicos principales: i) el abordaje de la salud desde la perspectiva de los condicionantes y determinantes de la salud, con la meta de eliminar la desnutrición en los menores de 5 años; ii) el fortalecimiento del papel rector de la autoridad sanitaria nacional en el proceso autonómico y de descentralización, y iii) la participación popular en salud.

Según el *Plan Estratégico de Salud 2006-2010*, se prevé que en el año 2010 se finalice la implementación de un sistema único de salud con acceso universal, respetuoso de las culturas originarias y enriquecido con la medicina tradicional, inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado.

## Brasil

El caso de Brasil representa, en Iberoamérica, la principal excepción al proceso de reformas estructurales seguido en la mayoría de los restantes países.

Así, en Brasil no se ha planteado este tipo de reforma sino que, más en concordancia con el mo-

delo europeo, se ha optado por modificaciones parciales para la adecuación del sistema, especialmente en la forma de cálculo de las prestaciones de vejez para lograr una mayor equivalencia entre cotizaciones y prestaciones, ponderando a estos efectos la expectativa de vida del beneficiario en el momento de acceder a la pensión y el tiempo e importe de las contribuciones efectuadas, actualizadas mediante la aplicación de una "alicuota". Todo ello conforme al denominado "factor previsional" que se aplica a una base reguladora (salario de beneficio) constituida por la media de los mejores salarios de contribución correspondientes al 80% del total del período contribuido.

Con relación a la asistencia sanitaria, ésta se presta a través del Sistema Único de Salud (SUS) que gestionan, a nivel estatal, federal y municipal, respectivamente, el Ministerio de Salud, las Secretarías Estatales de Salud y las Secretarías Municipales de Salud, con participación de la iniciativa privada a través de conciertos a contratar suscritos preferentemente con entidades sin ánimo de lucro.

## Colombia

En el caso colombiano la ley 100 de 1993, vigente desde abril de 1994, denominada "Sistema General de la Seguridad Social Integral", crea el Sistema General de la Seguridad Social Integral (SGSSI), formado por un conjunto de entidades públicas y privadas y por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios. Eliminó el monopolio del Estado en la prestación de servicios de seguridad social, estableciendo un sistema competitivo, abriendo la participación al sector privado y opciones a los asegurados. Esta Ley ha sido posteriormente modificada por la Ley 797.

El Sistema General de Seguridad Social Integral está conformado por:

- El **Sistema General de Seguridad Social en Salud**, cuya finalidad es proteger la salud, creando los mecanismos y las condiciones para que toda la población residente en Colombia tenga acceso a la salud en todos los niveles de atención.
- El **Sistema General de Pensiones**, cuya finalidad es proteger a la población

contra los riesgos de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de pensiones y prestaciones sociales. También propende por ampliar progresivamente su atención a las personas que no están cubiertas por el sistema de pensiones.

- El **Sistema de Riesgos Profesionales**, destinado a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de las consecuencias derivadas de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles en el trabajo que desarrollan.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud se establece un plan obligatorio de salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional, organizado y garantizado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) directamente o contratando la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas y privadas, complementado por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

En el Sistema General de Pensiones (SGP), el porcentaje de cotización para la pensión de vejez es del 10%, calculado sobre el Ingreso Base. Para Salud la cotización es del 12%, del que dos tercios son a cargo del empleador y un tercio a cargo del trabajador.

Para la financiación de la pensión de invalidez, la pensión de supervivientes y para los gastos de administración del SGP, incluida la prima del reaseguro con el Fondo de Garantía, el porcentaje de aporte, tanto para el ISS como para los Fondos de Pensiones, es del 3,5%. El empleador asume el 75% del total de la cotización y el trabajador el 25%. Los trabajadores independientes son responsables de la totalidad de las cotizaciones. Los trabajadores cuyo salario base de cotización sea igual o superior a 4 salarios mínimos legales mensuales vigentes, deben cotizar un 1% adicional, a cargo del trabajador, con destino al Fondo de Solidaridad Pensional.

Este fondo tiene por finalidad complementar las aportaciones del Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural o urbano, que carezcan de recursos para efectuar la totalidad de las aportaciones.

El SGP está compuesto por dos regímenes excluyentes entre sí: el tradicional del ISS o Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el de los Fondos Privados de Pensiones o Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. En el primero, las aportaciones de los afiliados y sus rendimientos constituyen un fondo común de naturaleza pública, que garantiza el pago a los beneficiarios de la pensión de vejez, de invalidez o de supervivientes, o una indemnización sustitutiva, previamente definida. El segundo está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y de sus respectivos rendimientos financieros y garantía de pensión mínima.

Los asegurados mayores de 35 años en el caso de las mujeres y de 40 en el caso de los hombres pudieron mantener sus antiguas condiciones de acceso. Los menores de esas edades y quienes ingresan al mercado de trabajo quedaron preceptivamente comprendidos en el nuevo sistema.

El programa privado está administrado por Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP). Las SAFP deben tener autorización de la Superintendencia Bancaria y deben constituirse en forma de sociedades anónimas o de instituciones solidarias. El programa público se administra por el Instituto de Seguros Sociales (ISS).

En asistencia sanitaria confluyen igualmente un gestor público, el ISS, y gestoras privadas, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), bajo la tutela de la Superintendencia Nacional de Salud. En la gestión del régimen subsidiado intervienen además otros organismos públicos.

## Costa Rica

En el marco de la reforma del Estado, en 1994 se inició la reforma del sector salud de Costa Rica con una agenda que comprendía cuatro componentes: rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud; fortalecimiento institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); nuevo sistema de reasignación de recursos financieros, y readecuación del modelo de atención. Para impulsar el proceso de reforma el país recurrió a préstamos del BID y del Banco Mundial por 4,3 y 22 millones de dólares, respectivamente, así como a la cooperación técnica de la OPS/OMS.

Los requerimientos de modernizar el Sector Salud, se inician a partir de la promulgación de la Ley No 7374, de noviembre de 1993, que establece una nueva pauta en este Sector. Los servicios de atención a las personas se trasladan del Ministerio de Salud a la CCSS, con lo cual se permitía que el Ministerio asumiera el ejercicio de la Rectoría del Sector Salud.

En la CCSS, se desarrolla una estrategia con énfasis en el primer nivel de atención, mediante la conformación de las áreas de salud y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que se constituyen en el paso fundamental hacia un nuevo modelo de atención integral y universal en salud. La nueva conceptualización del proceso de salud, implicó pasar del modelo predominante que se fundamentaba en los factores biológicos y centraba su atención en la dimensión individual de la enfermedad, que excluía el medio familiar y laboral, a un enfoque integral de la salud que se define de la siguiente forma: *"El modelo se caracterizará por un enfoque biosicosocial del proceso de salud-enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria. El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla principalmente a la familia, la comunidad y el ambiente."*

Otro paso fundamental lo constituye la promulgación de la Ley No 7852 "Desconcentración de Hospitales y Clínicas (dic. 1998), que otorga mayor autonomía en la gestión presupuestaria, la contratación administrativa y el manejo de los recursos humanos. Se crean las Juntas de Salud como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo, el financiero y la promoción de la participación ciudadana.

La CCSS integra los servicios de salud en una red para que su funcionamiento estimule el desarrollo de la competitividad, el trabajo en equipo y el aumento de la capacidad resolutoria en cada nivel y unidad prestadora de los servicios. Dentro de este nuevo contexto institucional, el modelo de gerencia se orienta a:

- Desarrollar la capacidad de toma de decisiones.

- Lograr una adecuada gestión de los recursos humanos, físicos y financieros.
- Incentivar las competencias gerenciales en los establecimientos.
- Lograr una cultura organizacional corporativa, que promueva un mayor compromiso e identificación del personal con la organización y con sus valores, mediante un enfoque de servicio al usuario.
- Potenciar la participación real o efectiva de la comunidad.
- Promover la gestión desconcentrada de los aspectos logísticos, tecnológicos y de infraestructura física.

Los cambios en el proceso de reforma del Sector Salud, en la CCSS se concentraron en el primer nivel de atención, en donde se reorganizaron los servicios bajo una nueva concepción del proceso de salud y un modelo administrativo que implicó la delimitación física y geográfica de las áreas de salud así como la redefinición de grupos poblacionales en Sectores (EBAIS), que constituyen las unidades básicas de atención.

Con respecto a la organización del primer nivel de atención, se estructuran 97 áreas de salud en todo el territorio nacional, definidas como unidades geográficas, de población y de gestión, caracterizadas por un perfil epidemiológico determinado. Estas áreas están conformadas por 812 sectores distribuidos en todo el país. En cada sector se instala un EBAIS conformado por un médico general, un auxiliar de enfermería, técnicos de atención primaria, un técnico en farmacia y un técnico en registros médicos. Este equipo tiene la responsabilidad de otorgar la atención integral de la salud en el primer nivel de atención a las personas, las familias y la comunidad. Le corresponde atender una población aproximada de cuatro mil habitantes, asistido por un Equipo de Apoyo ubicado en el Área de Salud. El Equipo de Apoyo está conformado por profesionales en odontología, trabajo social, enfermería, farmacia, nutrición, medicina familiar y comunitaria y microbiología, con la responsabilidad de orientar, apoyar, capacitar y elevar el nivel resolutivo de los EBAIS.

Por su parte, el segundo y tercer nivel de atención lo constituyen los servicios especializados y con

mayor capacidad resolutiva (Áreas de Salud, hospitales periféricos, regionales, nacionales y especializados).

## Chile

El sistema nacional chileno de cobertura de riesgos, anterior a la reforma, se caracterizaba por su amplísima cobertura y alto grado de estratificación. En efecto, su sistema se desarrolló en forma gradual y estratificada durante los primeros 70 años del siglo XX, mediante concesiones estatales a grupos de presión poderosos.

En 1981, se aprueba la reforma que da origen al sistema actual, que presenta las siguientes características:

El bono de reconocimiento es un instrumento emitido por el Instituto de Normalización Previsional que representa el valor estimado del capital necesario para pagar la pensión que teóricamente el afiliado tenía devengado en el antiguo régimen previsional al momento de su traspaso al nuevo. El valor del bono se transfiere a la cuenta de capitalización del trabajador, incluyéndose en el saldo acumulado que se utiliza para financiar su pensión. Finalmente el bono es abonado por el Estado a la Administradora que hubiere elegido el trabajador.

La cotización base que los afiliados deben ingresar en la cuenta de capitalización individual es del 10% de la remuneración imponible (existe un monto máximo de remuneración imponible). La cotización por asistencia sanitaria es del 7%. Además, el afiliado puede depositar en su cuenta de capitalización individual cotizaciones voluntarias adicionales, con el objeto de acrecentar su saldo y lograr de esta manera incrementar el monto de la pensión o adelantar la edad de jubilación. O, en el caso de la asistencia sanitaria prestada a través de la ISAPRES, a mejorar también el plan de salud.

Los beneficios están directamente relacionados al esfuerzo que realizan los afiliados como cotizantes durante su vida laboral, de modo que mientras mayor sea el fondo que acumulan en la cuenta individual, más alta será la pensión que podrán obtener. Y de esta manera, el riesgo de longevidad es asumido por el afiliado.

Se otorga amplia libertad de elección a los afiliados, en términos de poder escoger y cambiar la Administradora de su preferencia mientras se encuentran cotizando, lo que hace al sistema fuertemente competitivo. Una segunda modalidad de prestación es contratar una renta vitalicia, traspasando el riesgo de longevidad a una compañía de seguros. Es posible también optar por una fórmula combinada. Una tercera modalidad, intermedia, se encuentra en la renta temporal con renta vitalicia diferida. En este caso, el afiliado conserva la propiedad del saldo de su cuenta individual durante un tiempo determinado -operando con retiros programados- y a partir de una fecha que él define, traspasa el riesgo de longevidad a una compañía de seguros, obteniendo una renta vitalicia con el saldo de su cuenta individual.

Para los riesgos de invalidez y fallecimiento del afiliado opera un mecanismo de seguro colectivo obligatorio mediante el cual la Administradora se hace responsable de que sea ingresada en su cuenta individual una suma equivalente a la diferencia entre el saldo acumulado a la fecha del siniestro y el capital requerido para financiar la respectiva pensión.

La administración del nuevo modelo está confiada a Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Son sociedades anónimas, de objeto exclusivo. Y la asistencia sanitaria es prestada por ISAPRES que funciona también bajo la tutela de la Superintendencia de Salud.

El funcionamiento del nuevo modelo y de sus agentes administradores privados está regulado y supervisado estrictamente por la Superintendencia referida. Actualmente, se encuentra en tramitación una nueva ley que perfecciona el sistema previsional y que, entre otras cuestiones, prevé cambios institucionales, introduce paulatinamente la obligatoriedad de afiliación de los no dependientes y establece una Pensión Básica Solidaria financiada por el Estado.

## Guatemala

El proceso de Reforma se inició en el país en 1996 con el "Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud" financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Los componentes con mayor avance son los de re-

forma financiera y de extensión de cobertura. En este último se incluyó el seguro social con algunas modificaciones en dos departamentos. En el año 1997 se publicó el nuevo Código de Salud como Decreto Legislativo 90-97 que fortaleció la función rectora del Ministerio de Salud. Dentro de la organización funcional del Ministerio, la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud es la instancia responsable de dictar la normativa y velar por su cumplimiento a través de acciones de monitoreo y supervisión, asumiendo tanto la regulación interna del mismo Ministerio como de entes externos relacionados con salud, fortaleciéndose de forma estructural la función rectora.

Uno de los procesos de cambio que ha sido más notable es la extensión de cobertura de los servicios de salud enfocada a los grupos de población más vulnerable, institucionalizada dentro la estructura de la Dirección General de Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS). Actualmente se mantiene dicha organización pero no cuenta con el respaldo presupuestario específico que permita su total funcionamiento y sostenibilidad.

La reforma financiera ha permitido el traspaso de responsabilidades a niveles subnacionales, ya que son las Direcciones de Áreas de Salud las responsables de programación y ejecución del presupuesto asignado, y establecer convenios con prestadoras y administradoras localmente para la prestación de atención que se regula y define por medio de contratos.

En los últimos años la reforma del sector ha permitido mejorar el acceso a los servicios de salud de la población con mayor postergación, de manera que el acceso se incrementó en 66% de 1990 a 2004. El 50% de los departamentos con mayor proporción de población indígena cuentan con por lo menos el 30% de población cubierta por el SIAS, en un intento de disminuir las inequidades existentes en la distribución de la infraestructura y los recursos humanos. La población cubierta con servicios básicos por el proceso de extensión de cobertura es de 3.3 millones de habitantes, que en su mayoría pertenecen a la población con deficiente calidad de vida. A principios de la década de 1990 solamente el 54% de la población contaba con acceso a algún servicio de salud, mientras que para el año 2004 la proporción de población con acceso a la salud se acercaba al 90% (el Ministerio de Salud reportó una

cobertura a nivel general de 71,1%, de los que el 47,4% cubierto por servicios institucionales del Ministerio de Salud y el 23,7% por el programa de extensión de cobertura; el 10,4% estaba atendido por el Seguro Social y el 8,1% por servicios privados). De acuerdo a esta información, un poco más del 10% de la población, aproximadamente 1,3 millones de habitantes en el año 2005, no tienen aún acceso a ningún servicio de salud.

## México

La fundación del sistema nacional de salud data de 1943, año en el que se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El sistema estaba dividido entre los asegurados (empleados del sector formal privado y sus familias, quienes estaban cubiertos por el IMSS) y los no asegurados (trabajadores del sector informal, desempleados y personas que no trabajaban). Desde su origen, el sistema mexicano de salud estuvo escindido entre los miembros del sector formal de la economía -que contaban con derecho, capacidad de pago y acceso a la seguridad social formal, incluyendo el acceso a un seguro de salud y el resto de la población, que carecía de acceso a un seguro público de salud. La población más pobre, no asegurada, era tratada como un grupo residual atendido por la Secretaría de Salud. En 1960, con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), surgió un tercer sistema de seguro que cubría a los empleados del gobierno y a sus familias. Con el tiempo se crearon otros institutos de seguridad social más pequeños que cubren a poblaciones específicas.

Las instituciones creadas durante la primera generación de reforma dieron lugar a un modelo segmentado y brindaron servicios de manera vertical a diversos grupos poblacionales. Cada institución era responsable de la rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud para su respectivo grupo social. La Secretaría de Salud era responsable de la llamada "población abierta", constituida por las familias pobres urbanas y rurales no aseguradas, para la cual contaba con una fuente de financiamiento y un paquete de servicios mal definidos. Los proveedores privados, muchos de los cuales carecían de acreditación y proveían servicios de baja calidad, ofrecían servicios a los no asegurados con capacidad de pago.

Cabe señalar, sin embargo, que debido a los largos tiempos de espera y la baja calidad de los servicios de las instituciones públicas y de seguridad social, tanto las familias aseguradas como las no aseguradas de todos los niveles de ingresos suelen utilizar servicios privados pagando de su bolsillo en el momento de recibir la atención.

El IMSS se financia con recursos de tres fuentes: la contribución del trabajador a su pensión y a su seguro de salud, que es una función creciente del salario del trabajador; la contribución del empleador del sector privado, y la contribución del gobierno federal para cada trabajador y su familia. El ISSSTE se financia con recursos de dos fuentes: la contribución del empleado, que también es una función creciente de su salario, y la contribución del gobierno. La lógica del financiamiento es similar a la del IMSS, ya que el gobierno juega también el papel del empleador. Desde sus orígenes y hasta la reforma de 2003, la Secretaría de Salud se financiaba fundamentalmente con fondos federales y, en menor medida, con contribuciones de los gobiernos estatales y cuotas pagadas por las familias en el momento de recibir la atención.

A lo largo de las siguientes décadas se produjeron avances adicionales en el sistema de salud. A finales de los setenta se puso en marcha una segunda generación de reformas que giraron en torno a la descentralización, la cobertura con atención primaria a la salud y el reconocimiento del derecho constitucional a la protección de la salud. La ampliación de la atención básica a la salud enfatizó la rehidratación oral, la atención a la salud reproductiva y materno-infantil, la vacunación universal, la calidad de los servicios, la disponibilidad de agua y el acceso a la educación básica. Los programas se focalizaron en las poblaciones rurales con pocos servicios y las poblaciones urbanas pobres. Como parte de la ampliación y profundización de la atención básica a la salud, a principios de los noventa se creó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Este programa ofrecía un paquete de 12 intervenciones básicas a las familias rurales pobres, muchas de las cuales sólo contaban con un acceso esporádico a unas cuantas intervenciones.

En 1983 se puso en marcha una importante reforma de salud. Se introdujo una reforma constitucional que estableció el derecho de todas las personas a la protección de su salud y el código sanitario decimonónico fue remplazado por

una moderna Ley General de Salud, promulgada en 1984. En la segunda fase de esta reforma dio inicio un proceso de descentralización de los servicios de salud que se concluyó en 14 de los 32 estados de la federación. Se abordó también la sectorización institucional, la modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la coordinación intersectorial y la participación comunitaria, y se pusieron en marcha estrategias de nivel micro en los campos de la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la información en salud, el financiamiento y los insumos para el sistema nacional de salud.

La tercera generación de reformas surgió a mediados de los noventa atendiendo a las evidencias internacionales que sugerían una reorganización de los sistemas de salud mediante la integración horizontal de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación. En el ámbito de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se logró la culminación del proceso de descentralización a todas las entidades federativas, la formulación de un paquete básico destinado a la población rural dispersa, la certificación de hospitales y de escuelas de medicina, la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la regulación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (en colaboración con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público).

En el ámbito del Instituto Mexicano del Seguro Social se abordó la implantación del esquema de Administradoras de fondos de retiro (AFORE), con la creación de las Sociedades de inversión especializadas en fondo de retiro (SIEFORE); se aprobó una nueva Ley del Seguro Social impulsada por un análisis crítico del funcionamiento institucional; se estableció un seguro para la familia; se diseñó un nuevo modelo institucional de atención integral a la salud (MIAIS); se crearon 139 áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD); se implantó el enfoque de grupos relacionados de diagnóstico (GRD), para la asignación de recursos financieros; se decidió la libre elección del usuario para el prestador de servicios; se llevó a cabo la capacitación gerencial de más de cuatro mil funcionarios sobre la reforma en curso y se inició la renovación integral del equipo.

La base financiera del IMSS se fortaleció al tiempo que se mejoró la calidad de la atención. Los cambios en esta institución se basaron en los resultados de un ejercicio analítico pionero llevado a

cabo en 1995 que condujo a su reorganización financiera a través de una reforma legislativa aprobada en 1997. Este mismo año se creó un programa de bienestar social integral basado en incentivos (PROGRESA, Programa de Educación, Salud y Nutrición, cuyo nombre cambió por el de OPORTUNIDADES en 2001) que incluye un paquete básico de salud y un componente de educación (Secretaría de Desarrollo Social, 1997). Este programa está dirigido a los más pobres y en 2003 incluyó a 4.2 millones de familias a lo largo y ancho del México rural y urbano. Este programa constituye una importante herramienta para la extensión de la cobertura básica en salud.

Con estas reformas se extendió la descentralización de la prestación y el financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada a todos los estados de la federación. Si bien esto permitió que la Secretaría de Salud se concentrara en su función rectora, el proceso de descentralización ha seguido constituyendo un reto en términos de construcción de capacidades a nivel estatal. Más aún, la descentralización ha exacerbado las inequidades financieras entre los estados, un tema que fue considerada en la reforma de 2003. Las tres generaciones de reformas dieron lugar a muchos avances en la atención de la salud y el desarrollo del sistema mexicano de salud. Aunque estos avances son básicos para entender el contexto de la reforma de salud en México, la segmentación y la inequidad financiera del modelo original no se enfrentaron sino hasta 2003 con la reforma a la Ley General de Salud.

En 2000-2001, como parte del trabajo derivado del Programa Nacional de Salud, se identificaron cinco desequilibrios financieros como las principales limitantes que impedían que el sistema de salud respondiera a las necesidades de la población derivadas del cambio epidemiológico. Estos desequilibrios se relacionan con: i) un bajo nivel del gasto general en salud; ii) el predominio del gasto de bolsillo; iii) una asignación desigual de los recursos públicos entre los asegurados y los no asegurados, y entre estados; iv) una contribución estatal desigual al financiamiento de los servicios de salud, y v) una insuficiencia crónica e inversión en infraestructura de salud.

Este diagnóstico confirmó la necesidad de emprender una reforma de fondo. La esencia de esta reforma es la creación del Sistema de Protección Social en Salud y su componente de asegu-

ramiento médico, el Seguro Popular de Salud. Este seguro, que entró en operación el 1° de enero de 2004, busca cubrir a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional (trabajadores por cuenta propia, desempleados, trabajadores del sector informal de la economía y personas que están fuera del mercado laboral). Junto con sus familias, estos grupos representan aproximadamente a la mitad de la población. El SPS garantiza el acceso acerca de 100 intervenciones, con sus respectivos medicamentos, que cubren más del 90% de las causas de atención ambulatoria y hospitalaria de las instituciones públicas del país. El financiamiento de este seguro incluye una combinación de recursos financieros existentes y nuevos. Los gobiernos Estatales y el Federal pagan cada uno contribuciones tomando como base a cada familia registrada, que se complementa con una prima pequeña, pagada por los asegurados, de acuerdo con sus ingresos. Al introducir un mecanismo que asigna más recursos a los Estados más pobres, se espera que esta reforma reduzca las inequidades en las asignaciones actuales de financiamiento federal entre Estados. A pesar de ello, parece haber evidencias de que la descentralización, aunque ha representado una transferencia de responsabilidades, no ha modificado sustancialmente la dependencia de los estados del nivel central-federal.

El Seguro Popular de Salud es el instrumento operativo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El SPSS promueve la protección financiera para la salud al sustituir el gasto de bolsillo por un seguro público sustentado en los impuestos generales, que conforman la principal fuente de financiamiento. Con esto se busca crear una cultura de prevención mediante el aseguramiento en donde se perciba la conveniencia de asegurarse en vez de realizar pagos directos de bolsillo en el momento de requerir los servicios y, con ello, eliminar el riesgo de incurrir en gastos que empobrezcan a las familias mexicanas.

La creación del SPSS da continuidad al proceso de descentralización que la Secretaría de Salud ha llevado a cabo desde la década de los ochenta. La reforma a la LGS define con mayor claridad las atribuciones de los distintos niveles de gobierno y refuerza la prestación de servicios en el nivel estatal al incorporar de manera explícita la figura de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, que son responsables de realizar las accio-

nes de protección social en los estados. Adicionalmente, la reforma fortalece el proceso de descentralización al incorporar reglas que definen explícitamente los derechos y obligaciones para la aportación y concurrencia de recursos públicos para la salud. Igualmente, se refuerza este proceso con la rendición de cuentas para garantizar una mayor equidad en la prestación de los servicios y que el uso de los recursos corresponda a las necesidades de salud de la ciudadanía.

## Perú

En julio de 2001, el Gobierno peruano convocó a los partidos políticos y a un conjunto de organizaciones políticas, religiosas y de la sociedad civil para lograr un acuerdo nacional, que sirviera de base para la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro. De las 29 políticas de Estado aprobadas, la decimotercera señalaba el compromiso de un acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, mientras que la decimoquinta tenía relación con la promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición.

Los *Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002–2012* orientan las acciones del sector salud y definen las bases del proceso de modernización sectorial. Los nueve lineamientos definidos ponen énfasis en promoción de la salud, atención integral de las personas, aseguramiento universal, financiamiento orientado a los más pobres y modernización del Ministerio de Salud. Entre sus objetivos estratégicos están la promoción de la salud, la prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, la educación en salud, el desarrollo del Seguro Integral de Salud, la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil y materna, la ampliación del acceso y uso racional de medicamentos, y la descentralización sectorial.

En 2001 se creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), como un mecanismo de articulación sectorial entre los subsectores público (que incluye al MINSAL, y la sanidad de fuerzas armadas y policía nacional), privado y de la seguridad social. La primera evaluación del SNCDS, realizada en 2005, mostró que era necesario hacerle varios ajustes; asimismo — dado que el Ministerio no ha asumido la función rectora del SNCDS, principalmente porque no

tiene la estructura ni las competencias necesarias—, se hizo evidente que era necesario llevar a cabo una armonización de las normas que rigen a las entidades que conforman el SNCDS, para que éstas estén en posibilidad de interactuar bajo la rectoría del Ministerio, así como para hacer compatible su funcionamiento como sistema coordinado. El mayor progreso observado en el SNCDS fue la descentralización, proceso en el que el MINSA ha jugado un papel fundamental. El impacto de la descentralización en el sector público en salud todavía es incipiente, ya que el proceso de transferencia de funciones, competencias, responsabilidades y recursos es progresivo, por etapas y por áreas, de acuerdo a cronogramas pactados entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales. Los principales cambios se han producido en la función de prestación de los servicios de salud públicos, la cual ha sido transferida a los gobiernos regionales, y algunas actividades de salud pública y promoción, como es el saneamiento básico, a los gobiernos locales.

En 2002 fue promulgada la Ley de Bases de Descentralización (Ley N° 27783), que regula la estructura y organización del Estado en los ámbitos nacional, regional y local; define las normas que regulan la descentralización administrativa, económica, productiva, financiera, tributaria y fiscal; fija las competencias de los tres niveles de gobierno y determina los bienes y recursos de los gobiernos regionales y locales, y regula las relaciones de gobierno en sus distintos niveles. En enero de 2003, entraron en funcionamiento los gobiernos regionales, con la transferencia progresiva de funciones y competencias, así como el manejo de su presupuesto.

En 2005 se inició el proceso de transferencia de las direcciones de salud a los gobiernos regionales por parte del MINSA, mediante un proceso de acreditación conducido por el Consejo Nacional de Descentralización (CND). Este proceso implica el desarrollo de capacidades en las regiones para conducir, dirigir y gestionar los servicios de salud, a partir de un conjunto de competencias transferidas convenidas con el CND; aunque el proceso debe concluir en 2010, el progreso alcanzado en los primeros años ha sido sustancial, por lo que quizá se pueda cumplir la meta de transferencia más pronto de lo establecido. Varias regiones (La Libertad, Lambayeque y Arequipa), mediante procesos participativos y consultivos, han estable-

cido prioridades sanitarias, políticas y planes regionales de salud.

Hasta junio de 2006 se habían transferido 34 competencias y facultades a 24 de los 26 Gobiernos Regionales que han demostrado tener la capacidad para el ejercer las funciones descentralizadas; esto los hace responsables de toda la prestación de servicios de salud, incluso la negociación del financiamiento, que se realiza contra contratos de gestión e indicadores de resultados.

## Uruguay

A partir de abril de 1996 la ley 16.713, de 3 de septiembre de 1995, comenzó a operar el nuevo sistema previsional. Es un sistema mixto, pero que difiere sustancialmente del esquema argentino.

El régimen general de prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) vigente desde el 1° de abril de 1996, aplicable a los afiliados al BPS ha sido definido como un régimen mixto conformado por dos pilares plenamente integrados: un pilar de solidaridad intergeneracional complementado, en ciertos casos, con un pilar de ahorro individual obligatorio al que puede sumársele ahorro voluntario adicional.

- La vertebración del nuevo sistema se hace en base a un primer pilar que recoge las características de un modelo público-profesional, a saber:
  - Operar bajo la modalidad de reparto puro.
  - Financiamiento en base a aportaciones sobre salarios, tributos específicamente afectados y asistencia financiera del Gobierno Central, en tanto fuese necesaria para lograr el equilibrio financiero.
  - La prestación es de naturaleza definida y relativamente proporcional al salario de cotización del afiliado.
  - La adscripción es obligatoria, no siendo posible sustituir la afiliación a este pilar por otro mecanismo.
- La gestión de este primer pilar está a cargo, obligatoriamente, del BPS. La co-

bertura del primer pilar está complementada por un segundo pilar de cobertura de carácter privado-comercial profesional. Este modelo de cobertura de los riesgos IVS, recogido con carácter de complementario, aunque obligatorio, se caracteriza por:

- Operar bajo la modalidad de capitalización individual.
- Establecer un régimen de aportación definida, para el riesgo vejez, y de prestación definida sólo para los riesgos de invalidez y sobrevivencia.
- Financiamiento a través de aportes personales sobre salarios.
- La prestación es proporcional al nivel de aportaciones y rentabilidad de inversiones.
- La adscripción es obligatoria, con un tope o techo de cotización.

El primer pilar alcanza a todos los afiliados al BPS, cualquiera sea su nivel de ingresos. El segundo pilar alcanza, obligatoriamente, a los afiliados menores de 40 años de edad al 1º de abril de 1996 que perciban ingresos que superen un determinado nivel y por el tramo en que lo superen.

Los afiliados mayores de dicha edad a la fecha indicada dispusieron de la opción por incorporarse al nuevo sistema. Quienes no hicieron uso de esa opción quedaron incorporados exclusivamente en el régimen de solidaridad intergeneracional o reparto, en una modalidad de transición, sin perjuicio de respetarse integralmente los derechos adquiridos por quienes hubieren reunido al 31 de diciembre de 1996 los respectivos requisitos para acceder a las prestaciones por vejez o invalidez.

En cuanto a las condiciones de acceso a las prestaciones de vejez del primer pilar se requiere el cumplimiento de una edad mínima de 60 años para ambos sexos y 35 años de trabajo. Para acceder a las prestaciones del segundo pilar se requiere tener derecho a acceder a las del primer pilar, en tanto se trata de componente plenamente integrado de un sistema.

Teniendo presente la existencia de un techo de cotización al primer pilar, la prestación tiene también un techo o máximo congruente. En el se-

gundo pilar, la prestación no está definida, siendo una renta vitalicia a contratar con una compañía aseguradora. El segundo pilar de cobertura está administrado por Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP), sociedades anónimas de giro exclusivo.

Al menos una de las AFAP debe ser propiedad de instituciones del Estado, entre ellas el propio Banco de Previsión Social (BPS), gestor del primer nivel de cobertura. Las AFAP están reguladas y supervisadas por el Banco Central del Uruguay.

La cobertura es obligatoria para todos los trabajadores dependientes o no dependientes. Se excluyen de la reforma cinco programas específicos que atienden al personal militar y policial, empleados de la banca, profesionales universitarios y notarios, estos dos últimos colectivos en tanto trabajadores por cuenta propia.

La asistencia sanitaria se presta, bajo la tutela del Ministerio de Salud Pública, por el Banco de Previsión Social y por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (Mutuales y Cooperativas Médicas).

Actualmente, está en marcha un proyecto de universalización de la asistencia sanitaria (ligado a la reforma del sistema tributario) y se anuncian también cambios en el sistema de pensiones en un futuro próximo.

## Sistemas de Salud en América Latina y Europa. Semejanzas y diferencias

### La salud: concepto y retos

Es importante, antes de identificar y describir la realidad de los sistemas de salud en América Latina y en Europa, señalar qué se entiende por salud, ya que según cual sea su concepción, encontraremos modos de organización y abordamientos diferentes.

A mediados del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud definió salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". Esta definición de salud, además de superar la visión negativa y

simplista de la salud como ausencia de enfermedad, incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados. Posteriormente, cambios como la transición de la morbilidad (pérdida de importancia de las enfermedades agudas y presencia creciente de las enfermedades crónicas), el aumento de la esperanza de vida y el cambio en las causas de mortalidad, junto con otros factores, han dado pie a nuevas definiciones de salud, que enfatizan aspectos como la autonomía, la dimensión solidaria y la relación positiva con la realidad. De esta forma, junto a las actividades tradicionales en la atención a la salud de las personas (prevención, curación y rehabilitación) han cobrado importancia las actividades de promoción de la salud y educación para la salud.

La salud se entiende, en la actualidad, como un proceso dinámico, responsable, participativo y equilibrado que tiene la finalidad de aproximarse a un estado ideal de equilibrio entre la dimensión biológica, psicológica y social de la persona, con o sin enfermedad. Se puede definir, así, la salud, siguiendo a Salleras Sanmartí<sup>3</sup>, como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”. La salud, así entendida, es uno de los componentes de la calidad de vida, que va mucho más allá de la atención médica exclusivamente. El derecho a la salud es considerado un derecho humano fundamental, que incluye los siguientes elementos esenciales:

- **Disponibilidad.** Existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos y programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.

- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al respecto, teniendo en cuenta el concepto general de Salud, un sistema de salud puede entenderse como el “Conjunto de infraestructuras sanitarias que, siguiendo una determinada política, tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población. El sistema de salud, también llamado sistema sanitario, está constituido por diferentes instituciones, organismos y servicios que, a través de acciones planificadas y organizadas, llevan a cabo una variedad de programas de salud. En otras palabras, los sistemas de salud, son modelos del funcionamiento de la atención de la salud, estructuras organizativas que reflejan la política sanitaria de cada país.”

Un sistema de salud, por tanto, debería perseguir, adaptándolos a cada contexto, los siguientes objetivos generales: mejorar las condiciones de salud de la población; reducir las desigualdades en materia de salud; incrementar la eficiencia de la atención sanitaria; reducir el impacto del gasto en salud sobre la economía familiar, y promover una financiación acorde con las posibilidades económicas de los diferentes sectores sociales y lograr una mayor equidad en el reparto de la atención sanitaria.

Los sistemas de salud de la mayor parte de los países de América Latina han debido enfrentarse a problemas de sostenibilidad, derivados de su elevado coste, y a la incapacidad de atender a toda la población, especialmente a la que reside en las zonas rurales. La crisis económica de mediados de los años 70 del pasado siglo hizo que los presupuestos de salud cayeran de forma importante en muchos países, y obligó a buscar formas de conciliar la extensión de los servicios sanitarios y la racionalización de los gastos. Una estrategia especialmente importante en este sentido fue la de Atención Primaria de la Salud (APS), formulada en la Conferencia de Alma-Ata (Kazajistán, antigua URSS, 1978), auspiciada por la OMS y UNICEF. La APS, inspirada en los principios de equidad, prevención, participación comunitaria,

<sup>3</sup> Salleras Sanmartí, Lluís (1985): *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

colaboración intersectorial y aplicación de tecnologías adecuadas, tenía como principal objetivo asegurar el acceso de la totalidad de la población a un mínimo de servicios sanitarios. La APS fue aceptada unánimemente por los organismos internacionales y las entidades donantes. En muchos países en desarrollo se hicieron grandes esfuerzos para orientar el conjunto del sistema de atención sanitaria en función de este objetivo. Sin embargo, su implementación se vio dificultada por la disminución de los fondos públicos destinados a la salud como consecuencia de la crisis económica y de las limitaciones presupuestarias impuestas por los programas de ajuste estructural de la economía, así como también a la dificultad de implicar a los diferentes sectores en esta estrategia, la excesiva burocracia y la corrupción.

Como respuesta al problema de la financiación, se introdujeron en los años 90 dos estrategias complementarias a la APS: la estrategia de recuperación de costes, incorporada a partir de la Iniciativa de Bamako de 1988, que buscaba, a través de la participación de la comunidad en la financiación de la atención sanitaria, asegurar los servicios y mejorar la calidad de los mismos, y la estrategia de selección y concentración de objetivos en función de la carga global de morbilidad, más reciente, que consiste en concentrar los recursos en algunas grandes acciones prioritarias, atacando las grandes enfermedades seleccionadas según tres criterios: su incidencia en las tasas de mortalidad y de morbilidad, su prevalencia dentro de una población dada, y la existencia de un tratamiento efectivo aplicable.

Estas dos últimas iniciativas, promovidas y apoyadas por el Banco Mundial, han marcado las tendencias de las reformas de los sistemas sanitarios en los países en desarrollo durante la última década del siglo XX. La experiencia ha demostrado, sin embargo, que en lugar de promover la igualdad y el cambio social, estas estrategias diseñadas desde arriba han contribuido a reforzar y legitimar las desigualdades existentes.

Los sistemas de salud se enfrentan al dilema de incrementar la eficiencia y la cobertura social de sus servicios sanitarios en unas condiciones de estrictas limitaciones presupuestarias. En este sentido, debe recordarse que fue la Declaración de Alma-Ata de 1978 sobre la atención primaria de la salud la que dio pie al primer modelo inter-

nacional de sistema de salud orientado a garantizar el acceso de toda la población.

## Semejanzas y diferencias entre los sistemas de salud latinoamericanos y europeos

Los principios rectores que guían a los sistemas de salud latinoamericanos y europeos son similares, pero los modelos de gestión y la institucionalidad en la que se insertan suscitan impactos y efectos diferentes en la población y en el estado de salud de la misma. La evolución de los sistemas de salud y sus resultados no está desligada de variables de contexto, económicas, sociales, políticas, demográficas, de cambios epidemiológicos y de las tendencias de los condicionantes de la salud, entre otros. Todo ello hace que la comparación de los sistemas de ambas regiones pueda llevar a conclusiones erróneas, al no estar basadas en escenarios similares o, al menos, caracterizados por variables coyunturales y estructurales cercanas. La comparación ha de realizarse teniendo en cuenta las diferencias en los contextos, y debe centrarse en la identificación de los aspectos comunes y de los rasgos diferenciales (coberturas, modelo de financiación, grado de fragmentación, etc.) y en la forma en que éstos condicionan la capacidad de los sistemas de protección social en salud para dar respuestas a las necesidades de los ciudadanos.

Hay una serie de principios rectores que resultan compartidos por los diferentes sistemas de salud latinoamericanos y europeos, aún cuando, en algunos casos, puedan recibir énfasis diferente a uno y otro lado del Atlántico:

- **Universalidad:** Extensión de la cobertura de acceso a la salud a todos los ciudadanos. Este es el principal reto de las reformas de Salud en Latinoamérica. En el caso europeo este principio se ha ido logrando históricamente sobre la base de las sólidas estructuras de protección de la salud de los sistemas de Seguridad Social.
- **Solidaridad:** El apoyo mutuo y la solidaridad han de ser asumidos como valores fundamentales y principios básicos por todos los Estados y por todos los niveles de la sociedad. La solidaridad ha de entenderse en sus diversas dimensio-

nes: redistributiva, interterritorial e intergeneracional.

- **Subsidiariedad:** El principio de subsidiariedad supone que el Estado sólo debe intervenir en aquellos casos en que lo privado no da respuestas a los problemas o demandas sociales. Apunta a la corresponsabilidad descentralizada de la capacidad resolutoria que fomente la autogestión y una mayor grado de independencia en la toma de decisiones. El principio de subsidiariedad ha de entenderse siempre sin perjuicio de la función estatal de garantizar la cobertura equitativa y el derecho a la misma.
- **Alianza público-privada:** La delegación de responsabilidades y funciones por parte del Estado en instituciones no estatales es un concepto esencial de la política social europea, que también se va abriendo paso en Latinoamérica.
- **Portabilidad:** Se refiere a la coordinación entre los diferentes sistemas para lograr una adecuada continuidad en la atención de la salud y una respuesta eficaz a las necesidades de los ciudadanos. En Latinoamérica, la fragmentación de los sistemas supone una dificultad adicional para el logro de este principio.
- **Variedad, coordinación y convergencia:** El propósito no es uniformar todos los modelos y sistemas de salud, sino más bien alcanzar una coordinación que favorezca niveles equitativos de desarrollo socio-económico y regulaciones comunes.
- **Participación social:** La falta de participación influye en la sustentabilidad de las reformas de los sistemas de salud y de los sistemas de protección social, por las reacciones que puedan surgir de los diferentes grupos excluidos.

Los sistemas europeos se vieron influidos por diferentes modelos de salud, tales como el Sistema de Seguridad Social de Bismarck, el Sistema Nacional de Salud de Beveridge y los Seguros privados de Salud. Actualmente, todos los países europeos aplican elementos de los diferentes modelos y sistemas posibles y buscan la combinación viable y adecuada de varios sistemas, con diversos instrumentos de seguros de protección social. En

el ámbito europeo, el reto actual se sitúa en optimizar la eficiencia y mejorar la asignación de los recursos para hacer frente a las nuevas demandas procedentes del envejecimiento y de la alta carga que suponen las enfermedades crónicas y degenerativas, más que en la universalidad de la cobertura, la cual es ya una realidad instaurada de manera amplia en sus sistemas de salud y sociedades.

Todos los principios y valores que han inspirado la reforma de los sistemas de salud europeos están presentes en las reformas de América Latina, sin embargo, la situación actual de muchos de los sistemas de salud latinoamericanos requiere también de cambios estructurales y con proyección estratégica a medio y largo plazo para acercar la realidad económica y la cohesión social de tal forma que permita unos sistemas de salud para todos y todas, universales, solidarios, eficientes, participativos, descentralizados y equitativos. Teniendo en cuenta las diferencias de cada realidad social, corresponde, como aprendizaje de las experiencias europeas, modelar las propuestas derivadas de las experiencias empíricas de acuerdo con las necesidades y las condiciones específicas del lugar y de la coyuntura.

Las reformas de los países latinoamericanos se desarrollan en contextos que arrastran históricamente una baja cobertura de los servicios de salud, falta de recursos físicos y humanos y problemas de eficiencia en la gestión, y deben afrontar, además, los retos derivados de la situación social y económica, con una mayor precarización del trabajo y el correspondiente aumento de la informalidad, una distribución inequitativa del ingreso y los factores socio-demográficos y epidemiológicos que generan mayores demandas en salud y hacen que se requiera de más recursos financieros para dar respuesta a estas demandas.

## Los sistemas de salud en Europa. Visión global y principales desafíos

Todos los países europeos cuentan con sistemas de protección social que dan cobertura sanitaria a toda la población. En este sentido el modelo social de la UE es el referente de lo que se podría considerar el "Estándar Internacional de Servicios de Salud", que incluye: Cobertura universal de toda

la población con un sistema de seguro público y/o obligatorio, Financiación pública de este seguro, de acuerdo con el nivel de renta, Cobertura amplia de prestaciones —medicamentos, tecnologías, servicios— y mecanismos de control de costes que aseguren la sostenibilidad financiera del sistema.

### **El papel de los Estados miembros y el de la Unión Europea en la política de salud**

La salud sigue siendo, en la Unión Europea, una competencia de los Estados miembros, pero en virtud del principio de subsidiariedad, pueden realizarse determinadas acciones cuyo desarrollo es más eficaz en el ámbito europeo.

El principio de subsidiariedad tiene por objeto garantizar una toma de decisión lo más cerca posible del ciudadano. De acuerdo con este principio, la Unión no actúa, excepto para los sectores de su competencia exclusiva, si no tiene constancia de que su acción puede ser más eficaz que una acción emprendida en el ámbito nacional, regional o local. Este principio está estrechamente vinculado a los de proporcionalidad y de necesidad, que suponen que la acción de la Unión no debe exceder lo que es necesario para lograr los objetivos del Tratado.

Hasta el momento, la política de asistencia sanitaria no se ha considerado sometida al principio de subsidiariedad, por lo que es responsabilidad de cada uno de los Estados miembros. No obstante, el Tratado de Maastricht introdujo la salud pública como competencia de la Unión, y estableció (art. 152 de la versión consolidada del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea) que “al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”. Este artículo estipula que la acción de la Comunidad deberá incluir la prevención de las enfermedades, incluidas las toxicomanías, favoreciendo la investigación sobre sus causas y su transmisión, así como la información y la educación en materia de salud. El Tratado de Amsterdam reforzó los objetivos de este artículo disponiendo, en particular, que se garantice un elevado nivel de protección de la salud humana en la definición y la aplicación de todas las políticas y acciones de la Comunidad.

La aplicación de los objetivos del artículo 152 puede incluir medidas comunitarias que complementen la acción de los Estados miembros, pero pasa principalmente por el estímulo de la cooperación entre los Estados miembros, de acuerdo con el principio de subsidiariedad.

Numerosas políticas y acciones comunitarias inciden en la salud y en los sistemas de salud de forma directa o indirecta, entre ellas cabe citar el mercado interno de productos (farmacéuticos, dispositivos médicos, alimentos y otros); el libre movimiento de profesionales de la salud, y de los ciudadanos buscando atención y servicios de salud; la política ambiental (agua, calidad del aire y emisiones); la política social (protección social, salud y seguridad en el trabajo, tarjeta sanitaria); la investigación (programas de ciencias de la vida, telemática, sociedad de la información, programa de comunicación virtual e-Europa).

### **La lucha contra las desigualdades sanitarias en Europa**

A pesar de la universalización del derecho a la salud y de las mejoras globales de la salud en Europa, sigue habiendo marcadas diferencias no sólo entre países sino también, dentro de cada país, entre los distintos grupos de población, en función de la situación socioeconómica, el lugar de residencia, el grupo étnico y el sexo.

Por norma general, las personas con menor formación, menos poder económico o peor situación profesional tienen vidas más cortas y sufren con más frecuencia enfermedades y problemas de salud que los grupos con mejor situación económica, y estas diferencias no tienden a disminuir. Las desigualdades de ingresos, la pobreza, el desempleo, el estrés, las malas condiciones laborales y la vivienda son importantes determinantes de desigualdad sanitaria, al igual que el comportamiento individual y la voluntad y capacidad de asumir los costes.

Si bien los sistemas de atención sanitaria han contribuido a mejorar significativamente la salud en la UE, el acceso a la atención sanitaria sigue siendo desigual entre los distintos grupos sociales. Un importante reto sigue siendo el de dar acceso a todo el mundo a cuidados de alta calidad, que reflejen los recientes avances tecnológicos, pero velando por su sostenibilidad. Por ello, los Estados miembros están aplicando políticas destinadas a

reducir estas desigualdades, por ejemplo: combatiendo los factores de riesgo mediante la promoción de la salud; reduciendo la prevalencia y la incidencia de algunas enfermedades; y garantizando actividades de prevención más eficaces en distintos entornos (en el hogar, en el colegio y en el trabajo). Son también importantes las medidas destinadas a aumentar la cobertura de la población, salvar los obstáculos financieros a los cuidados, poner de relieve las actividades de promoción y prevención respecto a los cuidados curativos y superar las barreras culturales al uso de servicios. La Unión Europea recurrirá a los Fondos Estructurales para apoyar las reformas y el desarrollo de capacidades, principalmente en las regiones convergentes, mejorar el acceso y desarrollar los recursos humanos.

Es preciso aplicar una combinación de políticas generales y de políticas adaptadas a los grupos socioeconómicos más bajos. La práctica totalidad de los Estados miembros han aplicado derechos universales o casi universales a la asistencia sanitaria y han adaptado los servicios para aquellos que tienen dificultades para acceder a los servicios convencionales debido a alguna discapacidad física o mental o a diferencias lingüísticas o culturales. Pocos Estados miembros han empezado a afrontar las desigualdades de salud de manera sistemática y global reduciendo las diferencias sociales, evitando las consiguientes diferencias sanitarias o paliando los problemas de salud que éstas generan. Ello garantizaría, en la práctica, la igualdad de acceso para las mismas necesidades.

### Fuentes de financiación

Por lo que respecta a las fuentes de financiación sanitaria, en la UE existen básicamente dos grandes sistemas, que sirven para clasificar los sistemas sanitarios europeos en dos grandes bloques-prototipo: (1) países de sistema Seguridad Social (que siguen el modelo Bismarck), financiados por cotizaciones sociales obligatorias, y (2) países financiados por impuestos, tipo Servicio Nacional de Salud (modelo Beveridge). En todo caso, lo más importante es señalar que la financiación sanitaria en la UE es fundamentalmente pública.

Aunque la clasificación según la fuente pública de financiación es la más usada y tiene gran importancia, el elemento que más caracteriza a los servicios sanitarios de un país es la forma en la que los recursos financieros terminan llegando a

los proveedores (médicos, hospitales, etc.), y la relación que ello establece entre financiadores-proveedores. Existen para ello dos alternativas básicas: la contratación, y la integración.

En los sistemas no integrados, basados en contratos, el asegurador-financiador compra, mediante contratos (concertos en España), a los proveedores privados y públicos los servicios sanitarios que precisa para su población. Este es el modelo típico de los sistemas clásicos de Seguridad Social (Alemania, Francia), los cuales no poseen hospitales ni emplean médicos. Por el contrario, en el modelo integrado la Seguridad Social o Administración pública producen ellas mismas sus servicios sanitarios médicos, integrando a los proveedores en su misma organización, configurando de este modo una red propia de instalaciones y servicios sanitarios (caso de la Seguridad Social española). En este esquema el financiador (Estado o Seguridad Social) emplea directamente al personal sanitario y gestiona sus centros. Este es el modelo típico de todos los sistemas sanitarios europeos financiados históricamente por impuestos (Reino Unido, Países Nórdicos), pero también el de países del sur de Europa (España, Italia, Portugal) que crearon tardíamente sus sistemas de Seguridad Social y luego pasaron a financiar sus servicios sanitarios por impuestos extendiéndolos a toda la población.

En los modelos integrados los trabajadores sanitarios son, de una u otra forma, empleados públicos y los sistemas sanitarios operan dentro de las coordenadas del sector público o parapúblico (Seguridad Social) de cada país.

### Organización de los Servicios de Salud

Una primera aproximación a los sistemas de salud, permite diferenciar en ellos dos grandes bloques de servicios y actividades:

#### *Servicios de salud pública o salud comunitaria:*

Estos servicios van dirigidos a la comunidad (grupos de población), su objetivo es la protección y promoción de la salud, y la prevención de enfermedades de la población. La salud pública es por su propia naturaleza una de las responsabilidades principales de los gobiernos y tiene como destinataria a toda la población.

Se trata de servicios públicos esenciales para el bienestar y salud de la población y forman parte de las obligaciones básicas del Estado en todos los países. Su buen funcionamiento es una prioridad política de primer orden y es, ciertamente, una condición esencial para que los servicios de salud personales sean viables.

#### *Servicios personales de atención a la salud:*

Los servicios de salud personales son los que atienden las necesidades de salud (curación, cuidados, rehabilitación o prevención) de los individuos. Estos servicios están cubiertos por sistemas de protección pública, bien a través del presupuesto del Estado (impuestos) o por seguros obligatorios (Seguridad Social).

Los servicios de salud persiguen de forma explícita objetivos como: control global del incremento de los costes (eficiencia macroeconómica), maximizar la calidad y la satisfacción de los pacientes con el mínimo coste (eficiencia microeconómica) y, por último, la equidad, la cual, en países con un sistema sanitario fragmentado, implica al menos igualdad de acceso a los servicios a igual necesidad.

#### **Niveles de Atención Médica en la organización de los Servicios de Salud**

Se distinguen dos grandes niveles en la organización de los servicios personales de salud:

##### *Atención primaria o de primer nivel*

Es el primer contacto de los pacientes con el sistema de salud, su puerta de entrada al mismo. Sus servicios centrales son los que ofrece el médico generalista de cabecera (también llamado médico de familia o de atención primaria), pero incluye igualmente los servicios de otros profesionales de la salud, entre los que destacan la enfermería que presta sus cuidados en la consulta pero sobre todo en el domicilio del paciente. Una condición esencial para la calidad y la eficiencia en la organización de la atención médica es que el médico de este primer nivel sea puerta de entrada obligada para el acceso a los especialistas o al hospital.

La Atención de Primer Nivel (Primaria) se organiza territorialmente, a nivel local, en unidades que comprenden típicamente en torno 15-20.000 habi-

tantes, aunque esta cifra es muy variable según la densidad de población y según sea zona urbana o rural. Los servicios que se le ofrecen a esta población suelen estar ubicados en Centros de Salud (aunque cabe otras situaciones dependiendo de muchos factores, entre ellos del contrato de los médicos de cabecera).

Los servicios de salud de primer nivel tienen como elemento central al médico de cabecera, más generalmente llamado médico general /de familia. Para que su trabajo sea más eficaz y las necesidades de la población estén bien atendidas es conveniente que trabaje en equipo con otros médicos y otros profesionales, especialmente de enfermería.

Existen cuatro características que suponen ventajas indudables para los pacientes, el sistema sanitario y los propios médicos:

- La existencia del Primer Nivel de servicios de salud diferenciado, que sea puerta obligada de acceso de los pacientes a los servicios especializados.
- La habilitación del Médico de Familia como responsable de la salud de un grupo (lista/cupo) de población a su cargo.
- La existencia de la Medicina General como una especialidad médica con identidad propia y un programa de formación adecuado.
- El pago al médico general por capitación, o al menos con un importante componente caputivo, allí donde los médicos sean empleados.

##### *Atención especializada o de segundo nivel*

Comprende los servicios de los médicos especialistas, tanto si éstos trabajan en el medio ambulatorio, como en hospital. Por otro lado, existen varios niveles de complejidad en los servicios especializados hospitalarios.

La Atención Hospitalaria/Especializada se lleva a cabo por un Hospital General en el que existen todas las especialidades médicas y quirúrgicas fundamentales, de modo que el Área/Distrito es prácticamente autosuficiente para responder a casi todos los problemas de salud de su población. Típicamente, un Hospital General sirve a una

población de 250.000 habitantes, pero esta cifra puede variar mucho.

Los hospitales consumen entre el 45 y 75 por ciento del total de los recursos sanitarios de los países, y en muchos aspectos son el centro de los sistemas de salud. Sin embargo, el desarrollo de nuevas tecnologías médicas, nuevas políticas de contención de costes, y un papel más activo de los servicios del primer nivel de atención, han dado lugar, en los hospitales de casi todo el mundo, a unas tendencias de futuro que son ya hoy realidad, entre otras:

- La disminución de la importancia de la hospitalización (el número de camas hospitalarias ha disminuido en Europa occidental durante los últimos años).
- El continuo aumento de la actividad de las consultas externas.
- La expansión de la actividad de las consultas externas a centros periféricos alejados del hospital, a donde se desplazan los especialistas.
- El desarrollo de cirugía ambulatoria.

El hospital es el centro de medidas activas de políticas sanitarias dirigidas a mejorar su eficiencia (cuyo impacto en la del conjunto del sistema de salud es tan decisivo), con el objetivo de que los pacientes sean atendidos de la manera más adecuada a sus necesidades y, por ello, más costo-efectiva. Los instrumentos para lograrlo comprenden básicamente cuatro tipos de medidas:

- Cambios en los sistemas de financiación. Éstos, a su vez, han incluido dos estrategias diferentes (aunque también complementarias): la financiación del hospital según los casos tratados (case mix), de acuerdo con distintos sistemas de clasificación de pacientes, y una versión renovada de los viejos presupuestos globales que, en lugar de estar basados en los presupuestos del año anterior ahora financian un programa detallado y cuantificado de servicios finales del hospital que debe ser negociado entre éste y los servicios centrales, y está sujeto a evaluación periódica y comparación con otros centros (Contrato de Gestión o Contrato Programa).

- Nuevos modelos organizativos para mejorar la gestión. Entre ellos destacan: el fortalecimiento del papel de los gestores responsables de los centros, la importación de técnicas de management y experiencias de otros sectores de la economía, el desarrollo de sistemas específicos hospitalarios de información para la toma de decisiones, la descentralización de decisiones, que incluye una gran mayor autonomía para los hospitales, la implicación de los clínicos en la gestión.
- Programas de mejora de la calidad. Entre los que se incluyen: la creación de Agencias para la Evaluación de la Tecnología y Prácticas Médicas, la introducción sistemática de los métodos específicos de la calidad en la gestión hospitalaria (Calidad Total, Gestión de Riesgos, etc.), el desarrollo de Protocolos y Guías de Buena Práctica Clínica, Medicina Basada en la Evidencia, etc.
- Diversos sistemas para mejorar el rendimiento de los servicios clínicos: control de la duración de la estancia hospitalaria, ocupación de camas, realización de procedimientos diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio, etc.

El límite entre atención médica de primer nivel y servicios especializados es, por su propia naturaleza, poco preciso, y variable dependiendo de múltiples circunstancias. El primer nivel ha de ser lo suficientemente resolutivo como para reservar al nivel especializado la atención de los problemas de salud que realmente no puedan ser atendidos por el médico general y su equipo.

La atención especializada plantea para las organizaciones de Seguridad Social de muchos países de Latinoamérica varios desafíos específicos:

- El primero es la definición explícita de los dos niveles asistenciales básicos y de normas claras para acceder del primer nivel al especializado, constituyendo el primer nivel la puerta de entrada.
- En segundo lugar, y especialmente con los niveles de recursos disponibles en Latinoamérica, es preciso definir cuáles son los servicios especializados básicos y comunes que deben ser garantizados en

- condiciones normales para todos los asegurados y priorizar adecuadamente su provisión. Debe ser posible identificar, para las circunstancias propias de cada país y de su sistema de Seguridad Social, los servicios especializados que, con los recursos existentes, han de estar garantizados para todos.
- Identificadas las especialidades médicas de acceso básico y garantizadas para todos, es preciso planificar cómo hacerlas efectivamente accesibles a toda la población asegurada. Ello requiere mapear la geografía de la cobertura presente y previsible de la Seguridad Social en cada territorio y analizar a escala local tanto los recursos ya existentes (hospitales propios, otros públicos, privados, y los especialistas establecidos con ejercicio privado), como los financieros disponibles. La respuesta más realista a este mapeo es la de un sistema mixto de provisión (propio-integrado y contratado), que dependerá de los lugares y de los servicios de que se trate.
  - Por otra parte, la existencia de hospitales propios de la Seguridad Social plantea todos los desafíos que su gestión representa, los que son comunes a todos los países por ser consustanciales a la naturaleza de la actividad hospitalaria, y los específicos de cada país y cultura organizativa. No obstante, existen orientaciones generales que han demostrado su eficacia para lograr un funcionamiento razonablemente bueno de los hospitales; de ellas es de interés mencionar las siguientes:
    - Establecimiento de un órgano colegiado de gobierno y control del hospital (Juntas de Gobierno/Consejos de Administración) que asegure el control corporativo del centro. Caben múltiples formas organizativas, lo esencial es la existencia de un órgano colegiado que sea el depositario de la autoridad decisoria máxima en el hospital y ante el cual deban responder periódicamente los gestores.
    - Reglas que garanticen que los gestores que dirigen el hospital son profesionales solventes, con un contrato por tiempo fijo y responsables ante el Consejo de Administración. Es esencial que la dirección de todas las áreas de hospital (gestión general, clínica, enfermería, hostelería etc.) recaiga en personas de competencia acreditada y que los procedimientos de contratación sean transparentes y adecuados.
    - Amplio margen de autonomía.
    - Financiar los hospitales a través de un presupuesto global basado en compromisos explícitos y pactados de niveles de actividad cuantificados (Contratos de Gestión o Contratos-Programa, entre el financiador/Seguridad Social y el centro) sobre cuyo cumplimiento ha de responder el equipo gestor.
    - Diseñar fórmulas que permitan aprovechar las economías de escala de todo tipo que son necesarias para optimizar la gestión de los hospitales, de modo que éstos se beneficien con servicios comunes que incrementen la eficiencia (centrales de compras, por ejemplo).
    - Desarrollar un sistema eficaz para medir la actividad de todas las unidades del hospital y controlar la calidad y costes. Estos sistemas han de ser diseñados teniendo en cuenta el coste de la información y la utilidad que ésta tiene para la toma de decisiones y la evaluación, evitando el peligro de incorporar sistemas excesivamente sofisticados y caros.
    - Utilizar la comparación de los costes de unidades similares en distintos hospitales de la red (benchmarking) como base para incentivar la eficiencia y disponer de costes y presupuestación de referencia.
    - Crear y dar eficacia a órganos consultivos en los que los médicos del hospital participen activamente (Juntas Facultativas, Comisión de credenciales, Comisiones de Calidad, etc), y poner en marcha mecanismos para que el conjunto del personal participe en el seguimiento de la gestión del hospital.
    - Establecer sistemas de procedimientos y responsabilidades para la garantía de la calidad asistencial y hotelera.
    - Hacer posible legalmente que los hospitales se puedan beneficiar de la generosi-

dad de la población hacia ellos, en forma de donaciones y legados.

La contratación externa de servicios especializados, que es una necesidad en muchos casos, puede ser convertida en un muy eficaz instrumento de gestión, algunas de cuyas pautas y métodos de contratación pueden ser aplicables también para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios propios.

Estos contratos varían dependiendo del producto o servicio contratado, de su nivel de detalle, y de las consecuencias que tenga la ruptura de sus cláusulas para los firmantes. Es interesante comprobar como esta tipología de contratos incluye las fórmulas de financiación que se emplean con los servicios propios (integrados).

El diseño de los contratos de compra de servicios sanitarios es de una importancia central para que el contrato sea un instrumento efectivo y útil. Su diseño tiene ciertos elementos esenciales (ver cuadro adjunto) que admiten grados muy variables de detalle y complejidad. La claridad de las cláusulas contractuales permiten definir con toda la precisión que sea aconsejable las responsabilidades de las partes y especificar todos los aspectos que interesen de los servicios: volumen, calidad, plazos, precios, etc.

Los contratos con proveedores externos de servicios se suelen llamar contratos “duros” porque las partes son autónomas entre sí, con personalidad jurídica diferenciada, de modo que el contrato tiene naturaleza mercantil y está sometido a las reglas que rigen éstos. Los contratos internos se suelen llamar “blandos” porque no son documentos jurídicos, legalmente vinculantes ante los tribunales ya que las partes no son realmente autónomas entre sí. Propiamente hablando se trata de acuerdos o compromisos. La utilización de contratos internos representa un instrumento de gestión con el que los compromisos y objetivos de los distintos niveles de la organización quedan formalizados y explicitados.

El esquema de territorialización de los servicios de salud tiene una doble dimensión. De un lado, la jerarquización de la atención a los pacientes en niveles según su complejidad (Atención de primer nivel local, Hospital General, Hospital de alta especialización), de otro lado esta organización asistencial implica generalmente la existencia de

una organización paralela de la propia administración y gestión de los sistemas de salud. De este modo, en la administración de los servicios de salud tendríamos dos grandes niveles:

- Los servicios centrales que proveen de dirección corporativa a todo el sistema de Salud.
- La administración de los servicios a nivel periférico y operativo. Éstos a su vez se podrían dividir en tres niveles:
  - Una administración local de Servicio de Primer Nivel, ubicada en el Centro de Salud.
  - La administración de un Área o Distrito (con sus servicios de atención especializada).
  - Un nivel regional de organización de los servicios de salud. Por encima de ella están únicamente los Servicios Centrales responsables del conjunto del sistema de salud.

## Capacidad de respuesta y retos de los sistemas de salud en Latinoamérica

Los procesos de reforma de los sistemas de salud se intensificaron en América Latina a lo largo de la década de los 90. El objetivo explícito de estas reformas radicaba en conseguir la capacidad de prestar a todos los habitantes servicios de salud eficientes y de buena calidad, en respuesta a las necesidades de la población, alcanzando la mayor equidad y eficiencia posible en la utilización de los recursos y prestando una atención especial a los grupos más vulnerables y a los problemas prioritarios. Sin embargo, no siempre se ha logrado en la práctica extender la cobertura de salud a toda la población. Las políticas desplegadas en la mayoría de los países estuvieron más bien orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud, como consecuencia de las restricciones financieras y presupuestarias, producto de las crisis económicas. Los esfuerzos fueron más dirigidos hacia algunas tareas de focalización y de incremento de la oferta que a la definición creciente de esquemas de aseguramiento en salud garantizados públicamente.

Las estrategias para extender la provisión regular de servicios de salud a grupos sociales sin acceso o con acceso limitado a los mismos se concentraron, en muchos casos, en los modelos de financiamiento y organización del sistema, relegando a un segundo plano los objetivos de mejora de la accesibilidad y de calidad de las prestaciones. No obstante, los cambios organizativos y, en especial, los orientados hacia una mayor integración de los servicios sociales de salud en los países que tenían sistemas de salud muy segmentados, consiguieron incrementar la cobertura real de forma muy apreciable.

En la segunda mitad de la década actual, se está viviendo en América Latina un nuevo proceso de reformas, que centra sus objetivos en la extensión de la protección social en salud y la universalización, corrigiendo las tendencias privatizadoras que caracterizaron las reformas de los años 90, y que se está concretando en países como Ecuador, Perú, Bolivia, Venezuela, Argentina, Paraguay, Guatemala, Chile o Uruguay.

En la actualidad, se identifican en América Latina cuatro factores asociados a una baja capacidad de respuesta de los sistemas de salud:

- La **segmentación** o coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestaciones, generalmente compartimentalizados, que cubren diversos segmentos de la población, por lo general determinados por su nivel de ingreso o su capacidad para contribuir. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público deficiente y mal atendido, frecuentado por los pobres e indigentes, y en un sector privado con más recursos y orientado al cliente, concentrado en los segmentos más ricos. Entre ambos se sitúan los sistemas de seguro social que cubren a los trabajadores formales y a sus dependientes. Este tipo de organización genera y profundiza las desigualdades en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud.
- La **fragmentación** o existencia de muchas entidades no integradas dentro de un mismo subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción en el sistema en su conjunto y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención

para las personas atendidas por los diversos subsistemas. La suma de segmentación más fragmentación conduce con frecuencia a dobles y triples coberturas dentro del mismo grupo familiar, con la consiguiente ineficiencia en la asignación de recursos.

- El **predominio del pago directo** parcial o total en el punto de atención o en el gasto en medicamentos que determina que la posibilidad de recibir la atención de salud requerida dependa parcial o totalmente de la capacidad de pago de cada persona. Este tipo de financiamiento determina un alto grado de inequidad en el sistema y falta de protección.
- Una **rectoría débil** o poco desarrollada, que impide el establecimiento de reglas del juego justas en la relación entre el usuario y el proveedor de servicios y adolece de una formulación explícita insuficiente de los conjuntos básicos de prestaciones garantizadas por los diferentes esquemas de aseguramiento.

Las intervenciones que se han realizado en América Latina para extender la cobertura de salud y reducir la exclusión pueden agruparse en las siguientes categorías:

- **Establecimiento de regímenes especiales de seguro social no contributivo.** Se han practicado en varios países y están orientados a satisfacer las demandas de grupos especiales de población (madres, ancianos), sectores productivos (cultivadores de caña de azúcar y de café) o a temas específicos que se ha decidido priorizar (atención materno-infantil). Estas experiencias tienen éxito en el corto plazo y efectivamente logran incorporar a los grupos excluidos a quienes van dirigidas. Su principal dificultad radica en la falta de sostenibilidad, ya que generalmente se han financiado con recursos extraordinarios (como préstamos de las instituciones financieras internacionales), sin previsión de asignación presupuestaria regular que garantice su permanencia.
- **Esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental.** Permiten que algunos grupos excluidos se conviertan en

derechohabientes de un esquema de seguridad social sin cumplir con todos los requisitos de afiliación. Esta modalidad resuelve la problemática de la población excluida en la medida en que la autoridad pública esté dispuesta a seguir financiando el proceso. En muchos casos la provisión de servicios es diferente de la que contemplan los regímenes ordinarios del seguro social, lo que deriva en falta de equidad.

- **Expansión limitada de la oferta.** Se trata de iniciativas dirigidas a prestar servicios específicos a ciertos grupos poblacionales focalizados. Hay una amplia gama de experiencias en el continente que indican que esta modalidad puede contribuir a incorporar a los servicios de salud a una población que estaba excluida por diversas razones, y que puede resultar exitosa en el corto plazo. Las principales desventajas de este tipo de estrategia son la posible falta de sostenibilidad financiera y la falta de coherencia con otros esquemas de prestación de servicios.
- **Sistemas comunitarios de protección social.** Su principal característica es la gestión directa por los usuarios potenciales. Las experiencias existentes generalmente se refieren a comunidades con muy altos niveles de exclusión. Los casos exitosos reflejan situaciones en que se ha logrado articular bien estos sistemas con los servicios públicos y combinar distintas fuentes de financiamiento, a la vez que se respeta la participación comunitaria en los procesos de decisión.
- **Desarrollo gradual de sistemas unificados.** Suelen combinar un subsistema público, al cual tiene acceso con exclusividad la mayoría de la población y un subsistema privado complementario (seguros privados de salud) cuyos usuarios simultáneamente pueden tener acceso a los servicios del sistema público. Esta modalidad combina diversas fuentes de recursos (impuestos generales de los diversos niveles de gobierno, impuestos especiales y contribuciones). Las principales limitaciones están asociadas a la carencia de recursos y a la garantía de acceso a

los niveles de la atención de salud de alta complejidad, que generan la necesidad de poner en marcha procesos de construcción de redes integradas de servicios a nivel regional. Un ejemplo de esta modalidad es el Sistema único de salud del Brasil.

La reducción de la exclusión en salud requiere de un abordaje que permita sumar diversas modalidades de intervención. Es necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la rectoría, del financiamiento, del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se refuercen entre ellas.

Los retos de futuro son múltiples. En el ámbito de la rectoría, los principales desafíos son lograr situar la extensión de la protección social en salud en el centro de la agenda política gubernamental e incorporar en la lucha contra la exclusión a todos los actores relevantes. En el ámbito del financiamiento, el principal reto es organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento para permitir abordar los requerimientos en salud de la población en un marco de equidad. En relación con el aseguramiento en salud, es necesario encontrar el balance adecuado entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria y los de financiación privada, evitando los costos de transacción y los riesgos de inequidad derivados de los esquemas segmentados, muy fragmentados y débilmente regulados que hoy prevalecen en numerosos países de la región latinoamericana. En el ámbito de la provisión de servicios, el desafío fundamental es reorientar el modelo de atención, introducir los incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales contribuyan a reducir o a eliminar la exclusión y evitar los mecanismos que puedan fomentarla, como el pago directo de bolsillo o los subsidios públicos a pacientes cubiertos por seguros privados. Para ello, es necesario privilegiar las estrategias orientadas a fortalecer la accesibilidad a los servicios de salud, garantizar la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sistema de salud, y fortalecer la demanda de servicios de las poblaciones con mayor riesgo de exclusión, capacitando a los usuarios para que conozcan y ejerzan sus derechos a la atención de salud.

## Tipología de Sistemas de Salud en América Latina

La mayoría de los sistemas de salud de América Latina, con la excepción de Cuba, presentan tres subsectores claramente diferenciados:

- El subsector público, que cubre fundamentalmente a los indigentes y que brinda prestaciones orientadas a la prevención, la curación y el saneamiento.
- El subsector de la seguridad social, que cubre a los trabajadores del sector formal y en algunos casos a sus dependientes.
- El subsector privado, que generalmente atiende a los sectores de mayores recursos.

Siguiendo a Madies, Chiarvettil y Chorny, es posible clasificar los sistemas de salud en América Latina atendiendo al grado de integración o segmentación de estos subsistemas, de la siguiente forma:

### *a) Países con **sistemas públicos integrados** (Costa Rica, Cuba):*

Estos sistemas proporcionan cobertura universal financiada sobre la base de impuestos y por asignación de presupuestos globales. Cuba ofrece la atención por medio de proveedores públicos de servicios. Costa Rica cuenta con un subsector del seguro social coordinado con el subsector público, que actúa como modelo predominante de aseguramiento y provisión, mientras que el subsector privado tiene un papel minoritario como complemento del aseguramiento público.

En estos sistemas existe poca distancia entre la cobertura real y la teórica. La población excluida se encuentra fundamentalmente entre los adultos mayores, algunos enfermos crónicos y los inmigrantes. En general, las políticas y estrategias para extender la cobertura están orientadas a mejorar la calidad de la prestación y se focalizan en los grupos vulnerables.

### *b) Países con **sistemas de aseguramiento mixto regulado** (Argentina, Chile, Colombia, Uruguay):*

Se caracterizan por contar con diversas formas de financiación, aseguramiento y provisión de servicios, con importantes grados de regulación pública. El subsector público cubre, en principio, a toda la población, aunque en la práctica sus destinatarios son los grupos que no están cubiertos por los otros subsectores. El subsector del seguro social, que cubre a más de la mitad de la población, se financia con los aportes y contribuciones de los empleadores y trabajadores, y la provisión de servicios se realiza por conducto de instituciones privadas (Instituciones de Salud Provisional, ISAPRE, en Chile; Entidades Prestadoras de Salud, EPS, en Colombia), sindicales (Obras Sociales en Argentina) o estatales (Administración de los Servicios de Salud del Estado y Banco de Previsión Social, entre otras, en Uruguay). El subsector privado está organizado y ofrece distintos planes de servicios de salud.

En estos sistemas, las causas de la diferencia entre la cobertura teórica y la real se encuentran fundamentalmente en las deficiencias de los mecanismos de asignación y distribución de recursos, la falta de coordinación y articulación entre los subsectores, el gasto superior de los seguros privados y el seguro social en relación con el del subsector público, la fragmentación del sistema y el sesgo de los seguros en favor de los cotizantes de mayores ingresos. Un número importante de personas que trabajan sólo a tiempo parcial o en zonas rurales se encuentran desprotegidas por el seguro social.

### *c) Países con **seguro de salud unificado** (Brasil):*

En Brasil la financiación de la salud es pública y la provisión es mixta. El sistema brasileño tiene un seguro social con tendencia a la unificación y a la cobertura universal.

Las causas de la disparidad entre la cobertura teórica y la real radican en las fallas en la atención, que generan un volumen importante del pago privado de bolsillo o mercados de seguros privados, que a veces se combinan con el aseguramiento público y que cubren a 20% de la población. Aunque se ha logrado incrementar la cobertura real, las carencias en la regulación impiden lograr mejores resultados.

La población sin cobertura real está constituida fundamentalmente por los sectores pobres y rura-

les, la población negra e indígena, los individuos sin empleo o con bajos ingresos, los niños menores de 3 años, los adultos mayores y las mujeres.

*d) Países con **sistemas segmentados** (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela):*

Este es un subgrupo heterogéneo de países en términos de financiación y provisión, que se caracteriza por la profunda falta de integración entre sus distintos subsectores.

En general, en estos países la distancia entre la cobertura real y la teórica se debe a la ineficiencia del subsector público en la asignación de fondos, la fracción variable de la población cubierta por el seguro social, la segmentación del seguro social en múltiples entidades de aseguramiento que comprometen su eficiencia y el escaso desarrollo de los seguros privados, a pesar de su tendencia a la expansión.

Dentro de este grupo de países, la exclusión afecta especialmente a la población rural de escasos recursos debido a la poca oferta de servicios, que se encuentran concentrados en las zonas urbanas y periurbanas.



## Integración o segregación de la protección social en salud

El objetivo de aumentar la cobertura de la protección social en salud se desmarcó, por primera vez en los años ochenta y noventa del siglo XX del objetivo más integral de aumentar también la cobertura social previsional (pensiones de jubilación o retiro y desempleo).

Hasta el inicio de las reformas economicistas de los años 80 y 90 del siglo XX, en Latinoamérica el aumento de la cobertura social en salud había ido siempre de la mano del aumento de la cobertura de la Seguridad Social, constituyendo la atención social en Salud una prestación en especie de la Seguridad Social. Una prestación, por cierto, muy importante, tanto por su inmediatez como por su popularidad y por sus resultados en el bienestar de la población.

En las reformas de la Seguridad Social que se sucedieron en Latinoamérica en los veinte años finales del siglo pasado, la protección social en salud empezó a independizarse de la Seguridad Social, iniciándose la constitución de seguros públicos o parapúblicos exclusivos para la atención social en salud. Con esta estrategia se buscaba soslayar el problema financiero de las pensiones o jubilaciones de retiro confiando en que, sin ese lastre, sería posible extender la cobertura social en salud a los grupos sociales (entre ellos, la población agrícola y los pueblos indígenas, que conjuntamente considerados constituyen en muchos países la mayoría de la población), que carecían de esta ventaja.

Aunque es cierto que la separación del seguro obligatorio de salud del resto de la Seguridad Social facilita la inmediata extensión de la cobertura social en salud, también es cierto que, como efecto de la segregación, el efecto positivo de esa extensión de la cobertura queda disminuido por la falta de solución de los problemas que la cobertura de Seguridad Social tiene como misión paliar o resolver, como son, por ejemplo, la carencia de ingresos al caer en el desempleo o al pasar a la situación de jubilación el cabeza de familia. La Seguridad Social integral, al mantener los ingresos mantiene la nutrición y el hábitat, fundamentos de salud.

Las ventajas que para una inmediata extensión de la cobertura social en salud tiene separar el Seguro Obligatorio de Salud de la Seguridad Social previsional han sido bastante estudiadas. No ha sido ese el caso, sin embargo, de las desventajas, entre las cuales una de las más evidentes es la tendencia a cargar sobre el Seguro Obligatorio de Salud problemas de falta de bienestar social que corresponden a otras instancias.

Si en algún segmento de la población latinoamericana las condiciones de "no bienestar social" derivadas de la falta de infraestructuras higiénico-sanitarias y de la falta de ingresos regulares (salariales o no) son graves desde el punto de vista de la salud/enfermedad, es en el sector de los pueblos indígenas y en el sector agrícola general.

La reforma de los Sistemas de Salud es más compleja que la reforma de la Seguridad Social previsional porque:

- Afecta a una población mayor.
- Los beneficios de la extensión de la cobertura social en salud se esperan inmediatos, no a largo plazo como ocurre con la extensión de las pensiones.
- La provisión de servicios de salud es inmensamente más compleja de efectuar que la provisión de pensiones.
- El mercado de la atención de salud es muy imperfecto y tiene grandes asimetrías de información (médico/paciente y políticos/población).
- Muchos servicios de salud tienen unas externalidades positivas importantes e involucran bienes públicos.
- Los usuarios de los servicios de salud son diversos, y también lo son los organismos que los han de atender.
- Debido a la complejidad de la provisión de servicios de salud el número de empleados en las Organizaciones de Salud (hospitales, ambulatorios) multiplica el número de empleados de la Seguridad Social previsional.

En los últimos años, de los diecisiete países Latinoamericanos sólo diez han realizado reformas estructurales de la Seguridad Social previsional, mientras que todos menos Cuba han realizado re-

formas en sus sistemas de Salud aunque de muy diferente profundidad, extensión y grado de desarrollo.

## La Seguridad Social y el enfoque de Protección Social

La salud es un componente fundamental de la Seguridad Social que los Estados tienen obligación de garantizar a sus ciudadanos ante las contingencias que puedan afectarla. En el nuevo enfoque de la Protección Social, más amplio que el anterior de la Seguridad Social, la responsabilidad del Estado no se limita a la solución de problemas de salud sino a prevenir los diferentes tipos de riesgos (naturales, económicos, violencia, etc.) que puedan afectar la salud y el bienestar de las personas y comunidades, independientemente de la capacidad de pago por parte de los beneficiarios.

La vulnerabilidad se entiende como la posibilidad de ser afectado o perjudicado por un riesgo o tener una amenaza de cualquier naturaleza, y no estar en capacidad plena para enfrentarlo y resolverlo. La vulnerabilidad puede provenir de situaciones continuas y permanentes como son la ancianidad, la discapacidad o la pobreza permanente; o deberse a condiciones temporales, como es la dependencia durante la niñez, la enfermedad, el desplazamiento forzoso, las guerras, los desastres naturales o la pérdida de ingresos por crisis económicas.

Bajo el enfoque de protección social se ha concluido que los fenómenos de pobreza y exclusión se producen debido a la concreción de eventos (riesgos) impredecibles que determinan la disminución de los ingresos y la afectación de la calidad de vida de un individuo, una familia o una comunidad, y que, por lo tanto, se deben adoptar medidas de carácter social para evitar la concreción de los riesgos, reducir los niveles de vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales, mitigar sus efectos, a través de la promoción y el fortalecimiento de estrategias comunitarias para el manejo de riesgos y en última instancia superarlos.

En ese contexto, los planteamientos de la protección social tienen en cuenta y caracterizan el fenómeno de la exclusión como un concepto diferente, pero muy relacionado con la vulnerabili-

dad, que se concreta en la imposibilidad de acceder total o parcialmente a los componentes de la protección social, un bajo nivel de bienestar, un mayor grado de vulnerabilidad y la imposibilidad de ejercer ciertos derechos en función de niveles de bienestar aceptables.

El esquema de protección social propone el manejo de los riesgos de manera preventiva y con una connotación social, es decir, incorporar a todos los actores sociales y a las estrategias formales e informales en la prevención, mitigación y superación de los riesgos.

En el caso de los pueblos indígenas, la exclusión se ha dado por situaciones como su ubicación en zonas de difícil acceso, el desconocimiento de sus particularidades culturales por parte de la sociedad hegemónica, el desprecio por sus usos, costumbres y tradiciones, lo que hace que estos grupos se encuentren marginados, discriminados y excluidos de los bienes y servicios necesarios para la satisfacción de sus necesidades y el disfrute pleno de sus derechos.

Por ello, la Organización Internacional del Trabajo promovió el Convenio 169 de 1989 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes, que en su Artículo 24 señala que: "Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna" y en su artículo 25 establece que se debe velar "porque se pongan a disposición de los pueblos interesados los servicios de salud adecuados, proporcionando a dichos pueblos los medios que le permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo posible de salud física y mental", es decir, que se organicen de manera comunitaria, se planeen y administren en cooperación con estos pueblos teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales o se les proporcionen los medios a estos pueblos para prestar dichos servicios, y que se le de preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

Recientemente han surgido muchas investigaciones sobre exclusión social, una de ellas, llevada a cabo por el Banco Interamericano de Desarrollo, la cual define el concepto de exclusión social como la negación a la igualdad de acceso a las oportunidades que imponen unos grupos de la sociedad sobre otros, donde éstos pueden ser definidos con base en costumbres o características especiales. Además, en los últimos años se ha presentado una creciente preocupación de los países del mundo entero en lo que se refiere al mejoramiento de las inequidades y las condiciones deficientes de salud de los pueblos indígenas.

Esto coincide con iniciativas relativamente recientes de organismos internacionales y gubernamentales, por formular políticas y programas acordados con las características de los pueblos indígenas, de manera que contribuyan a superar la situación inequitativa y por consiguiente desventajosa, que los afecta en términos de Interculturalidad.

Así, en el campo de la Seguridad Social para los pueblos indígenas, se pretendería por el establecimiento de un marco conceptual que redimensione conceptos como salud, enfermedad, sanidad y calidad de vida desde la perspectiva de un tratamiento diferencial, no a ultranza, que busca incorporar los elementos de la interculturalidad como una realidad jurídica que reconoce la pervivencia al interior de la nación de multiplicidad de etnias y culturas diferentes, entre las cuales debe promoverse relaciones permanentes de intercambio de lo "mejor" de cada una de ellas, de acuerdo a principios universales como la solidaridad, el reconocimiento de valores, el entendimiento, la participación, el respeto, la convivencia, en fin, todos aquellos elementos que refutan la existencia de posiciones etnocentristas endógenas y exógenas y que afectan los espacios para el desarrollo y el afianzamiento de las autonomías de cada pueblo y cultura

En este contexto, nos podríamos acoger al denominado "enfoque de derechos en las políticas y estrategias de desarrollo", que considera el derecho internacional sobre derechos humanos principalmente como un marco conceptual que es aceptado por la comunidad internacional y que puede ofrecer un sistema coherente de principios y reglas en el ámbito del desarrollo. También lo mira como una guía amplia acerca de: la forma de llevar a cabo el proceso de cooperación y asisten-

cia; la participación social en ese proceso; las obligaciones de los gobiernos donantes y receptores; la manera de evaluar la asistencia, y los mecanismos de rendición de cuentas y responsabilidad que deberían establecerse a nivel local e internacional.

Este marco conceptual podría contribuir además a definir con mayor precisión las obligaciones de los Estados frente a los principales derechos humanos involucrados en una estrategia de desarrollo, tanto económicos, sociales y culturales como civiles y políticos. En líneas generales, el enfoque basado en derechos considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado. Al introducir este concepto se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Las acciones que se emprendan en este campo no son consideradas sólo como el cumplimiento de mandatos morales o políticos, sino como la vía escogida para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos. Los derechos demandan obligaciones y las obligaciones requieren mecanismos para hacerlas exigibles y darles cumplimiento.

## La financiación de los sistemas de protección social en salud

Los sistemas de protección social de salud que predominan en el mundo son el sistema de seguros sociales para los trabajadores, concebido por Bismarck, y el sistema de provisión de servicios sociales de carácter universal, modelado por Beveridge.

En la financiación de los sistemas de protección social en salud pueden distinguirse dos modelos fundamentales: el universal y el profesional.

El **modelo universal**, de carácter asistencialista, trata de atender situaciones genéricas de necesidad, independientemente de cualquier relación con el trabajo o aportación contributiva.

En este modelo, de carácter no contributivo, la financiación proviene de los recursos fiscales, lo que significa que el conjunto de la población financia con sus impuestos, tasas u otros ingresos fiscales el sistema de cobertura ante una necesidad social que puede afectar a cualquiera de los ciudadanos. No se establece ninguna relación entre el derecho y cuantía de las prestaciones y una aportación contributiva previa. Su campo de aplicación, es decir, la población protegida, se extiende al conjunto de los ciudadanos residentes en el país. Es el modelo propugnado por Beveridge y aplicado en los países anglosajones en donde las prestaciones se configuran como un derecho ciudadano.

El **modelo profesional**, de origen bismarckiano, centro europeo, tienen un carácter contributivo, de contenido más asegurativo. La población protegida son los trabajadores y por extensión, mediante derecho derivado, sus familiares más allegados. Las prestaciones dan cobertura tanto a las contingencias comunes como a las derivadas de los riesgos profesionales.

En este modelo, la financiación corre a cargo de las cotizaciones sociales, en base a las cuales se determina el derecho a las prestaciones así como su cuantía. Las cotizaciones son satisfechas por los empresarios y trabajadores, o solamente por los empresarios, según se trate de contingencias comunes o profesionales y el sistema de financiación que se aplique.

En los modelos mixtos coexisten prestaciones con cobertura estrictamente contributiva o profesional junto con manifestaciones no contributivas y de cobertura universal. De este modo se complementan entre sí las prestaciones logrando una mayor eficacia protectora.

## Los retos de la financiación de la salud en América Latina

Prácticamente la totalidad de los sistemas nacionales de Seguridad Social de América Latina ha padecido históricos desequilibrios financieros y actuariales, debidos a las siguientes causas:

- Altas tasas históricas de inflación que erosionaron el valor de las inversiones y de los recursos acumulados.

- Injerencia estatal en la conformación de las carteras de inversión, que se constituían en función de criterios políticos y no de rentabilidad.
- Falta de idoneidad profesional en el campo de gestión de las inversiones por parte de las instituciones encargadas de administrar los fondos acumulados.
- Incorporación de nuevos beneficios sin financiamiento adecuado.
- Tentación política de habilitar el acceso a las prestaciones sin cumplir los requisitos de calificación previos.
- Evasión de aportes por parte de los empleadores.
- Falta de cumplimiento de las obligaciones financieras que los diferentes regímenes ponen a cargo del Estado.
- Resistencia política a ajustar las tasas de aportación, o dificultades para hacerlo atendiendo a su ya elevada cuantía.
- Resistencia política a aumentar los requisitos para acceder a las prestaciones, especialmente considerando la estructura de edades de la población de cada uno de los países y el aumento en las expectativas de vida.
- Carencia de informaciones confiables para estudios de rigurosidad técnica aceptable.
- Ausencia de estudios prospectivos de mediano y largo plazo.
- Improvisación legislativa.

En los países donde las prestaciones de salud a cargo de la Seguridad Social tienen mayor participación relativa en el total del gasto, es necesario mencionar al menos tres factores adicionales:

- El aumento constante de los costos de atención de salud.
- El traspaso de fondos destinados a la cobertura de riesgos de invalidez, vejez y supervivencia a servicios del sector salud.
- La orientación esencialmente curativa y hospitalaria de la atención de salud.

Durante la década de los 80, la tendencia se agravó por efectos de la recesión, el desempleo y

el crecimiento del sector informal de la economía. En algunos países, donde más urgente y necesaria era la introducción de reformas, los responsables políticos optaron durante muchos años, por evitarlas, intentando paliar los problemas de financiación a través de procedimientos indirectos, como la pauperización del nivel de los beneficios, el no cumplimiento del pago de las prestaciones o la generación de déficit fiscal para afrontar los compromisos financieros. Todo esto provocó en la población una crisis de confianza y de legitimidad hacia al sistema político y las Administraciones, que se tradujo en una valoración fuertemente negativa hacia el sistema tradicional de cobertura de riesgos.

### Las fuentes de financiación posibles

Las múltiples formas y fuentes de financiación de la salud posibles pueden ser agrupadas, para nuestro propósito, en sólo tres grandes grupos: el pago directo de los individuos/ familias; los seguros públicos o privados; y, la financiación pública con recursos fiscales generales.

El **pago directo** por la atención de salud es la más simple y espontánea forma de financiación de la atención de salud. Resulta de una decisión individual respaldada por una capacidad de pago personal. No es solidaria y no requiere solidaridad; no se vincula al objetivo de la equidad o de la universalidad pero puede contribuir para ellas o dificultarlas. Genera una atención de alta calidad en la perspectiva individual que es, al mismo tiempo, generalmente ineficiente e ineficaz en la dimensión social. Exige, para una atención integral, niveles de ingreso altos que en la situación de América Latina son privilegio de una minoría. No puede, en consecuencia, ser un mecanismo preferente para la expansión de la protección social en la Región. Sin embargo, las necesidades de salud son en extremo impositivas: tienden a aumentar con la elevación del ingreso y a ser casi irreductibles en los ingresos más bajos. En efecto los pobres gastan directamente, proporcionalmente al ingreso, mucho más en su salud que los ricos cuando no hay una protección social efectiva. Un ejemplo doloroso es el costo absoluto y proporcional del agua para las poblaciones no servidas por redes de abastecimiento público o el costo adicional de padecimientos crónicos o repetitivos o los costos indirectos de la atención pública. Los pobres llegan a pagar más de 60 veces

lo que pagan los ricos por unidad del agua que consumen gastando hasta más de  $\frac{1}{4}$  de su ingreso por un agua escasa y de peor calidad; pueden tener costos permanentes (medicamentos, etc.) similares a los ricos por los padecimientos crónicos; y, en general, gastan más tiempo, transporte y otros ítems para obtener la atención que requieren. Esa situación es central en la opción de mecanismos de protección social socialmente justos y eficaces.

Los **seguros prepagos** responden a la necesidad de evitar situaciones catastróficas debido a la imprevisibilidad individual de la enfermedad o lesiones, distribuyendo solidariamente los riesgos entre muchos; pueden aumentar la eficiencia en relación a los pagos directos, por mejor previsibilidad, mejor gestión de los recursos y la competencia entre ellos. Cuanto más amplios e integrados sean, mayor será su eficacia social. Los seguros voluntarios tienden a ser selectivos por niveles de ingreso; aumentan el riesgo moral y, por ende, su contribución a la equidad es restringida y puede ser negativa (cotizaciones diferenciadas por riesgos, selección adversa de asociados y de coberturas, y subsidios públicos explícitos o implícitos socialmente perversos, etc.). Los seguros universales obligatorios corrigen muchas de esas deficiencias pero plantean problemas en la selección de la(s) base(s) de contribución. Los seguros locales, de base poblacional comunitaria o de grupos funcionales, presentan dificultades de sustentabilidad y de insuficientes coberturas; justificándose, en general, sólo cuando están asociados (son complementarios de ) a esquemas más amplios y públicos de aseguramiento.

La **financiación pública y universal vía tributos generales** tiene el mayor potencial de solidaridad y de contribución efectiva a la equidad, a la universalidad y a la integralidad de la atención; es, en principio, la forma preferente y socialmente más eficaz de financiación de la salud. Los grandes interrogantes son su viabilidad política y factibilidad económica en volumen y manera adecuados. La financiación pública general será equitativa, solamente si la tributación (régimen tributario) que la sustenta es socialmente justa, económicamente positiva para la producción y con la capacidad de alcanzar los niveles de suficiencia y permanencia requeridos y posibles en las condiciones del desarrollo nacional. Depende, en definitiva, del sistema tributario que, incluso, debe constituir por sí mismo un instrumento de protec-

ción social, en la medida que favorezca el empleo y el ingreso y el consumo básico de los pobres. Hay campo para progresar mucho en ese sentido en América Latina si hubiese condiciones de viabilidad política. El obstáculo, por lo tanto, para un aseguramiento público (financiación) general vía recursos tributarios, es (dentro de límites) más político que económico.

En consecuencia de todo lo anterior, el modelo financiero de la salud en América Latina debe basarse, preferentemente, en el "seguro" público universal financiado con recursos tributarios generales: es el mecanismo más incluyente, solidario, integrador y equitativo, siempre que esté sustentado por un sistema tributario adecuado. Una alternativa podría ser un seguro público universal y obligatorio con cotizaciones socialmente progresivas y cobertura uniforme. Pero en las condiciones actuales de América Latina tal seguro es prácticamente inviable, pues los regímenes de Seguridad Social actuales son una plataforma insuficiente para ello (base de cotización, insuficiencia actuarial para los regímenes de pensión y otras prestaciones financieras, etc.), y un nuevo y específico seguro para la salud sería de muy difícil aprobación e implantación.

El financiamiento público de base tributaria, aun en condiciones óptimas, no será suficiente en muchas situaciones. Una complementación inteligente con otros mecanismos puede ser necesaria y hasta ventajosa por sí misma:

- La minoría de altos ingresos estará siempre dispuesta a pagar más por coberturas adicionales, comodidades y privilegios en la atención. Esa posibilidad debe ser mantenida y estimulada con incentivos fiscales moderados y selectivos que ayuden a reducir la evasión y elusión tributarias.
- La contribución directa de contrapartida puede ser utilizada como moderadora de demanda en situaciones seleccionadas o como complemento de coberturas no prioritarias. Los seguros voluntarios, bien regulados, pueden absorber parte de la demanda de sectores pudientes de la población aliviando la presión sobre el financiamiento público principal. El poder público además de regular la operación de esos seguros puede incentivarlos en la

misma manera que al pago directo (i) pero evitando los subsidios del financiamiento central. Un caso especial lo constituyen los seguros (micro) de base local/comunitaria o funcional; esos seguros pueden ser promovidos como formas complementarias de cobertura e instrumentos de expresión o facilitador de la participación social, en la medida que funcionen en forma articulada con el "seguro" universal.

Un sistema mixto como el caracterizado en los párrafos anteriores controlaría la excesiva segmentación y podría ampliar rápidamente la protección social en salud en la Región en concordancia con los principios y objetivos compartidos en materia de salud.

## Normas relativas a la estructura y cobertura del sector salud en los países latinoamericanos

### República Argentina

#### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

En Argentina el sistema de salud está fragmentado en tres subsectores principales que cubren a múltiples grupos. El subsector público gratuito está compuesto por hospitales y otras instalaciones de las provincias (también en los municipios más grandes; unos pocos hospitales que dependían de la Nación fueron traspasados a las provincias) que cubren a la población pobre o de bajo ingreso, así como a la mayoría de los trabajadores independientes. Los hospitales públicos brindan cobertura a la población que lo solicite y de hecho también sin cargo a parte de la población asegurada. El subsector del seguro social obligatorio u Obras Sociales, organizado de manera fragmentada por ramas de actividad, cubre de manera obligatoria a todos los trabajadores asalariados de cada rama (así como a los independientes de forma voluntaria) y sus familiares dependientes; ha sido mayormente administrado por los sindicatos, ofrece prestaciones diversas en base al ingreso variable por la cotización de sus afiliados pero con un paquete básico garantizado. Uno de los objetivos de la reforma fue extender la co-

bertura y el acceso a los no cubiertos, mediante un paquete básico obligatorio para todos los afiliados.

#### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución Nacional de la República Argentina, sancionada en 1994, no recoge directamente entre sus previsiones el derecho a la salud (de hecho, la palabra "salud" sólo aparece una vez en todo el texto constitucional, concretamente en el artículo 42, que establece que "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno"). Sin embargo, el derecho a la salud queda garantizado en virtud de la jerarquía constitucional de los Tratados Internacionales suscritos y ratificados por Argentina, entre los que se encuentran la Declaración Americana de los Derechos del Hombre (arts.VII y XI); la Declaración Universal de Derechos Humanos (arts.3º, 8º y 25º); el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos(art.24º); el Convención americana de Derechos Humanos (art.4º) y la Convención de los Derechos del Niño (arts.6º, 23º, 24º y 26º).

En relación con la protección social en general de los trabajadores, el art. 14 bis, en su párrafo tercero, establece que "El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna".

#### PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

*Ley N° 19032 – RÉGIMEN MÉDICO ASISTENCIAL PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.*

Sancionada el 13 de mayo de 1971. Crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Modifica el art. 6° de la ley 18610, de creación del Plan de Asistencia Médica Integral (PAMI).

*Ley N° 23660 - OBRAS SOCIALES*

Sancionada el 29 de diciembre de 1988 y publicada en el Boletín Oficial del 20 de enero de 1989

*Ley N° 23661 - SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD*

Sancionada el 29 de diciembre de 1988 y publicada en el Boletín Oficial del 20 de enero de 1989, crea en su artículo 1 el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5, quedan incluidos en el seguro todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales así como los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fija la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.

*Ley N° 24241 – RÉGIMEN GENERAL*

Sancionada el 23 de septiembre de 1993. Crea el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

*Ley N° 24714 – RÉGIMEN DE ASIGNACIONES FAMILIARES*

Sancionada el 2 de octubre de 1996 y publicada en el Boletín Oficial del 18 de octubre de 1996, esta Ley regula el Régimen de Asignaciones Familiares y dispone la creación de un consejo de administración para el Subsistema Contributivo.

(Nota: abrogada por segundo párrafo del art. 26 del Decreto n° 1382/2001 (B. O. 02/11/01) y restablecida su vigencia por Decreto n° 1604/2001, con excepción de normas correspondientes a prestaciones).

**NORMAS ESPECÍFICAS PARA EL ÁMBITO RURAL**

*Ley N° 25191 4 de noviembre de 1999 – COBERTURA DE LA CONTINGENCIA DE DESEMPLEO.*

Declara obligatorio el uso de la libreta del trabajador rural. Crea el Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores (RENATRE). Define los recursos a ingresar al mencionado registro. Establece sanciones por incumplimiento. Crea el sistema integral de prestaciones por desempleo (SIPRED).

*Decreto N° 453/2001 – REGLAMENTA LEY 25191. Sanción: 24 de abril de 2001.*

Reglamenta acerca del contenido de la libreta del trabajador rural, la integración y funcionamiento del directorio y de la sindicatura, la contribución de los empleadores y la recurribilidad de las sanciones.

*Decreto N° 606/2002 – CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR.*

Fecha sanción: 15 de abril de 2002. Complementa decreto n° 453/01 disponiendo la no reducción o deducción de la contribución a cargo de los empleadores.

**NORMAS COMPLEMENTARIAS LABORALES DEL RÉGIMEN RURAL**

*Ley N° 22248 – RÉGIMEN NACIONAL DEL TRABAJO RURAL*

Fecha sanción: 10 de julio de 1980. Define el contrato de trabajo agrario, su alcance y extinción. Conceptualiza el personal permanente y el no permanente. Establece las condiciones de trabajo a aplicar. Regula el régimen de licencias, remuneraciones, accidentes del trabajo y enfermedades, así como el ejercicio de la facultad disciplinaria en este ámbito. Legisla sobre trabajo de menores y de mujeres. Crea la Comisión Nacional de Trabajo Agrario.

## MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

*Ley 23.302- 1985 Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes.*

Declara el interés nacional por la atención y el apoyo a los aborígenes y a las comunidades indígenas del país. Su objetivo es la formulación de planes que permitan su acceso a la propiedad de la tierra y el fomento de su producción agropecuaria, forestal, minera, industrial o artesanal en cualquiera de sus especializaciones, la preservación de sus pautas culturales en los planes de enseñanza y la protección de la salud de sus integrantes. Esta Ley crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas.

## República de Bolivia

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

La Constitución y el Código de Seguridad Social estipulan la cobertura universal en salud, aunque éste es un mandato que aún está lejos de haberse cumplido.

El Bolivia hay tres subsectores de salud: el subsector público, el seguro social y el subsector privado. El subsector público está integrado por cuatro niveles: nacional a cargo del ministerio, regional a cargo de los departamentos, municipal y distrital. El seguro social está compuesto de 14 cajas o fondos de salud cada uno con su grupo de asegurados, que incluyen al trabajador asegurado, su cónyuge hijos y padres y hermanos dependientes, así como los pensionados; los independientes pueden afiliarse voluntariamente. El subsector privado se compone principalmente de organizaciones no gubernamentales, iglesias y otras entidades sin fines de lucro, y compañías de seguros comerciales y planes de medicina prepaga con fines de lucro. Existe además la medicina tradicional o informal importante en áreas rurales y urbano-marginales y, especialmente, entre la población indígena.

La ley de 1998 sobre seguro básico de salud y el plan estratégico de salud establecieron como objetivo el acceso universal a beneficios básicos de salud de calidad culturalmente apropiada. Las regulaciones posteriores aspiran a extender el paquete básico.

En la actualidad se está aplicando una política dirigida a permitir el acceso a los servicios de salud de la totalidad de la población boliviana a través del Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades. Para ello, se ha puesto en marcha el programa de "Salud familiar y comunitaria intercultural" y el programa de "Extensión de Coberturas" desde unidades fijas y unidades móviles de salud, para llegar a las poblaciones más dispersas y desprotegidas de todo el país. Su periodo de ejecución es del 2006 al 2010. También se ha puesto en marcha un proyecto de "Seguro Universal de Salud", que realizará una ampliación de las prestaciones en los seguros, incorporando de forma progresiva a grupos de beneficiarios en los seguros públicos de salud, realizando una complementación plurianual en los servicios de salud a nivel nacional.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución Boliviana de 1967, reformada por la Ley N° 2410, reconoce con carácter universal en su artículo 7° "Derechos y deberes fundamentales de la persona", en su inciso k) el derecho "A la salud pública y a la seguridad social, en la forma de terminada por esta Constitución y las Leyes"

### PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

#### CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL

El Código de Seguridad Social, aprobado por Ley de 14 de diciembre de 1956, es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar. El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familiares en los casos de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte. El Código de Seguridad Social es obligatorio para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en el territorio de la República y prestan servicios remunerados para otra per-

sona natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo, o contrato de aprendizaje, sean éstas de carácter privado o público, expresos o presuntos.

#### CÓDIGO DE SALUD

El Código de Salud de la República de Bolivia, aprobado por Decreto Ley n° 15620, de 18 de julio de 1978, estableció el derecho a la salud de todo ser humano que habite en el territorio nacional boliviano, sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.

*Decreto supremo núm. 25265, de 12 de enero de 1998, POR EL QUE SE CREA EL SEGURO BÁSICO DE SALUD.*

El seguro básico de salud pretende el acceso universal y está destinado a otorgar prestaciones esenciales de salud con calidad y adecuación cultural. Sus prestaciones tienen carácter promocional, preventivo, curativo y están orientadas a reducir, en particular, la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna. Se determinan, entre otras cuestiones, el acceso y las personas protegidas, las prestaciones (en beneficio de la niñez, de la mujer y de la población en general), el alcance de las prestaciones y la financiación.

*Ley 2426, de 21 de noviembre de 2002, DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL*

Crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de corto plazo, a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. La ley establece que las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutarán mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.

Por Ley 3250 de 6 de diciembre de 2005 se han ampliado las coberturas del Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional.

#### MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

*Resolución Ministerial 0231. Aprueba el Reglamento para la práctica de la Medicina Naturista*

*Decreto supremo 26330. Por el que se implementa el Seguro de Salud Básico Indígena y Originario.*

*Resolución Ministerial 0030. Reglamenta el Seguro Básico de Salud Indígena.* Establece entre sus componentes la interculturalidad y promoción de las medicinas tradicionales.

*Decreto supremo 28631.* Contempla la Creación del Viceministerio de medicina tradicional e Interculturalidad que tiene como metas:

- a) Diseñar la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria, en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico – cultural de los servicios de salud.
- b) Diseñar un modelo de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria, respetando la interculturalidad en las comunidades, pueblos, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitánías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país.
- c) Incorporar prácticas de medicina tradicional en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
- d) Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.
- e) Fomentar la investigación en medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud, y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.

#### República Federal del Brasil

##### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

La constitución de 1988 transformó el derecho de los trabajadores a la seguridad social en un dere-

cho universal e integral a la salud para toda la población, con énfasis en la cobertura y acceso universales.

El sistema brasileño de salud está compuesto de dos subsectores, el público y el privado.

El subsector público está constituido por el Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde, SUS), y por los programas de salud de las fuerzas armadas y la policía. El SUS es gratuito y ofrece una cobertura básica para toda la población, aunque es principalmente utilizado por los estratos pobres y de bajo ingreso. Su sistema de provisión y financiamiento está dividido entre tres niveles (federal, estatal y municipal), y una parte importante de sus unidades subcontrata servicios con el subsector privado. Los empleados públicos reciben una asignación estatal con la cual toman seguros privados, pero no pierden su derecho a atenderse en el SUS.

El subsector privado es de carácter voluntario y complementario, y está regulado y controlado por el gobierno federal. Es utilizado por los estratos de mediano y alto ingreso, lo cuales están asegurados en esquemas de prepago, cooperativas médicas o seguros de reembolso. Además, las grandes empresas tienen planes de salud, a veces subcontratados con aseguradas privadas. No obstante, un porcentaje importante de la población con seguro privado utiliza los servicios del SUS especialmente para atención compleja y costosa.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

El artículo 194 de la Constitución establece la universalidad de la cobertura y de la atención de la seguridad social, que comprende un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los Poderes Públicos y de la sociedad, destinadas a asegurar los derechos relativos a la salud, a la previsión y a la asistencia social, así como la uniformidad y equivalencia de sus beneficios y servicios a las poblaciones urbanas y rurales.

El artículo 196 establece que la salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

### PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

*Ley 8080, de 1990, DE CREACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD*

La Ley 8080 estableció el Sistema Único de Salud (S.U.S.) con directrices de descentralización y autonomía de gestión de los servicios de salud en los niveles estadual y municipal, con el desafío de cobertura integral para toda la población.

*Ley 8142, de 1990, SOBRE PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD*

La Ley 8142 adopta disposiciones sobre la participación de la comunidad en la gestión del sistema único de salud y sobre las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de la salud.

*Ley 8212, de 1991, DE SEGURIDAD SOCIAL*

La Ley 8212, de 24 de julio de 1991, actualizada por la ley 10256 del 9 de julio de 2001, dispone sobre la organización de la seguridad social, instituye un plan de gastos, y dicta otras disposiciones. Es una "ley orgánica de seguridad social", que establece las orientaciones en materia de salud, previsión social, asistencia social, organización y financiamiento. Se determina quiénes son los asegurados (arts. 12-14) y se definen las empresas y los empleadores que quedan cubiertos por la ley (art. 15). Se fijan las modalidades de las contribuciones de las distintas categorías de trabajadores asegurados (arts. 20-62) y se dictan orientaciones generales para modernizar la seguridad social (arts. 63-84).

*Ley 8213, de 1991, SOBRE LOS PLANES DE BENEFICIOS DE LA PREVISIÓN SOCIAL*

La Ley 8213, de 24 de julio de 1991, (actualizada al 27 de diciembre de 2000) desarrolla lo establecido en la ley núm. 8212 en relación con los planes de beneficios de la previsión social.

*Ley 8540, de 1992, SOBRE CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR RURAL A LA SEGURIDAD SOCIAL*

Por esta Ley se dispone sobre la contribución del empleador rural a la seguridad social y se adoptan otras disposiciones, modificándose ciertas disposi-

ciones de las leyes núms. 8212, de 24 de julio de 1991 y 8315, de 23 de diciembre de 1991.

### **MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**

*Ley 9.836.* Dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes y de otras providencias, instituyendo el Subsistema de Atención a la Salud Indígena.

*Decreto núm. 3156, de 27 de agosto de 1999, SOBRE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A LOS PUEBLOS INDÍGENAS*

Este decreto dispone sobre las condiciones para la prestación de asistencia sanitaria a los pueblos indígenas, en el ámbito del Sistema Único de Salud, por parte del Ministerio de Salud.

Instrucción Ministerio de Salud N.254. Aprueba la Política de Atención Nacional de Pueblos Indígenas.

*Instrucción FUNASA 852 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas*

*Instrucción Ministerio de Salud 70/GM.* Aprueba las directrices de gestión de la Política de Atención de Salud Indígenas. Crea el Consejo Consultivo de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.

*Instrucción 644* Creación del Foro Permanente de Presidentes dentro de los distritos sanitarios especiales Brasil

*Instrucción presidencial por la que se crea la Comisión Nacional Política Indigenista*

## **República de Colombia**

### **ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD**

La constitución de 1991 y la ley de 1993 ordenaron la universalidad de la cobertura de salud. Las fuerzas armadas, la policía, el magisterio y los trabajadores petroleros mantienen sus propios programas y cobertura al margen del sistema general.

En el sistema general, se distinguen dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo cubre obligatoriamente a los trabajadores del sector formal así como los pensionados, y a los familiares dependientes del asegurado. El régimen subsidiado cubre a la población de escasos recursos que no tiene capacidad contributiva, como trabajadores informales, trabajadores independientes que ganan menos de dos salarios mínimos y desempleados, así como sus familiares, mediante transferencias del régimen contributivo y de la nación, los departamentos y municipios.

### **REFERENCIAS CONSTITUCIONALES**

La Constitución colombiana de 1991, en su título II "De los derechos, las garantías y los deberes", Capítulo 2 "De los derechos sociales, económicos y culturales", artículo 48, reconoce el derecho universal e irrenunciable a la Seguridad Social, a la que define como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Para ello, el Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social, que podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

*Ley 10, de 10 de enero de 1990, POR LA QUE SE REORGANIZA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*

Define la salud como un servicio público a cuya prestación tienen derecho todos los habitantes del territorio nacional. Ha sido reglamentada en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas por Decreto núm. 1811, de 6 de agosto de 1990,

*LEY 100, de 23 de diciembre de 1993. CREA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL*

Se encomienda al Sistema de Seguridad Social Integral, entre otros objetivos, el de garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capa-

cidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

*LEY 691, de 18 de septiembre de 2001, MEDIANTE LA CUAL SE REGLAMENTA LA PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA*

Esta ley tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas. La ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia.

*Ley 1122, de 9 de enero de 2007, POR LA CUAL SE HACEN ALGUNAS MODIFICACIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*

Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Esta ley inyecta nuevos recursos, sobre todo a la financiación del régimen subsidiado de salud, con el objetivo de avanzar hacia la cobertura universal de la Seguridad Social en Salud.

### **MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**

*Decreto 1811.* Prestación de Servicios gratuitos para las comunidades indígenas, la adecuación

institucional y del talento humano respetando su cultura. Todo programa y, en general, toda acción de salud que se proyecte adelantarse en comunidades indígenas deberá ser previamente acordada con ellas y aprobada por los respectivos cabildos o autoridades que ejerzan el gobierno interno de las mismas.

Con el fin de garantizar decisiones fundamentadas en la reflexión, deberá respetarse la lengua, los mecanismos propios de discusión comunitaria y toma de decisiones, y dedicar el tiempo suficiente a los análisis y discusiones preliminares a tales acuerdos. A las discusiones, podrán las autoridades tradicionales, invitar a las organizaciones indígenas o cualquier otra persona que estimen conveniente.

*Resolución N. 005.078.* Adopción de Normas Técnicas en medicina tradicional y creación del Consejo Asesor para su conservación.

*Decreto 330.* Adopción de normas técnicas para la constitución, funcionamiento de entidades promotoras de salud conformados por cabildos y autoridades indígenas

*Acuerdo 244.* Prioriza los indígenas como beneficiarios del régimen a través de la elaboración de listados censales elaborados por las autoridades tradicionales con lo establecido en la *Ley 691*. Para la interpretación y aplicación de la ley 691, además de los principios generales consagrados en la Constitución Política y de los enunciados en la Ley 100 de 1993, es principio aplicable el de la diversidad étnica y cultural; en virtud del cual, el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas.

*Acuerdo núm. 326 del 15 de febrero de 2006 POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN ALGUNOS LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.* Determina los criterios para el procedimiento de afiliación y la adecuación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiario para la población indígena.

## República de Costa Rica

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

La constitución costarricense de 1949 y la ley general de salud establecen el derecho a la atención de salud por toda la población. A partir del decenio de los 70 se aplicó una estrategia para extender la cobertura del programa de enfermedad-maternidad del seguro social (en 1975, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se extiende a los trabajadores agrícolas). Para ello, se transfirieron a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) todos los servicios de atención del ministerio (preventivos y curativos); a su vez la CCSS se comprometió a atender a todas las personas no aseguradas sin recursos, con cargo al fisco. Este modelo es único en América Latina y ha tenido éxito en alcanzar virtualmente la universalidad.

La cobertura legal del seguro social, la más amplia de la región, comprende los siguientes grupos con diverso tipo de afiliación: (a) obligatoria para todos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado incluyendo los domésticos (no hay fuerzas armadas en el país); (b) voluntaria para los trabajadores independientes con remuneración, los cuales reciben subsidios fiscales que aumentan según disminuye el ingreso; (c) voluntaria para trabajadores que han dejado de ser cubiertos de manera obligatoria, los que no trabajan pero tienen ingresos propios (rentistas), los trabajadores familiares sin remuneración, los estudiantes que no trabajan y las amas de casa; (d) atención integral a los pensionados y los familiares dependientes de éstos y de los asegurados activos, así como los indigentes que carecen de aseguramiento y no pueden pagar la cotización (aunque su grupo familiar tenga un ingreso mayor a un salario mínimo también son elegibles si no satisfacen sus necesidades básicas, aunque deben demostrar su situación de necesidad cada seis meses), y (e) atención para todos los casos de urgencia, dejándose el pago—cuando corresponda— para después.

El subsector privado atiende a tres grupos: los de alto ingreso que no están asegurados en la CCSS y compran planes de seguro o prepagas o directamente a proveedores de servicios; parte de los asegurados en la CCSS, que delega una proporción de la atención a proveedores privados o mixtos, y aquellos asegurados que deciden pagan

a un proveedor privado para obtener atención más rápida o de mejor calidad que en la CCSS.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución de 1949 establece en su artículo 73 los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

### PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

#### *Ley 17 (1943), CONSTITUTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL*

Esta ley crea la Caja Costarricense de Seguro Social, una institución autónoma que tiene como misión aplicar los seguros sociales obligatorios, que comprenden los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro, de acuerdo con la escala que fije la Caja, siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional.

Las coberturas del Seguro Social -y el ingreso al mismo- son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario. El monto de las cuotas que por esta ley se deban pagar, se calculará sobre el total de las remuneraciones que bajo cualquier denominación se paguen, con motivo o derivados de la relación obrero-patronal.

#### *Ley 5395, de 30 de octubre de 1973, GENERAL DE SALUD*

Esta ley establece que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. En su artículo 3 declara que todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su

salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad.

*REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD, aprobado por la Caja Costarricense de Seguro Social, el 3 de diciembre de 1996.*

Establece los principios de universalidad, igualdad, subsidiariedad estatal, integralidad y suficiencia, eficiencia, participación social, obligatoriedad, territorialidad y otorga el derecho de aseguramiento voluntario al sistema, a quienes no estuviesen obligados. Son asegurados directos: los trabajadores asalariados, los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del Estado y aquellos que se acojan al seguro voluntario. Regula la protección de los familiares del asegurado. Reglamenta la cobertura y prestaciones, las que comprenderán entre otros, los subsidios por incapacidad, por enfermedad, por maternidad. Quedan excuidos los casos de riesgos del trabajo que de conformidad con la ley núm. 6727 de 1982, corren por cuenta del patrono o del Instituto Nacional de Seguros. En el capítulo VI, derechos y deberes de los usuarios, se dispone sobre los derechos de los asegurados, de la mujer embarazada, del niño, y de las obligaciones y responsabilidad de los asegurados. Forman parte de este Reglamento para los efectos de su interpretación, integración y aplicación, los Convenios de la OIT suscritos y ratificados por Costa Rica.

### **MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**

*Decreto núm. 33121-S, de 19 de abril de 2006, por el que se crea el CONSEJO NACIONAL DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.*

Dispone que el citado Consejo será el órgano asesor y de consulta del Ministerio de Salud en materia de salud indígena tanto a nivel público como a nivel privado.

## **República de Cuba**

### **ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD**

La constitución cubana y la ley de salud garantizan el derecho a la salud a toda la población a través del Sistema Nacional de Salud

(SNS), único en la región ya que está unificado, es totalmente público (se prohíbe el ejercicio privado de la medicina), gratuito y con cobertura universal. No obstante, existe una red de hospitales para las fuerzas armadas, el personal de seguridad interna y la alta dirigencia política, así como pabellones separados para turistas extranjeros.

### **REFERENCIAS CONSTITUCIONALES**

El artículo 50 de la Constitución establece que todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; con la prestación de asistencia estomatológica gratuita; con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales

### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

*Ley núm. 24, de 28 de agosto de 1979, de SEGURIDAD SOCIAL*

El Estado garantiza la protección adecuada al trabajador, a su familia y a la población en general, mediante el sistema de seguridad social, que comprende un régimen de seguridad social y un régimen de asistencia social.

### *CÓDIGO BÁSICO DE SALUD*

Sancionado el 23 de abril de 1982, el Código Básico de Salud contiene disposiciones referidas al control y prevención de enfermedades, medidas de control de epidemias; protección del medio ambiente, aguas y represas y edificación de zonas urbanas; ingreso de animales en el país; reglamentación de cementerios y cremación de cadáveres; instalación de servicios de salud; control de plantas productoras de medicamentos y control de alimentos, y condiciones de sanidad en fábricas y centros de educación.

*LEY No. 41, de 13 de julio de 1983, DE LA SALUD PÚBLICA*

La Ley 41, de 13 de julio de 1983, establece los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública, con el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social. La organización de la salud pública y la prestación de los servicios que le corresponde, los realiza el Estado a través del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones, así como de las Direcciones de Salud de los órganos locales del Poder Popular, dentro de sus respectivas esferas de competencia, conforme establece la legislación.

La ley establece el reconocimiento y garantía del derecho de toda la población a que se atienda y proteja adecuadamente su salud en cualquier lugar del territorio nacional, el carácter estatal de las instituciones, la gratuidad de los servicios de la salud y de la asistencia médica, de acuerdo con las regulaciones que al efecto se establecen, el carácter social del ejercicio de la medicina, la prioridad de la orientación preventiva, la participación activa y organizada de la población en los planes y actividades de salud pública y la colaboración internacional en el campo de la salud.

*REGLAMENTO DE LA LEY DE SALUD PÚBLICA*

Aprobado por Decreto de 4 de febrero de 1988, cuenta con 212 artículos divididos en 20 capítulos que cubren una amplia gama de aspectos de salud pública. Contiene disposiciones aplicables a la organización de la atención médica, a la atención hospitalaria y de urgencia, a la atención estomatológica, a la estructura, organización y funciones de la higiene y epidemiología, a la promoción de estudios e investigaciones en el campo de la higiene y la epidemiología, a la inspección sanitaria estatal, a la organización y control de planes, programas y campañas higiénico-epidemiológicas, a las enfermedades de declaración obligatoria, al control y erradicación de los vectores que dañan la salud humana, al control sanitario internacional, y a las medidas sanitarias a dictarse en situaciones de emergencia y desastres naturales. Garantiza la atención maternoinfantil para la prevención de

enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de la madre y del niño.

**República de Chile****ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD**

El sistema chileno de salud está compuesto por el subsector público (Fondo Nacional de Salud, FONASA) y el subsector privado (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES). También hay grupos de población cubiertos por programas específicos, como los de las fuerzas armadas y la Universidad de Chile, así como por seguros privados y atención directa.

La afiliación en FONASA es automática para los siguientes grupos que no se hayan afiliado a una ISAPRE: los trabajadores dependientes cotizantes; los independientes que sean cotizantes a un sistema de pensiones (privado o público); los familiares dependientes de los cotizantes (cónyuge, hijos y otras cargas legales); los desempleados que reciben subsidio de cesantía; los pensionados ya sean de regímenes contributivos o asistenciales; la mujer embarazada que carece de previsión; las personas con deficiencia mental, y los carentes de recursos (indigentes). Estos últimos reciben servicios gratuitos, mientras que los afiliados de ingreso bajo pueden recibir un subsidio fiscal según su ingreso, los afiliados de ingreso más alto deben cotizar y en la atención primaria pueden elegir entre la pública (institucional) o la privada con un copago.

Las ISAPRES cubren a la población de ingreso medio-superior y alto a través de cotizaciones y copagos. Aunque la reforma no fijó metas de cobertura de la población, por una ley de 2004 se estableció un paquete mínimo universal de prestaciones garantizadas en los subsectores público y privado (Plan AUGE). Otra ley de 2005 dispuso la continuación por un año de la cobertura en ISAPRES a los familiares dependientes de un cotizante fallecido dentro del primer año de cobertura, por el mismo plan y sin costo adicional; la obligación de una ISAPRE quebrada de asegurar el traspaso de sus afiliados a otra ISAPRES sin reducción de derechos, y la aceptación de un beneficiario que se convierte en cotizante sin imponer una nueva declaración de salud.

La mayoría de los trabajadores agrícolas disponen de cobertura del sistema público de salud a través del FONASA.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

El artículo 19.9 de la Constitución Política de Chile establece el derecho a la protección de la salud, especificando que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo y que le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud, siendo deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, se presten éstas a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

### PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

#### *CÓDIGO SANITARIO*

Aprobado por el Decreto con Fuerza de Ley n° 725, de 11 de diciembre de 1967, contiene disposiciones aplicables al fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República de Chile.

#### *Decreto Ley N° 2.763, de 11 de julio de 1979*

Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a fin de establecer las bases orgánicas de un Sistema Nacional de Servicios de Salud, que posibilite el efectivo acceso de la población a las acciones de salud, en la forma prevista por la Constitución Política del Estado, y permita el fiel y eficiente cumplimiento de las políticas de salud, como también ejercer la responsabilidad del Estado de redistribuir la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades reales de cada Región, en beneficio de un desarrollo homogéneo.

#### *Ley No. 18.469, de 14 de noviembre de de 1985, GENERAL DE SALUD*

La Ley 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. De acuerdo con esta ley, el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.

#### *Decreto núm. 369, de 22 de noviembre de 1985, POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD.*

Establece el reglamento del régimen de prestaciones de salud definido por la ley núm. 18469 de 1985. En particular, prevé dos modalidades de atención, a saber, la atención institucional y la atención por libre elección. El régimen se financiará con la contribución que efectuará el Estado, con las cotizaciones para salud que deben abonar los afiliados y con el pago que corresponda respecto de los afiliados por las prestaciones que reciban ellos y sus beneficiarios. Para su financiamiento, se prevé la concesión de préstamos a los afiliados por el Fondo Nacional de Salud. El decreto entró en vigor el 1 de enero de 1986.

#### *Ley 19.650, de 19 de noviembre de 1999*

Modifica disposiciones del Decreto Ley No. 2.763 de 1979 con el fin de incorporar mejoras en el área de salud. Adopta medidas administrativas relativas al Fondo Nacional de Salud y especifica las funciones del Ministerio de Salud. Regula la Participación de los usuarios del sistema de salud

#### *Ley N° 18.933, de 12 de febrero de 1990, REGULADORA DE LAS ISAPRE*

Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por las ISAPRE. Fue modificada por la Ley núm. 20015, de 19 de abril de 2005.

#### *Decreto con fuerza de ley núm. 1/02, de 31 de julio, QUE FIJA EL TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL CÓDIGO DEL TRABAJO.*

El nuevo texto legal, que refunde, coordina y sistematiza todas las normas constitutivas del Código del Trabajo, consta de cinco libros, divididos a su vez en numerosos títulos y capítulos: El Libro I, "Del Contrato Individual de Trabajo y de la Capacitación Laboral", regula el contrato individual de trabajo en sus aspectos generales, en especial, la capacidad para contratar y los contratos de trabajo de menores, la jornada de trabajo, las remuneraciones, el feriado anual y los permisos, la terminación del contrato y la estabilidad del empleo. En cuanto a los contratos especiales, se refiere en particular al contrato de aprendizaje, de trabajadores agrícolas, de trabajadores embarcados o gente de mar y portuarios y los trabajadores de casa particular. El Libro II, "De la Protección a los Trabajadores", regula la protección de la maternidad y el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. El Libro III, "De las Organizaciones Sindicales y del Delegado del Personal", contempla lo atinente a la organización y funcionamiento de tales organizaciones. El Libro IV, "De la Negociación Colectiva", aborda, en especial, la presentación y tramitación del proyecto de contrato colectivo, la mediación, el arbitraje laboral, la huelga y el cierre temporal de la empresa y el procedimiento judicial. Por último, el Libro V, "De la jurisdicción laboral" se refiere a los juzgados de letras del trabajo y otros aspectos procedimentales.

*LEY N° 19.966, de 10 de agosto de 2004, DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD (AUGE)*

El Régimen General de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional. El Régimen General de Garantías contendrá, además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto

correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

*Decreto con Fuerza de Ley 1/05, de 23 de septiembre SOBRE SISTEMA PÚBLICO DE SALUD*

Aprueba el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2763/79 y de las leyes 18.933 y 18.469. Está estructurado en tres libros. El libro primero regula los organismos públicos de salud (Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y Superintendencia de Salud). El libro segundo regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, y el Libro tercero regula el sistema privado de salud administrado por las Instituciones de Salud Previsional.

#### **MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**

*Ley 19253. Octubre de 1993.* Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.

Los planes que la Corporación realice en apoyo de estas comunidades deberán contemplar: a) apoyo en salud y salubridad, b) sistemas apropiados de seguridad social, c) Capacitación laboral y organizativa y d) programas de autosubsistencia de sus miembros. La Corporación tendrá a su cargo la realización de un plan especial para el desarrollo y protección de estas comunidades

*Resolución Exenta n° 91 de 2006 PROCESO DE FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS*

*Resolución Exenta n° 261, de 28 de abril de 2006 SOBRE INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD*

Encomienda al Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y demás organismos del sector salud velar porque sus actuaciones aseguren el respeto, reconocimiento y protección de los sistemas de salud de las agrupaciones indígenas y sus agentes tradicionales reconocidos comunitariamente,

estableciendo que, cuando alguno de organismos señalados deba adoptar medidas que puedan afectar los sistemas de salud de los pueblos indígenas, deberá escuchar y considerar la opinión sobre la materia de las organizaciones indígenas reconocidas por la ley involucradas, así como la de los agentes de salud indígenas titulares de los conocimientos, innovaciones o prácticas que puedan resultar afectadas por la regulación. Regula la figura del facilitador intercultural, al que corresponderá orientar a las personas pertenecientes a las culturas tradicionales desde el interior de los establecimientos, entregarles información sobre el sistema y servirles de nexo con el equipo de salud, y del asesor cultural de los Consejos Técnicos de los Servicios de Salud. Establece que los establecimientos hospitalarios pueden adquirir la calidad de Hospital Intercultural, caso en el cual, tanto en su planta física como en su diseño de gestión, deberán adoptar un enfoque que integre tanto el conocimiento de salud que tiene la cultura indígena predominante en la localidad con el conocimiento aportado por la medicina occidental. La modalidad de gestión del establecimiento será determinada en cada caso conforme a las modalidades culturales del territorio de competencia del establecimiento.

## República del Ecuador

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

La reforma constitucional de 1998 estableció el derecho a la salud con acceso universal y servicios públicos gratuitos. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 2002 ratificó estos principios y el objetivo de extender la cobertura a toda la población a servicios integrales de salud, estableciendo prioridades y metas futuras, objetivos que aún no se han materializado. El seguro social (IESS) cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado (incluyendo a los servidores domésticos), así como a la cónyuge en enfermedad (la asegurada mujer en atención prenatal, parto y puerperio) y los hijos menores de un año de edad, a más de los pensionados por vejez e invalidez. Pueden afiliarse voluntariamente los trabajadores independientes, profesionales, patronos, dueños de empresas unipersonales y menores asalariados.

El IESS tiene un régimen general, que cubre a parte del estrato de ingreso medio, y un programa especial (Seguro Social Campesino: SSC) que ofrece atención primaria a jefes de familia y sus familiares dependientes, virtualmente todos de bajo ingreso o pobres, organizados en cooperativas, comunas o asociaciones agrarias ubicadas en áreas rurales. Los miembros de las fuerzas armadas y la policía tienen programas separados del IESS que cubren también a sus pensionados y a los familiares dependientes de ambos.

El subsector público, compuesto de manera principal por el ministerio, legalmente debe cubrir a la población no asegurada, que es pobre y de bajo ingreso. El subsector privado con ánimo de lucro atiende a la población de ingreso medio-superior y alto con instalaciones y profesionales concentrados en la capital y la segunda ciudad del país, mientras que el subsector privado sin ánimo de lucro asiste a la población pobre. También hay una importante medicina tradicional.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

El numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República de El Ecuador, consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable y saneamiento ambiental.

El artículo 42 dispone que “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.

El artículo 44 garantiza que “El Estado reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional y alternativa”.

En su artículo 60, la Constitución contempla el Seguro Social Campesino, que define como un régimen especial del seguro general obligatorio para proteger a la población rural y al pescador artesanal del país. Se financiará con el aporte solidario

de los asegurados y empleadores del sistema nacional de seguridad social, la aportación diferenciada de las familias protegidas y las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. Ofrecerá prestaciones de salud, y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte.

Artículo 84. El estado reconoce y garantiza a los pueblos indígenas diversos derechos entre ellos el de "sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella."

### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

*Ley 2001-55, de 27 de noviembre de 2001, DE SEGURIDAD SOCIAL*

En su Libro Primero establece y regula el Seguro General Obligatorio, que forma parte del sistema nacional de seguridad social y cuya organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Regula asimismo el régimen especial del Seguro Social Campesino, que protege a los trabajadores que se dedican a la pesca artesanal y el habitante rural que labora habitualmente en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no recibe remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia. El Seguro Social Campesino ofrecerá prestaciones de salud y, que incluye maternidad, a sus afiliados, y protegerá al Jefe de familia contra las contingencias de vejez, muerte, e invalidez, que incluye discapacidad.

Los servicios de salud y las prestaciones del Seguro Social Campesino se financiarán con el aporte solidario sobre la materia gravada que pagarán los empleadores, los afiliados al Seguro General Obligatorio, con relación de dependencia o sin ella, y los afiliados voluntarios; la contribución obligatoria de los seguros públicos y privados que forman parte del Sistema Nacional de Seguridad Social; el aporte diferenciado de las familias protegidas por el Seguro Social

Campesino; la contribución financiera obligatoria del Estado sobre la materia gravada de los afiliados con relación de dependencia al Seguro General Obligatorio, y las demás asignaciones que entregue la Función Ejecutiva para el financiamiento de las prestaciones solidarias de este Seguro.

*Ley 2002-80, de 17 de septiembre de 2002, ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*

Establece los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, que tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. El Sistema Nacional de Salud estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes. Para el cumplimiento de sus objetivos, el Sistema Nacional de Salud implementará el plan Integral de Salud, garantizado por el Estado como estrategia de Protección Social en Salud, que será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud ha sido reglamentada por Decreto Ejecutivo No. 3611. RO/ 9 de 28 de enero del 2003.

### **MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**

*Decreto N.1642 de 30 de septiembre del 1999.* Crea la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica, administrativa y funcional

*Decreto N.2717 6 de abril de 2005.* Establece dentro de la política de salud sexual y derechos reproductivos, el desarrollo de modelos interculturales de salud y medicina tradicional

*Ley 2006-67, de 14 de diciembre de 2006, ORGANICA DE SALUD*

La Ley Orgánica de Salud tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la

Constitución Política de la República. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia, con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

En el Capítulo II de su Libro IV, referido a las medicinas tradicionales y alternativas, declara que los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza – aprendizaje.

## República de El Salvador

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

La constitución de la República de El Salvador dispone que el subsector público debe proveer atención gratuita a todos los que carezcan de recursos y a toda la población en la prevención de enfermedades contagiosas, sin embargo, en la práctica toda la población paga alguna forma de seguro público o privado para protegerse contra ciertos riesgos. Parte de la población está desprotegida, particularmente la rural, que es la más pobre, y la indígena, que está concentrada en áreas rurales.

El seguro social (ISSS) cubre a los trabajadores asalariados públicos y privados, así como al cónyuge/compañera y a los hijos hasta los 6 años (sólo en control del niño sano y vacunación, sin hospitalización salvo en el nacimiento), también cubre a los pensionados. Los cubiertos pertenecen en su mayoría al grupo de ingreso medio. Se excluye a los trabajadores independientes, servidores domésticos, agrícolas y familiares no remunerados (que son los de menor ingreso y pobres), así como a los hijos de más de 6 años. Las fuerzas armadas y los maestros tienen programas separados para sus miembros y familiares.

El subsector privado con ánimo de lucro se compone de unas pocas aseguradoras privadas y de clínicas y hospitales, ambos concentrados en la capital y áreas más urbanizadas, que sirven al

grupo de mayor ingreso, y por entidades sin ánimo de lucro, principalmente ONGs que atienden a la población pobre en la capital y áreas rurales. Hay cierta duplicación de cobertura entre el seguro social y las aseguradoras privadas.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

En su artículo 45, la Constitución de la República de El Salvador establece que los trabajadores agrícolas y domésticos tienen derecho a protección en materia de salarios, jornada de trabajo, descansos, vacaciones, seguridad social, indemnizaciones por despido y, en general a las prestaciones sociales. La extensión y naturaleza de los derechos antes mencionados serán determinadas por la ley de acuerdo con las condiciones y peculiaridades del trabajo. Quienes presten servicios de carácter doméstico en empresas industriales, comerciales, entidades sociales y demás equiparables, serán considerados como trabajadores manuales y tendrán los derechos reconocidos a éstos.

El derecho a la salud está contemplado en los artículos 65 y siguientes de la Constitución. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación. El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.

### PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

*Decreto 955, de 28 de abril de 1988, CÓDIGO DE SALUD*

El Código de Salud tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados y las relaciones de

éstos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo.

*Decreto Legislativo 1.024, de 18 de noviembre de 2002, SOBRE GARANTÍA ESTATAL DE SALUD*

Contiene disposiciones de gestión pública de los servicios de salud y seguridad social. Fundamentado en la defensa de los servicios de salud y seguridad social de las acciones y medidas privatizadoras, considera un bien público a ciertos servicios de salud conforme a los artículos 65 y 50 de la Constitución Nacional. Prohíbe la privatización, concesión, venta u otra modalidad orientada a privatizar las entidades que prestan servicios de salud pública y seguridad social suministrados por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social y por la red de hospitales y unidades de salud del Ministerio de Salud. Dispone excepciones, como el caso de los laboratorios que llevan adelante análisis que no pueden realizar las mencionadas instituciones y situaciones de emergencia nacional causadas por epidemias o calamidad pública originada en desastres naturales. Establece normas especiales aplicables a enfermedades que no pueden ser tratadas en las instituciones del sistema nacional de salud pública y seguridad social.

*Ley de 17 de diciembre de 2004, ESPECIAL PARA LA CONSTITUCION DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD*

Tiene por objeto establecer los mecanismos legales para el financiamiento y gestión de programas especiales para la conservación de la salud pública y asistencia social, con énfasis en atender lo relacionado con la extensión de la cobertura en servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, así como la atención de urgencias y emergencias médicas en todos sus aspectos.

*Ley de 10 de agosto de 2005, DEL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL*

El Sistema Básico de Salud Integral es el elemento organizativo de nivel local mediante el cual el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social delega la provisión de servicios integrales de salud en el primer nivel de atención, a través de una red integrada de establecimientos que cubren un área territorial determinada, que atienden una población focalizada con énfasis en

la población mas desprotegida, en coordinación con el segundo y tercer nivel de atención.

## República de Guatemala

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

La Constitución y el Código de Salud de la República de Guatemala estipulan que toda la población debe estar cubierta por el subsector público, aunque en la práctica estas previsiones no se cumplen. Los principales proveedores son el Ministerio de Salud y los municipios (que cubren a la población pobre o de muy bajo ingreso, también a través de fondos sociales contra la pobreza y ONGs). Además, la sanidad militar que cubre a las fuerzas armadas y sus dependientes, y el Ministerio de Gobernación que cubre a sus empleados, la policía y sus respectivos dependientes. El seguro social (IGSS) cubre a los trabajadores formales, básicamente urbanos de ingreso medio (aunque no está implantado en todos los departamentos del país), a los jubilados y pensionados del IGSS, y a la esposa/compañera del asegurado y sus hijos menores de 5 años. Los trabajadores independientes, servidores domésticos, empleados en microempresas y trabajadores familiares no remunerados están excluidos legal y prácticamente de la cobertura.

El subsector privado incluye diversos tipos de proveedores que cubren a grupos diferenciados por ingreso: proveedores sin ánimo de lucro, que proveen un paquete básico a la población pobre en zonas rurales e indígenas (a través de convenios con el ministerio); proveedores con ánimo de lucro, como hospitales, clínicas y consultorios privados, así como seguros médicos o medicina prepaga, que atienden a la población de más alto ingreso y, por último, la medicina tradicional (curanderos, comadronas), especialmente en el área rural, que dan servicios a la población pobre. Uno de los objetivos de la reforma fue extender la cobertura de los servicios de salud focalizándola en la población sin acceso.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución Política de la República de Guatemala establece en la sección séptima del capítulo II del Libro I, relativa a la Salud, Seguridad y Asistencia Social (artículos 93 y siguientes) el derecho a la salud, al declarar que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano,

sin discriminación alguna, y la Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social ("El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social."). En su artículo 100 declara que el Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria. El Estado, los empleadores y los trabajadores cubiertos por el régimen tienen obligación de contribuir a financiar dicho régimen y derecho a participar en su dirección, procurando su mejoramiento progresivo.

La aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias; goza de exoneración total de impuestos, contribuciones y arbitrios, establecidos o por establecerse. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social debe participar con las instituciones de salud en forma coordinada.

#### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

*Decreto Número 90-1997, de 2 de octubre, CODIGO DE SALUD*

Establece que todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas

personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

#### **MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**

*Decreto Legislativo Número 42-2001. Ley de Desarrollo Social con especial atención a los Pueblos Indígenas y otros grupos de población considerados de mayor vulnerabilidad social. Garantiza el derecho a un modelo de atención de salud integral, respetando el uso de la medicina tradicional indígena.*

### **República de Honduras**

#### **ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD**

El subsector público tiene la misión de proteger a la gran mayoría de la población más pobre y de bajo ingreso, no asegurada por los otros dos subsectores, pero no lo hace en la práctica.

En el seguro social la ley de reforma de 2001 estableció la garantía al derecho a la salud, pero determinó que la extensión de la cobertura sería gradual por zonas geográficas y basada en estudios actuariales previos. Están obligatoriamente cubiertos los asalariados formales en los subsectores privado y público, la cónyuge/compañera sólo en maternidad y puerperio (la reforma estipuló también la cobertura por enfermedad, pero pendiente de aprobación del reglamento), los hijos hasta los 11 años y los pensionados. Los trabajadores independientes, amas de casa y pequeños patronos pueden afiliarse de manera voluntaria pero poco efectiva; están excluidos los servidores domésticos, temporales, la mayoría de los trabajadores agrícolas y los familiares no remunerados, así como los hijos mayores de 11 años; además, la cobertura del IHSS no alcanza a todos los departamentos.

El subsector privado asegura a una población muy pequeña de ingreso alto y mediano, parte de ella duplicando la del seguro social.

#### **REFERENCIAS CONSTITUCIONALES**

La Constitución de la República de Honduras establece en su artículo 142 que toda persona tiene

derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de Seguridad Social serán prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir. El Estado creará Instituciones de Asistencia y Previsión Social que funcionarán unificadas en un sistema unitario estatal con la aportación de todos los interesados y el mismo Estado.

De acuerdo con el artículo 143, el Estado, los patronos y los trabajadores, estarán obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión del Seguro Social. El régimen de seguridad social se implantará en forma gradual y progresiva, tanto en lo referente a los riesgos cubiertos como a las zonas geográficas y a las categorías de trabajadores protegidos. El artículo 144 declara que se considera de utilidad pública la ampliación del régimen de Seguridad Social a los trabajadores de la ciudad y del campo.

En sus artículos 145 y 149, la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud. Establece que es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la salud de la comunidad, y dispone que el Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector mediante un plan nacional de salud en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados.

#### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

*Decreto núm. 140, de 19 de mayo de 1959, POR EL QUE SE DICTA LA LEY DE SEGURO SOCIAL*

Se establece el Seguro Social como una institución de Derecho Público, que realizará los fines que la ley determina. El Seguro Social constituye un servicio público que cubrirá los siguientes riesgos: enfermedad, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez, muerte y

cesantía involuntaria. El régimen de Seguro Social se implantará en forma gradual y progresiva, tanto en lo referente a los riesgos cubiertos, como a las zonas geográficas y a las categorías de trabajadores protegidos.

Están sujetos al seguro social obligatorio los trabajadores particulares, los trabajadores públicos, los de entidades autónomas y semiautónomas y los de las entidades descentralizadas del Estado. Quedan provisionalmente exentos los trabajadores a domicilio, domésticos, temporarios, ocasionales, y los trabajadores agropecuarios, salvo los que trabajen en empresas agrícolas propiamente dichas o en empresas industriales o comerciales derivadas de la agricultura, que empleen un número mínimo de trabajadores que será fijado por los reglamentos.

La Ley del Seguro Social ha sido reglamentada recientemente por Acuerdo núm. 003-JD-2005.

*Decreto No. 65-91, de 14 de junio de 1991, CÓDIGO DE SALUD*

De acuerdo con el Código de Salud de la República de Honduras, toda persona tiene el derecho a la asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para la conservación, promoción y recuperación de su salud personal y familiar; y el deber correlativo de contribuir a la salud de la comunidad, evitando acciones y comisiones perjudiciales y cumpliendo estrictamente las disposiciones del Código y de las demás normas de salud. La salud será considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico, que es un derecho humano inalienable. Corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales y jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación

#### **Estados Unidos Mexicanos**

##### **ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD**

La Constitución, la Ley General de Salud y las leyes de Seguridad Social garantizan el derecho a la salud a toda la población Mexicana. Al segmento no asegurado (la población pobre y de menor ingreso) se le puede otorgar atención médica de acuerdo con los recursos humanos y/o

materiales disponibles por las instituciones de asistencia social del subsector público. Entre estas la principal es la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

Ha habido múltiples programas de salud públicos focalizados en los pobres. El más reciente es el Seguro Popular de Salud (SPS), establecido por una reforma a la ley general de salud en 2003. Adscrito la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en cooperación con los estados, el SPS se focaliza hacia la población pobre, a la cual otorga un paquete de prestaciones gratuito.

Hay cinco seguros sociales que legalmente cubren a diversos segmentos de la población en el sector formal, la mayoría de ingreso medio. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre obligatoriamente en su régimen general a los trabajadores asalariados del sector privado (también a los del sector público no afiliados a otros seguros sociales), los miembros de las cooperativas de producción, así como a los pensionados y los familiares dependientes de ambos (cónyuge/concubino, hijos menores de edad y padres). A través del tiempo el IMSS ha incorporado a diversos grupos de trabajadores que tenían o tienen regímenes especiales, como azucareros, henequeneros, temporales urbanos, etc. También ofrece cobertura voluntaria a los trabajadores por cuenta propia, servidores domésticos, pequeños empresarios y granjeros, familiares no remunerados, etc.

Hay grupos que se han unido voluntariamente mediante convenios del IMSS con sus asociaciones (vendedores de lotería, músicos callejeros, taxistas propietarios de sus vehículos...).

En los últimos 30 años el IMSS ha desarrollado varios programas para cubrir a grupos pobres en zonas rurales y urbano-marginales deprimidas, con frecuencia mediante convenios con la secretaría federal, el más importante es IMSS-Solidaridad que en 2001 había extendido la cobertura en 17 estados y 16.770 comunidades, en ese año cambió su nombre a IMSS-Oportunidades y continuó con una cobertura similar concentrada en áreas rurales deprimidas y comunidades indígenas. IMSS-Oportunidades atiende actualmente a 10,6 millones de mexicanos (2,5 millones de familias) que no cuentan con

acceso a los servicios de seguridad social, de los que 3,6 millones son indígenas.

Los funcionarios públicos federales, así como los pensionados y familiares dependientes de ambos, están cubiertos obligatoriamente por un seguro social distinto (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE). Los militares en activo o pensionados y sus familiares dependientes están cubiertos por la Secretaría de Defensa mientras que los marinos lo están por la Secretaría de la Marina. Los trabajadores petroleros, pensionados y familiares dependientes están cubiertos por la empresa estatal del sector (PEMEX).

El grupo de alto ingreso tiene planes de seguro o paga servicios directamente; los pobres también recurren al subsector privado cuando no tienen acceso a los servicios públicos o a ONGs, entidades religiosas y la medicina tradicional que es importante.

Una entidad autónoma (la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas), un programa ad hoc y la Secretaría de Salud ofrecen algunos servicios de salud a las poblaciones indígenas especialmente en zonas rurales aisladas, las más afectadas por la pobreza y con las peores condiciones de salud.

## REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Establece asimismo que es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, y que la ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas.

El Artículo 3 garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población

## PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

*Ley de 23 de diciembre de 1983, GENERAL DE SALUD.*

La Ley General de Salud contiene 472 artículos y siete disposiciones transitorias que versan sobre las siguientes áreas: Sistema Nacional de Salud; prestación de servicios de salud; recursos humanos en salud; investigación sobre salud; información para la salud; prevención y control de enfermedades y accidentes; asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos; acción extraordinaria en materia de salubridad general; programas contra las adicciones; control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación; publicidad; control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; sanidad internacional; autorizaciones y certificados; vigilancia sanitaria; medidas de seguridad; sanciones y delitos. Deroga el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 26 de febrero de 1973 (Diario Oficial, 13 de marzo de 1973), y todas las disposiciones legales que se opongan a ella.

Por *Decreto de 29 abril de 2003* se adiciona a la Ley General de Salud el Título Tercero BIS, "De la protección Social en Salud". De acuerdo con este Título, todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. Las familias y personas que no sean derechohabiente de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.

*Ley de 12 de diciembre de 1995, DEL SEGURO SOCIAL*

De acuerdo con su artículo 2, la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo,

así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos. La organización y administración del Seguro Social están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo.

El Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. Voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio, entre otros, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios.

## República de Nicaragua

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

La constitución, el código sanitario y otras disposiciones legales otorgan el derecho de la población nicaragüense a la cobertura de salud. El subsector público cubre a la población no asegurada, pero carece de registro y, en realidad, deja un tercio sin protección, el grupo más pobre de la población. El seguro social (INSS) cubre a los asalariados formales en los sectores público y privado (incluyendo los trabajadores del campo permanentes), la esposa/compañera del asegurado pero sólo durante el embarazo, parto y puerperio, y los hijos menores de 6 años de edad. Se establecen límites a las prestaciones. No están cubiertos los pensionados, salvo los del régimen contributivo por vejez y con un paquete básico que comenzó en 2002.

Se ofrece cobertura voluntaria a los trabajadores independientes, asegurados cesantes y pequeños empleadores, pero con escasos resultados. La nueva ley de seguridad social hace obligatoria la cobertura de los independientes, servidores domésticos, agrícolas y transportistas. El INSS excluye en la práctica de la cobertura de salud a los trabajadores independientes, servidores

domésticos, empleados de microempresas, familiares no remunerados y la enorme mayoría de los pensionados, a más de la cónyuge/compañera fuera de maternidad, el cónyuge masculino de la asegurada y los niños mayores de 6 años.

Las fuerzas armadas y el ministerio de gobernación tienen sus propios servicios para miembros y familiares dependientes, así como pensionados. No hay información sobre los cubiertos por seguros privados y medicina prepaga. Todos los asegurados en el INSS reciben la atención de empresas medicas previsionales (EMP) la mayoría de las cuales es privada.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

De acuerdo con el artículo 59 de la Constitución, los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

El artículo 61 establece que el Estado garantiza a los nicaragüenses el derecho a la seguridad social para su protección integral frente a las contingencias sociales de la vida y el trabajo, en la forma y condiciones que determine la ley.

### PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

#### *Ley de 12 de mayo de 2005, DE SEGURIDAD SOCIAL*

Tiene por objeto establecer el sistema de Seguro Social en el marco de la Constitución Política de la República, para regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y los ciudadanos, para la protección de los trabajadores y sus familias frente a las contingencias sociales de la vida y del trabajo. El Seguro Social es el conjunto de instituciones, recursos, normas y procedimientos con fundamento en la solidaridad y en la responsabilidad personal y social cuyos objetivos son promover la integración de los ciudadanos en una sociedad solidaria; anar

esfuerzos públicos y privados para contribuir a la cobertura de las contingencias y la promoción del bienestar social, y alcanzar dignos niveles de bienestar social para los afiliados y sus familias.

El Seguro Social se extenderá en los segmentos de población no cubiertos en etapas sucesivas, graduales y progresivas, cubriendo las contingencias de las ramas de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez, Muerte y Riesgos Profesionales, y desarrollando los servicios sociales necesarios para el bienestar de los asegurados y sus beneficiarios. Todos los habitantes del país tienen derecho a las prestaciones, sin que importe la clase de actividad laboral, la actividad profesional o económica. El campo de aplicación debe tender a la cobertura de toda la población trabajadora.

La organización, ejecución y administración del Seguro Social estará a cargo de un Ente Autónomo del estado, de duración indefinida, con patrimonio propio, personalidad jurídica y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, denominado Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

Sobre la base de los principios de Universalidad, Integralidad e Igualdad, son sujetos de aseguramiento obligatorio los trabajadores dependientes; las personas que se desempeñen en el ejercicio de la función pública, sean electos o nombrados en las instituciones y Poderes del Estado; los trabajadores agrícolas, domésticos y del transporte de acuerdo a las condiciones y peculiaridades de sus trabajos; los nicaragüenses y extranjeros residentes que prestan sus servicios en misiones diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país, de conformidad con los convenios internacionales ratificados por Nicaragua; todos los integrantes o beneficiarios de los programas de Reforma Agraria, ya sea bajo la forma cooperativa, colectiva, parcelamiento o cualquier sistema que adopte el ministerio respectivo; los miembros de asociaciones gremiales de profesionales y demás trabajadores independientes que se encuentren debidamente organizados, y los miembros de cooperativas debidamente reconocidas.

Podrán inscribirse en el régimen del Seguro Facultativo los profesionales, ministros de cualquier culto, religiosas y demás trabajadores independientes, mientras no se hayan incorporado al régi-

men obligatorio; los afiliados del régimen obligatorio que pasen a la condición de cesantes; el empleador y los familiares de un empleador que presten sus servicios sin remuneración; los dueños de propiedades agrícolas y demás empleadores que deseen hacerlo, y los trabajadores por cuenta propia.

La Ley de Seguridad Social deroga el Decreto Legislativo No. 974 de 1982, "Ley de Seguridad Social". El Reglamento General de la Ley de Seguridad Social (Decreto 975 de 1982) continuará aplicándose en todo lo que no se oponga a la nueva Ley.

*Ley 423, de 14 de marzo de 2002, GENERAL DE SALUD*

Tiene por objeto tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales. Garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil, de atención a la tercera edad y discapacitados, y garantiza la cobertura del servicio de salud a toda la población.

Organiza el Sector Salud en tres regímenes, contributivo, no contributivo y voluntario. El Régimen contributivo se integra por el conjunto de beneficios y prestaciones a los que los usuarios pueden acceder previa contratación con empresas aseguradoras privadas y/o a través de los regímenes obligatorio y facultativo del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. El régimen no contributivo es gratuito, y se integra por el conjunto de beneficios y prestaciones dirigidas a brindar servicios de salud a los sectores más vulnerables y por las acciones de salud pública dirigidas a toda la población. El régimen voluntario se integra por el conjunto de beneficios y prestaciones que financia directamente el usuario, sin afectar las obligaciones adquiridas con el régimen contributivo.

Establece que las Regiones Autónomas podrán definir un modelo de atención de salud conforme a sus usos y costumbres

Ha sido reglamentada por Decreto nº1, de 9 de enero de 2003.

## República de Panamá

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

Antes de la reforma el sistema de salud tenía una articulación funcional entre los subsectores de seguro social (Caja del Seguro Social, CSS) y público (Ministerio de Salud) y no había otros programas públicos separados. La reforma mantuvo esta situación e intentó una mejor articulación entre los dos subsectores sobre la base de mecanismos de referencia y contrarreferencia, así como de compensación de costos entre ambos; la rectoría continúa a cargo del Ministerio y no existe una superintendencia de salud autónoma. En general no hay separación de funciones; no obstante, tres regiones de salud y un hospital integrado han separado las funciones de financiamiento (a cargo del ministerio y el CSS) y provisión a través de contratación directa con prestadores, pero la compra de servicios al subsector privado es de sólo 1% del gasto del seguro social y se limita a algunos servicios de diagnóstico. A mediados de 2005 el ejecutivo sometió al congreso un proyecto de ley de reforma que integra el sistema de salud, con alguna separación de funciones.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución Política de la República de Panamá dispone en su artículo 109 que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República, y que el individuo como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social. Corresponde al Estado desarrollar, entre otras, las siguientes actividades relacionadas con la salud: combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad del agua potable y la adopción de medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva e individualmente a toda la población, crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población, servicios que serán de carácter gratuito para quienes carezcan de recursos económicos, y regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban

reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral.

De acuerdo con el artículo 116, las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud. La Constitución establece asimismo, en su artículo 113, que todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de Seguridad Social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán entre otros, los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El Estado creará establecimientos de asistencia y seguros sociales cuya función fundamental será proveer a la rehabilitación económica y social de los sectores dependientes o carentes de recursos, y a la atención de los incapaces mentales, enfermos crónicos, inválidos indigentes, y de los grupos que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social

### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

*Ley 66 de 10 de noviembre de 1947 POR LA CUAL SE APRUEBA EL CÓDIGO SANITARIO*

El Código Sanitario regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene públicas, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa. Contiene disposiciones referidas a la asistencia médico-social, al régimen de hospitales, y a las instituciones especializadas de asistencia médico-social (maternidades, centros de salud, centros de puericultura, clínicas, enfermerías policlínicos, asilos, instituciones dedicadas a la atención de tuberculosis, cáncer y enfermedades mentales.

*Ley núm. 51 de 27 de diciembre de 2005 QUE REFORMA LA LEY ORGÁNICA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL Y DICTA OTRAS DISPOSICIONES*

Establece que la Caja de Seguro Social tiene por objeto garantizar a sus asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en casos de retiro por vejez,

enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de conformidad con los términos, límites y condiciones establecidos en la Constitución y la ley, y con las posibilidades financieras de la Institución.

La Caja del Seguro Social se registrará, entre otros principios, por el de universalidad, que se refiere al deber de promover y facilitar la incorporación de todos los trabajadores de la República de Panamá a la Caja de Seguro Social para protegerlos sin discriminación por razones de salud, sexo, condición social, política y económica, con el fin de ampliar su cobertura.

### **MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**

*Resuelto Ministerial N° 4376 de agosto 25 de 1999. Crea la Unidad de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud.*

Las funciones que tendrá el área de Medicina tradicional son las siguientes:

1. Crear el área de medicina tradicional bajo la dirección Nacional de Promoción de la Salud con las siguientes funciones:

- a. Formular una estrategia de acciones conjuntas para el estudio y aprovechamiento de las plantas medicinales, y por ende de la medicina tradicional como un instrumento de apoyo a la atención primaria de salud.
- b. Promover la formulación de políticas conjuntas para la incorporación de la medicina Tradicional al Sistema Nacional.
- c. Fomentar programas educativos sobre el uso adecuado de plantas medicinales, dirigidos a la población en general.
- d. Propiciar la capacitación del personal de salud en el uso de plantas medicinales científicamente validada para la atención primaria de la salud.
- e. Elaborar normas, planes y programas de Medicina Tradicional en los Servicios de Salud del país.

*Decreto Ejecutivo 117 de 9 de mayo 2003. Crea la Comisión Nacional de Medicina Tradicional y la Secretaría Técnica de Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas.*

## República del Paraguay

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

El sector de Salud del Paraguay se caracteriza por una alta segmentación sin coordinación, a pesar de que la reforma creó un Sistema Nacional de Salud que tiene como metas la coordinación de los tres subsectores (que tienen relaciones escasas entre sí) y la eliminación de la duplicación de servicios.

En el subsector público el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) es la entidad rectora, orientadora y diseñadora de las políticas sanitarias, así como reguladora las acciones públicas y privadas, administra el sistema público junto con los gobernadores de los 17 departamentos, que están a cargo de los Consejos Regionales de Salud y coordinan con los municipios que tienen consejos locales. También la Universidad Nacional tiene instalaciones propias. Hay programas públicos de sanidad de las fuerzas armadas y de sanidad policial.

La reforma creó un Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de Salud y con representación de todas las entidades del sistema, el cual tiene a su cargo la concertación y coordinación interinstitucional de los planes, programas y proyectos de interés nacional, a través de la Superintendencia Nacional de Salud la cual también supervisa las instituciones de aseguramiento público y privado.

El seguro social (Instituto de Previsión Social, IPS) maneja el programa de enfermedad-maternidad con sus propias instalaciones para trabajadores asalariados privados y de entes descentralizados y empresas públicas o mixtas; dentro del IPS hay regímenes especiales para el servicio doméstico de la capital, el magisterio público y privado, una entidad descentralizada (Administración Nacional de Electricidad, ANDE), y un régimen no contributivo para veteranos de la guerra del Chaco. Los funcionarios públicos tienen un seguro médico con subsidio fiscal y hay otros programas en las entidades autárquicas y dos empresas estatales descentralizadas.

El subsector privado se divide en dos, uno sin fines de lucro compuesto de fundaciones, asociaciones, ONGs, iglesias, la Cruz Roja y dos

mutuales en las colonias menonitas del Chaco, una es un seguro y la otra es de ayuda para los obreros indígenas. El sector privado con fines de lucro se subdivide en empresas de medicina prepaga (concentradas en la capital y el departamento central); establecimientos privados cuya mayoría tiene el prepago como actividad secundaria y son cerrados (con servicios propios), abiertos (el afiliado tiene libre elección para escoger los servicios) o mixtos; y una extensa medicina tradicional o popular.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

De acuerdo con la Constitución de la República, el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana. Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

La Constitución establece que el sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia será establecido por la ley. Se promoverá su extensión a todos los sectores de la población. Los servicios del sistema de seguridad social podrán ser públicos, privados o mixtos, y en todos los casos estarán supervisados por el Estado. Los recursos financieros de los seguros sociales no serán desviados de sus fines específicos y; estarán disponibles para este objetivo, sin perjuicio de las inversiones lucrativas que puedan acrecentar su patrimonio.

### PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

*Ley No. 836 de 14 de diciembre de 1980, CÓDIGO SANITARIO*

Establece las acciones que deben tomarse para el cuidado de la salud tanto en relación con las personas como al medio en donde se desenvuelven. Coordina los planes y acciones de

las instituciones que desarrollan actividades relacionadas con la salud

*Ley 1.032 de 30 de diciembre de 1996, del SISTEMA NACIONAL DE SALUD*

Crea el Sistema Nacional de Salud a fin de hacer efectivo el consagrado derecho a la salud. El Sistema operará mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes. La norma crea el Consejo Nacional de Salud, el cual es un organismo de coordinación de los sectores público y privado de la salud. Regula la organización del Consejo Nacional de Salud, establece quienes son partes del mismo y regula el funcionamiento y objetivos del Consejo Regional de Salud y el Consejo Local de Salud. La ley también se refiere al Plan Nacional de Salud y al Seguro Nacional de Salud que será creado por ley.

## República del Perú

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

En Perú continúan básicamente los tres subsectores como antes de la reforma, aunque ésta introdujo algunos cambios importantes en la gestión y provisión. En 2002, siete años después de iniciada la reforma, el ministerio identificó los siguientes problemas: subsectores que son compartimentos estancos, segmentación entre los diversos proveedores que impide articular los servicios y genera duplicidad de funciones, falta de coordinación y racionalidad en las inversiones, fragmentación de acciones de salud en 13 programas verticales la mayoría con financiamiento propio, programas de cooperación externa actuando paralelamente a las estructuras de las administraciones central y regionales, y ausencia de un marco institucional para articular las relaciones entre los subsectores.

En el subsector público el Ministerio de Salud (MINSA) es la entidad fundamental: ejerce la rectoría, dirección de la política nacional de salud y regulación, así como la supervisión, evaluación y control del subsector público, excluyendo al seguro social (salvo en la acreditación de sus establecimientos) y a las proveedoras; además

tiene a su cargo la prevención, otras acciones públicas de salud y el paquete básico (SIS) para la población pobre. Tiene un escaso control sobre el subsector privado.

Hay desconcentración hacia las provincias y distritos, pero limitada y con escasa integración entre las redes locales, provinciales y el nivel de mayor complejidad. La reforma liquidó el antiguo seguro social (IPSS) traspasando su programa de pensiones a las aseguradoras privadas y el de salud a una entidad autónoma (EsSalud); ésta es la aseguradora pública del programa de enfermedad-maternidad, recauda las cotizaciones de los empleadores y provee atención en servicios propios. No obstante, los asegurados de manera colectiva (por votación mayoritaria en su centro de trabajo) pueden elegir cambiarse a una proveedora privada, pública o mixta (Entidad Prestadora de Salud: EPS) y recibir los servicios de ésta, en cuyo caso se transfiere el 25% de la cotización patronal.

Además los empleadores pueden tener servicios propios para sus trabajadores o contratar con una EPS y deducir 25% de su cotización. Los hospitales y otras instalaciones del subsector público pueden operar como una EPS u ofrecer servicios de medicina prepagada, también pueden vender servicios a EsSalud o las EPS o las empresas, cargándoles los costos.

Hay programas separados de sanidad de las fuerzas armadas y la policía nacional que tienen servicios propios. La Superintendencia de las EPS autoriza, regula, supervisa y fiscaliza las finanzas de éstas, mientras que la superintendencia de banca y seguros fiscaliza a los seguros privados.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución del Perú establece que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. Las personas incapacitadas de velar por sí mismas a causa de una deficiencia física o mental tienen derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. Dispone asimismo que el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el

acceso equitativo a los servicios de salud. Reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento. Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley. El Estado combate y sanciona el tráfico ilícito de drogas y regula el uso de los tóxicos sociales.

### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

*Ley 26.842 de 15 de julio de 1997, GENERAL DE SALUD*

Ley General de Salud Trata sobre derechos, obligaciones y responsabilidades relativas a la salud de los individuos. Derechos, restricciones y responsabilidades en relación con la salud de terceros. Práctica de la medicina y de actividades técnicas auxiliares en el campo de la salud. Establecimientos de salud, servicios médicos, productos farmacéuticos, medicinas naturales, cosméticos. Control de enfermedades transmisibles, alimentos y bebidas. Instrumentos médicos, productos sanitarios y de higiene personal y doméstica. Protección del medio ambiente, fin de la vida, información sobre salud y publicidad. Autoridad de salud. Violaciones y sanciones.

*Ley 27.056 de 30 de enero de 1999, del SEGURO SOCIAL DE SALUD*

Crea, sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de salud, con el fin de dar cobertura de salud a los asegurados y sus derechohabientes. Regula los Planes de salud especiales para quienes no están asegurados y seguros especiales dentro del régimen libre de contratación. Funciones y prestaciones.

*Ley 27.656 de 27 de enero de 2002, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD (FISSAL)*

Crea el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) con el fin de suministrar atención de

salud a la población que no tiene acceso a los servicios de salud.

*Ley 27.812 de 13 de agosto de 2002 DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD*

Identifica las fuentes de financiación del Seguro Integral de Salud y modifica el artículo 3 de la Ley 27.656 sobre recursos financieros del FISSAL

*Ley 27.813 de 12 de agosto de 2002 DEL SISTEMA NACIONAL COORDINADO Y DESCENTRALIZADO DE SALUD*

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) tiene por objeto coordinar los procedimientos de aplicación de la política general de salud para lograr que la atención integral de salud y la seguridad social universal en salud alcancen a todos los peruanos.

*Decreto Legislativo 885 de 1986, QUE APRUEBA LA LEY DE PROMOCION DEL SECTOR AGRARIO*

Crea el Seguro de Salud para los trabajadores agrarios, en sustitución del Régimen de Prestaciones de Salud. El Seguro de Salud Agrario tiene por finalidad otorgar cobertura de salud a los trabajadores de la actividad agraria y sus derechohabientes. El aporte por afiliación al Seguro de Salud Agrario, para todos los trabajadores, dependientes o independientes, es de carácter mensual. En el caso de los trabajadores dependientes, el aporte es de cargo del empleador y será equivalente al cuatro por ciento (4%) de la remuneración mensual que le corresponda abonar al trabajador, durante el período que dure la relación de dependencia. Tratándose de los trabajadores independientes, el aporte es de cargo del propio trabajador y será equivalente al cuatro por ciento (4%) de la Remuneración Mínima Vital.

Las prestaciones del Seguro de Salud Agrario son brindadas por ESSALUD. La SUNAT ejerce las funciones de administración respecto de las contribuciones al Seguro de Salud Agrario, así como de la inscripción y declaración de los asegurados y/o afiliados obligatorios.

### MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

*Ley 28736 de Mayo 16 de 2006. Ley para la protección de los Pueblos Indígenas en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial.*

El Estado garantiza los derechos de los pueblos indígenas en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial, asumiendo las siguientes obligaciones para con ellos:

- a) Proteger su vida y su salud desarrollando prioritariamente acciones y políticas preventivas, dada su posible vulnerabilidad frente a las enfermedades transmisibles.
- b) Respetar su decisión en torno a la forma y el proceso de su relación con el resto de la sociedad nacional y con el Estado;
- c) Proteger su cultura y sus modos tradicionales de vida, reconociendo la particular relación espiritual de estos pueblos con su hábitat, como elemento constitutivo de su identidad;
- d) Reconocer su derecho a poseer las tierras que ocupan, restringiendo el ingreso de foráneos a los mismos; la propiedad de las poblaciones sobre las tierras que poseen se garantiza cuando adopten el sedentarismo como modo de vida;
- e) Garantizar el libre acceso y uso extensivo de sus tierras y los recursos naturales para sus actividades tradicionales de subsistencia; y
- f) Establecer reservas territoriales, las que se determinarán sobre la base de las áreas que ocupan y a las que hayan tenido acceso tradicional, hasta que decidan su titulación en forma voluntaria

*Decreto Supremo 001-2003- SA de 9 de enero de 2003.* Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud que contiene el Centro Intercultural de Salud encargado de elaborar políticas en Salud Intercultural.

*Resolución Ministerial 771-2004/MINSA del 27 de julio de 2004.* Establece la Estrategia Sanitaria para los Pueblos Indígenas.

### República Dominicana

#### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

El sector de Salud de la República Dominicana está compuesto por los tres subsectores tradicionales en la región: el público, el de seguro social (con varios programas separados) y el privado combinando con y sin ánimo de lucro.

La reforma estipula la creación de tres regímenes: contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado y una clara separación de funciones en el sistema, pero se ha avanzado poco en su implantación. El ministerio ejerce la rectoría, el Consejo Nacional de Seguridad Social propone presupuestos y el Consejo Nacional de Salud asesora en la formulación de políticas. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regula y supervisa el sistema, habilita a las aseguradoras, y fija y controla el paquete básico.

El Seguro Familiar de Salud (SFS), cuya meta es alcanzar cobertura universal en 2011, debe ofertar un paquete básico (PBS) igual para los tres regímenes. Las aseguradoras son llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), una de ellas es pública (Seguro Nacional de Salud: SENASA, obligatoria para todos los afiliados a los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado así como para los empleados públicos en el régimen contributivo), otra del seguro social y el resto privadas. La provisión debe hacerse por Prestadores de Servicios de Salud (PSS), también de naturaleza múltiple. Las fuentes de financiamiento son mixtas: cotizaciones salariales en el régimen contributivo, cotizaciones y aportes fiscales en el contributivo-subsidiado, y totalmente estatal en el subsidiado. Los tres regímenes tienen fondos separados así que no hay transferencias ni solidaridad entre ellos. La recaudación es centralizada a través de la Tesorería de Seguridad Social que a su vez transfiere recursos a las ARS y a SENASA (ésta asigna un per capita por el paquete a las regiones de salud).

#### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución de la República Dominicana establece en su artículo 8 que el Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, a fin de que toda persona pueda gozar de adecuada protección contra la desocupación, enfermedad,

incapacidad y vejez. El Estado prestará su protección y asistencia a los ancianos a fin de preservar su salud y asegurar su bienestar. El Estado también prestará asistencia social a los pobres, que consistirá en alimentos, vestimenta y, hasta donde sea posible, alojamiento adecuado. El Estado velará por el mejoramiento de la alimentación, los servicios sanitarios y las condiciones higiénicas, y procurará los medios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas y de toda índole, y dará asistencia médica y hospitalaria gratuitas a personas que por sus escasos recursos así lo requieran. Establece asimismo que el Estado combatirá los vicios sociales con la asistencia de las convenciones y organizaciones internacionales, y creará centros y organismos especializados para esos efectos.

#### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

*Ley 42, de 8 de marzo de 2001, GENERAL DE SALUD*

En su Libro Primero se refiere al Sistema Nacional de Salud, disposiciones generales, organización y funcionamiento, principios y estrategias fundamentales y Consejo Nacional de Salud, financiamiento del Sector Salud, derechos y deberes en relación a la salud y salud en los grupos prioritarios. El Libro Segundo regula lo relativo a las acciones de salud, el Libro Tercero se refiere a Recursos Humanos en Salud, el Libro Cuarto al Control Sanitario de Productos y Servicios, el Libro Quinto a Disposición de tejidos, órganos y cadáveres y el Libro Sexto a las autoridades de salud, atribuciones y medidas y procedimientos para el cumplimiento de las disposiciones previstas

**Ley No 87, de 9 de mayo del 2001, QUE CREA EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

Tiene por objeto establecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el marco de la Constitución de la República Dominicana, para regularla y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad,

maternidad, infancia y riesgos laborales. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, a los recursos físicos y humanos, así como las normas y procedimientos que los rigen.

Tienen derecho a ser afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en el territorio nacional. La ley y sus normas complementarias regularán la inclusión de los dominicanos residentes en el exterior.

Son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y preservación del medio ambiente, sin discriminación alguna, todos los dominicanos y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

#### **República Oriental del Uruguay**

##### **ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD**

El sector de Salud de Uruguay está estructurado en tres subsectores. En el público, el Ministerio de Salud Público (MSP) es la entidad principal y ejerce la rectoría, regulación, evaluación y supervisión del sector. La administración y provisión de los servicios se hace por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), dependiente del ministerio, que tiene un hospital y otras unidades en cada uno de los 18 departamentos del interior. La ley le otorga potestad para transferir sus servicios a las municipios y realizar convenios con entidades privadas pero, a pesar de ello, sigue fuertemente centralizada. ASSE compra a terceros los servicios y tecnologías de los que no dispone. La Universidad de la República, la única en el país, tiene su propio hospital ("hospital de clínicas") que ofrece provisión pública para pacientes agudos. Hay otras dos entidades públicas separadas: la sanidad de las fuerzas armadas dependiente del Ministerio de Defensa, y la sanidad policial dependiente del Ministerio del Interior, cada una con su propio hospital. El Banco de Seguros Sociales del Estado cubre a las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, tiene un hospital en la capital y contrata

con otros proveedores en el interior del país. Los municipios (intendencias) tienen ambulatorios abiertos a la población para atención de primer nivel.

El seguro social principal (Banco de Previsión Social: BPS) actúa de asegurador y financiador en el programa de enfermedad, recibe las cotizaciones y contrata la provisión con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a las cuales paga una cuota por asegurado activo. Es proveedor directo respecto a la atención materno-infantil a través de un hospital y varios centros de atención en la capital, mientras que en el interior contrata servicios del ministerio o de las IAMC. A parte de los funcionarios públicos la entidad correspondiente les paga la cuota a las IAMC y otros reciben servicios de sus entes autónomos o empresas públicas (petróleo, puertos) y los notarios públicos tienen su propio programa. La atención de alta complejidad en todo el país se presta por los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), públicas o privadas, financiado por el Fondo Nacional de Recursos, de carácter público, pero no es un fondo de compensación o solidaridad.

El subsector privado está integrado por las IAMC, sin ánimo de lucro y la mayoría privadas (cooperativas, mutualidades y entidades privadas o cuasi públicas); las IMAE, que pueden ser públicas o privadas; los seguros parciales privados (de varios tipos para grupos de distinto ingreso) y emergencias móviles (a domicilio y en vía pública); los hospitales, clínicas y consultorios privados, y unas pocas ONGs.

A pesar de la complejidad y segmentación, no hay una agencia supervisora que rigurosamente regule y supervise el sector, el ministerio ejerce la supervisión general pero la ASSE carece de un marco regulatorio explícito respecto a su funcionamiento, estructura y calidad de servicios. Las fuerzas armadas, la policía y el BPS son entes autónomos. Las IAMC son también autónomas, pero la ley establece los requisitos mínimos para su funcionamiento, regula sus prestaciones e inversiones, y el Estado fija un máximo a la cuota, los ministerios de salud y finanzas también ejercen cierta supervisión sobre las IAMC. Los seguros parciales tienen una regulación separada menos estricta.

## REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución de la República Oriental del Uruguay establece en su artículo 44 que el Estado legislará sobre todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud y de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

## PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

*Ley núm. 16713, de 3 de septiembre de 1995, POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA PREVISIONAL QUE SE BASA EN EL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD Y COMPRENDE EN FORMA INMEDIATA Y OBLIGATORIA A TODAS LAS ACTIVIDADES AMPARADAS POR EL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL.*

El sistema previsional comprende a todas las personas menores de 40 años a la fecha de entrada en vigencia. Cubre los riesgos de invalidez, vejez y sobrevivencia basándose en un régimen mixto que comprende el régimen de jubilación por solidaridad intergeneracional y el régimen de jubilación por ahorro individual obligatorio. La jubilación puede ser: común, por incapacidad total y por edad avanzada. Establece el modo de cálculo del sueldo básico jubilatorio así como de las otras prestaciones. Los aportes destinados al régimen de jubilación por ahorro individual serán administrados por personas jurídicas de derecho privado, organizadas mediante la modalidad de sociedades anónimas, cuyas acciones serán nominativas, denominadas Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP). Se regula la autorización, requisitos, afiliación, fondo de ahorro previsional, inversiones, responsabilidades y obligaciones, régimen impositivo y sistema de control de las AFAP.

*Ley N° 18.131, de 10 de mayo de 2007, de CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD*

Dispone la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen

de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley núm. 16713, de 3 de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado.

## República Bolivariana de Venezuela

### ESTRUCTURA DEL SECTOR DE SALUD

En el sector de Salud de Venezuela existe alta segmentación sin coordinación entre los tres subsectores tradicionales, a pesar de que la constitución de 1999 y la ley orgánica de seguridad social de 2002 estipulan un sistema integrado y coordinado.

El Ministerio de Salud ejerce la rectoría, la regulación y supervisión, así como la provisión de servicios a nivel central y a través de los estados y municipios (el gobierno del distrito federal tiene sus propios servicios). Los tres niveles pueden firmar convenios de provisión con el seguro social y la ley orgánica también autorizó convenios con el subsector privado para la recaudación e inversión de fondos, pero sin transferir la propiedad. Hay varios programas de seguro social, el principal es el del IVSS, y otros separados para las fuerzas armadas (IPSA), los maestros (IPASME), los trabajadores del petróleo (PDVSA) y los profesores de varias universidades.

El subsector privado se compone de entidades con ánimo de lucro (compañías de seguros, medicina prepaga, hospitales) fundaciones benéficas, ONGs y cooperativas.

La ley orgánica de 2002 dispuso la creación de tres instituciones nuevas: el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), bajo la rectoría del ministerio, el cual integrará todas las entidades, programas y servicios de salud que sean total o parcialmente financiados con recursos fiscales; la Superintendencia de Seguridad Social, autónoma pero adscrita al ministerio de finanzas, encargada de establecer un sistema de regulación, inspección, supervisión y fiscalización de todas las entidades del sistema de seguridad social, con potestad para demandar todo tipo de información de los entes bajo su jurisdicción y velar porque las reservas técnicas y los balances actuariales estén debidamente estimados, y la Tesorería de la

Seguridad Social, también autónoma, pero adscrita al órgano rector de la seguridad social, a cargo de la recaudación, inversión y distribución de todos los fondos de la seguridad social.

La Ley de Salud establece la rectoría y función reguladora del ministerio sobre todo el sector, público o privado, y determina que el SPNS integrará al régimen de salud del IVSS y de todas las instalaciones, centros, equipos, personal, recursos y patrimonio de atención pública de salud, incluyendo los servicios descentralizados y transferidos a los estados y municipios. El único ente exceptuado de la unificación es la fuerza armada nacional, con la cual el ministerio tendrá una "alianza" y realizará acuerdos de fortalecimiento mutuo e intercambio de experiencias. Todos los servicios integrados en el SPNS se gestionarán por el Instituto Nacional de Asistencia Médica (INAS), autónomo pero adscrito al ministerio, que asegurará la atención médica a toda la población en los tres niveles. El INAS estará bajo la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social pero también de la Contraloría General de la República, además el ministerio organizará su propia "contraloría de salud colectiva" a cargo del registro, inspección, vigilancia y control de alimentos, bienes, equipos, establecimientos e industrias de salud.

### REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece en su artículo 83 que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

De acuerdo con el artículo 84, para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los

principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado (artículo 85), que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

El artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del

capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

El Artículo 122 establece que "Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconoce su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos

### **PRINCIPALES NORMAS REGULADORAS DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

#### *Ley de 7 de septiembre de 1998, ORGÁNICA DE SALUD*

Rige todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, éste último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regula igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud.

#### *Ley de 13 de diciembre de 2001, QUE REGULA EL SUBSISTEMA DE SALUD*

Rige el Subsistema de Salud previsto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral de 1997 y desarrolla en los términos establecidos en dicha ley los principios, derechos y obligaciones de los sujetos que intervienen en la regulación, intervención, dirección, financiamiento, supervisión, aseguramiento y utilización de los servicios que garantizan la atención médica integral y la atención de la enfermedad profesional y accidentes de trabajo, así como todo lo concerniente a las prestaciones dinerarias del Subsistema de Salud.

*Ley de 6 de diciembre de 2002, ORGÁNICA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL*

Tiene por objeto crear el Sistema de Seguridad Social, establecer y regular su rectoría, organización, funcionamiento y financiamiento, la gestión de sus regímenes prestacionales y la forma de hacer efectivo el derecho a la seguridad social por parte de las personas sujetas a su ámbito de aplicación, como servicio público de carácter no lucrativo.

El Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a la salud y las prestaciones por: maternidad, paternidad, enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración, discapacidad, necesidades especiales, pérdida involuntaria del empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda y habitat, recreación, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia susceptible de previsión social que determine la ley. El alcance y desarrollo progresivo de los regímenes prestacionales contemplados en esta Ley se regulará por las leyes específicas relativas a dichos regímenes.

En dichas leyes se establecerán las condiciones bajo las cuales los sistemas y regímenes prestacionales otorgarán protección especial a las personas discapacitadas, indígenas, y a cualquier otra categoría de personas que por su situación particular así lo ameriten y a las amas de casa que carezcan de protección económica personal, familiar o social en general.

**MARCO NORMATIVO A FAVOR DE LA POBLACIÓN INDÍGENA**

*Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas Publicada en el Diario Oficial 38344 de Diciembre 27 de 2005.*

El Estado venezolano reconoce y protege la existencia de los pueblos y comunidades indígenas como pueblos originarios, garantizándole los derechos consagrados en la Constitución de la Repú-

blica Bolivariana de Venezuela, los tratados, pactos y convenios internacionales y otras normas de aceptación universal, así como las demás leyes de la República, para asegurar su participación activa en la vida de la Nación venezolana, la preservación de sus culturas, el ejercicio de la libre determinación de sus asuntos internos y las condiciones que los hacen posibles.

El Estado reconoce el derecho de los pueblos y comunidades indígenas tienen al uso de su medicina tradicional y de sus prácticas terapéuticas para la protección, el fomento, la prevención y la restitución de su salud integral. Este reconocimiento no limita el derecho de acceso de los pueblos y comunidades indígenas a los demás servicios y programas del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social, los cuales deberán prestarse en un plano de igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicio respecto al resto de la población nacional.

El Estado, a través de los órganos, entes y demás organismos competentes y en coordinación con los pueblos y comunidades indígenas, creará las condiciones necesarias para la incorporación de la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas de los pueblos y comunidades indígenas, a los servicios del Sistema Nacional de Salud dirigidos a los pueblos y comunidades indígenas. Los indígenas especialistas en su medicina tradicional podrán utilizar sus conocimientos y procedimientos con fines preventivos y curativos, siempre que cuenten con el consentimiento de los pacientes, indígenas o no-indígenas, y se realicen en los lugares destinados para tales fines. Estas prácticas serán respetadas por todas las instituciones públicas de salud.

Los servicios de salud se organizan, planifican y controlan con la participación directa de los pueblos y comunidades indígenas y sus organizaciones. La atención integral en salud se adecuará a las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales y a los usos y costumbres de estos pueblos y comunidades.

# 4

Modelos de atención de la salud  
con enfoque intercultural



## Interculturalidad a ambos lados del Atlántico

El término interculturalidad nos remite a la expresión “entre culturas”, no simplemente como un contacto, sino como un intercambio basado en el respeto mutuo. La interculturalidad es un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad, que se construye entre personas y grupos, conocimientos y prácticas culturalmente distintas.

La interculturalidad es la interacción entre culturas, el intercambio y la comunicación, en que el individuo reconoce y acepta la reciprocidad de la cultura del otro. El prefijo 'inter' denota la idea de interactuar, compartir, la existencia de complementariedades, el reconocimiento de la cultura del otro. En otras palabras, la interculturalidad puede considerarse como una forma de ser, una visión del mundo y de otras personas, una clase de relación igualitaria entre los seres humanos y los pueblos. Es lo opuesto al etnocentrismo. La interculturalidad está llevando el multiculturalismo un paso más allá.

## Interculturalidad y multiculturalismo

En la actualidad, debido a las migraciones, la mayor parte de las sociedades son multiculturales. El multiculturalismo ha surgido como una respuesta ante la realidad multicultural de la sociedad actual. El multiculturalismo toma en cuenta la existencia de diferentes culturas, pero no establece vínculos reales entre la cultura receptora y la nueva cultura que aportan los ciudadanos recién llegados.

Hasta el momento, los principios y las políticas del multiculturalismo se han centrado en el reconocimiento por parte del Estado de la pluralidad cultural que existe en el seno de la sociedad, la dis-

minución de los obstáculos que impiden la participación social de los grupos culturales marginados, y el respaldo a la reproducción de culturas.

El modelo de multiculturalismo, nacido en el siglo XIX, no responde a las necesidades de un mundo que busca valores y códigos que les permitan garantizar el establecimiento de buenas relaciones con los demás y con la sociedad. Por ello, frente al multiculturalismo en la actualidad se apuesta por la interculturalidad, como concepto superador e integrador. La interculturalidad preconiza la aceptación de la diversidad cultural como algo natural y evidente. Aboga por la práctica de escucharse mutuamente y por el diálogo entre culturas que, a su vez, llevaría al entendimiento y el respeto intercultural. Básicamente, el enfoque intercultural promulga el punto de vista de que la diversidad cultural no constituye una amenaza sino que más bien enriquece la estructura social de una sociedad.

En general, el enfoque intercultural se caracteriza por tres etapas:

- Descentralización: tomar una perspectiva más distante de uno mismo, intentar definir los marcos de referencia propios como individuo con una cultura y subculturas combinadas en el propio desarrollo personal. A través de esa reflexión sobre uno mismo, darse cuenta de lo que es relativo en las observaciones que uno hace e interpretar las referencias de lectura propias.
- Penetración del sistema del otro: salirse de uno mismo para ver las cosas desde la perspectiva del otro. Es una actitud de apertura, un esfuerzo personal de indagación.
- Negociación: encontrar la avenencia y la comprensión mínimas y necesarias para evitar una confrontación.

## La interculturalidad en el contexto europeo

Europa se está volviendo cada vez más diversa culturalmente. La ampliación de la Unión Europea, la desregulación de las leyes de empleo, la inmigración y la globalización han contribuido a aumentar el carácter multicultural de muchos países, sumando más lenguas, religiones y orígenes étnicos y culturales al continente. Por ello, el diálogo intercultural adquiere cada vez un papel más importante en el fomento de la identidad y la ciudadanía europea.

En la búsqueda de una solución democrática para la integración de los diferentes pueblos en el marco de una ciudadanía común, el Consejo de Europa ha promovido la perspectiva intercultural. Para el Consejo de Europa, la interculturalidad en el contexto europeo debe basarse en:

- El reconocimiento de los derechos de la persona.
- El otorgamiento a una minoría nacional no sólo de la libertad de elección de la persona sino también espacios abiertos para las realidades sociales y humanas, articulaciones entre los sistemas público y privado.
- En consecuencia, si se quiere que los intercambios multilaterales e interculturales sean exitosos, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:
  - Aprovechar cada contacto e intercambio como seguimiento del intercambio escolar, y las estrategias educativas utilizadas en las clases multinacionales,
  - Combinar los intercambios juveniles y escolares, especialmente en lo que concierne a la capacitación de líderes de grupo,
  - Instituir una capacitación más sistemática para los maestros y directores en los intercambios comunitarios y de estudiantes.

La Unión Europea también promueve el diálogo intercultural, que contribuye a la realización de varias de sus prioridades estratégicas, en particular:

- Respeta y promueve la diversidad cultural de Europa, mejora la cohabitación y fomenta una ciudadanía europea activa abierta al mundo y basada en los valores comunes de la Unión Europea.
- Contribuye a garantizar la igualdad de oportunidades y la no discriminación en la Unión Europea al incluir la estrategia de Lisboa renovada, según la cual la economía del conocimiento está necesitada de personas capaces de adaptarse a los cambios y de aprovechar todas las fuentes de innovación posibles para aumentar la prosperidad.
- Acentúa la dimensión cultural y educativa incluida en la estrategia de Lisboa renovada y, de esta manera, estimula la economía cultural y creativa, generadora de crecimiento y empleo, en la Unión Europea.
- Apoya el compromiso de la Unión Europea por la solidaridad, la justicia social, el desarrollo de la economía social de mercado, la cooperación y el refuerzo de la cohesión en el respeto de sus valores comunes.
- Permite que la Unión Europea haga oír su voz con más fuerza en el mundo y establezca lazos eficaces con los países de su entorno, para así ampliar una zona de estabilidad, democracia y prosperidad común más allá de la Unión Europea y con ello aumentar el bienestar y la seguridad de los ciudadanos europeos y de todos los que viven en la Unión Europea.

### ***“No pasan de aquí a oír misa los Baqueros”.***

*La iglesia de San Martín de Luiña, en Asturias (España) conserva aún en su piso de piedra una inscripción que recuerda la discriminación secular que sufrieron los vaqueiros de alzada, un grupo étnico y cultural cuya principal actividad era la ganadería, que desarrollaban en régimen de trashumancia estacional.*



## La interculturalidad en el contexto latinoamericano

Algunos países de América Latina y el Caribe han decidido analizar, formular y proponer valores sociales para una ética y una identidad ciudadana renovadas, basadas en la interculturalidad. Se busca alcanzar ese objetivo sistematizando el discurso y las propuestas de desarrollo e integración que restablezcan la diversidad social y cultural de los Estados de América Latina, respaldando una propuesta sobre políticas de desarrollo e integración desde una perspectiva intercultural, y desarrollando un marco ético e instrumental que proporcione retroinformación sobre su cometido y ofrezca respaldo al diálogo con los actores sociales.

*En Venezuela, la población indígena censada se calcula hoy en unos 530.000 habitantes. Según el último censo, entre 1992 y el 2001 el crecimiento rozó el 70%, pero este exagerado aumento probablemente se deba más a una fuerte reivindicación de las identidades indígenas, estimulada por sus logros políticos de la última década, que a sus patrones de crecimiento natural. Estudios más puntuales, sin embargo, confirman que el proceso de recuperación poblacional es real. El crecimiento poblacional indígena se debe, en gran medida, a la expansión – aunque precaria– de la biomedicina a sus territorios. Una comparación de aspectos de salud entre dos segmentos de la población Piaroa, en 1992, uno con acceso y otro sin acceso al sistema de salud pública nacional, mostró que las poblaciones con acceso a la biomedicina crecían 65% más rápido que las que no lo tenían. Asimismo, las comunidades sin ningún tipo de servicio tenían dos veces más nacimientos muertos que las que sí tenían algún servicio, y la esperanza de vida de los nacimientos exitosos en aquéllas era de unos 34 años, mientras que para los individuos con acceso a servicios médicos era de 47 años. La importancia del acceso a la biomedicina ha sido corroborada para el caso venezolano y no cabe duda de que es uno de los pilares fundamentales de la recuperación poblacional indígena.*



**Noly Coromoto Fernández Hernández**

Foro del curso on-line "Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas". 1ª Edición.

## Interculturalidad y salud

La interculturalidad en salud, se refiere a una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno al proceso salud enfermedad-atención tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas. Desde las políticas sanitarias, se propone aplicar el enfoque intercultural en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud y se intenta facilitar el reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos y la complementariedad de sus conocimientos y sus recursos en salud.

Entendida la cultura como ese conjunto de relaciones que el individuo establece con su entorno y de las cuales se definen unas formas organizativas propias, se desarrollan unos saberes y conocimientos y se resuelven una serie de necesidades y bajo un enfoque intercultural de articulación o de interrelación que propende por el desarrollo de una relaciones que partan del respeto y la valoración cultural propia para aproximarse luego a las características socioculturales de las otras culturas con las cuales interactúa y donde el individuo pueda recuperar su presencia activa como ser pleno de conocimientos y saberes que se deben respetar y como un miembro más de la colectividad, ¿cómo se analiza la salud?, pero más importante, ¿cómo entienden la salud los pueblos indígenas?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1947 la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición, ha sido ampliamente aceptada, pero también ha tenido sus cuestionamientos porque transfiere el objeto de la definición a precisar lo que se entienda por 'completo bienestar', algo muy subjetivo ya que no sólo los individuos tienen su propia idea de bienestar sino que cada cultura define sus propios patrones de bienestar, los cuales condicionan las aspiraciones de los individuos. De tal manera que no hay un solo, único y generalizable parámetro de bienestar sino que éste debe ser relativo a cada contexto sociocultural.

De otra parte, la salud es un derecho humano universal reconocido en toda la normatividad internacional, hecho este que se ha hecho explícito

desde que las Naciones Unidas adoptaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos en diciembre de 1948. En esta declaración se reconoce el derecho de las personas "a un nivel de vida adecuado que le asegure entre otras cosas, la salud, el bienestar y los servicios sociales necesarios".

La Asamblea General de la ONU de 1966 adoptó el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC), el cual señala "el derecho a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.... y depende de estos derechos, que se enuncian en la *Carta Internacional de Derechos*, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud". El PIDESC consagra en su artículo 12 "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* asume la salud desde una concepción amplia que trasciende la visión restrictiva de la enfermedad. El PIDESC reconoce que "el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano".

Por su parte, la *Declaración de Alma Ata* en 1978 habla de la salud como bienestar físico, mental y social, como un derecho humano fundamental cuya responsabilidad es de los gobiernos. Otros documentos de la Organización Mundial de la Salud se han referido a este concepto de salud en una forma más operacional, precisando algunos de sus requisitos: Es el estado de completo bienestar biopsíquico-social y son sus prerrequisitos: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Sobresale en todo esto una mirada

muy amplia sobre la salud, destacando factores estructurales del sistema social como condicionantes de la salud, en contraste con la definición de salud como asunto médico o de carencia de enfermedad.

En cuanto a la introducción de la perspectiva étnica en el campo de la salud, con ocasión de la coyuntura de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al continente americano, se llevó a efecto en Winnipeg (Canadá) una reunión con representantes de los pueblos indígenas, gobiernos, académicos y ONG de 18 países, en la cual se lanzó la *Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas* (Iniciativa SAPIA). A raíz de ello, la OPS y los Estados miembros se comprometieron con el reconocimiento y promoción de la medicina tradicional, con el desarrollo de modelos interculturales de atención y, en general, con el derecho a la salud adecuada para dichas comunidades (MPS-OPS, 2004).

De otra parte, la OMS y organizaciones de la sociedad civil, bajo enfoque de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, incluyen a la pertenencia étnica como uno de los determinantes estructurales en los sistemas de salud, en los estudios sobre acceso y situación de salud, así como en los trabajos para alcanzar la equidad en salud, donde cada quien recibe según su necesidad y aporte de acuerdo a su capacidad.

En ese contexto, la OPS define la medicina tradicional como: "El sistema de salud que comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado".

En la *Declaración de Ginebra sobre la Salud y la Supervivencia de los Pueblos Indígenas del Mundo* se afirma que "el concepto de salud y la supervivencia de los pueblos indígenas es un continuo colectivo, individual e intergeneracional que incluye una perspectiva integral que incorpora 4 dimensiones compartidas de la vida. Estas dimensiones son: el espíritu, el intelecto, lo físico y lo emocional. Uniendo estas cuatro dimensiones fundamentales, la salud y el bienestar se manifiestan en múltiples niveles donde el pasado, el presente y el futuro, coexisten simultáneamente. Para los pueblos indígenas la salud y el bienestar son un equilibrio dinámico que incluye interacciones con los procesos de vida y la ley natural que

gobierna el planeta, todos los seres vivos y la comprensión espiritual. Todas las expresiones culturales relevantes para la salud y el bienestar de los pueblos indígenas incluyen, pero no se limitan a, relaciones individuales y colectivas, relaciones familiares y de parentesco, sistemas de justicia tradicional, música, danzas, ceremonias, prácticas rituales y ceremoniales, juegos, deportes, lenguaje, narraciones, mitología, cuentos, nombres, tierra, mar y aire y sus recursos, diseños, escrituras, artes visuales, aspectos y formas de la cultura indígena documentados permanentemente, incluyendo informes científicos y etnográficos, artículos y libros, fotografías, imágenes digitales, grabaciones de video y sonoras, sitios sagrados y de entierro y material genético humano, restos de los antepasados y artefactos”.

“Entendida como derecho humano, la salud involucra la responsabilidad del Estado en el aseguramiento de las condiciones normativas y materiales que garanticen su ejercicio y goce efectivo por todos los habitantes del territorio nacional. Es el Estado quien se obliga, en virtud de los pactos internacionales a asegurar que todas las personas puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y, por tal motivo, es a él a quien corresponde corregir y evitar todas aquellas situaciones que, de cualquier forma, puedan representar una amenaza para el ejercicio y el disfrute del derecho a la salud.

Tal como se establece en el citado documento elaborado con el apoyo de la OPS/OMS, “Salud es algo más amplio, que trasciende lo médico, lo orgánico, lo psíquico, lo individual, que tiene que ver con el bienestar general (bio-psico-social) de la persona y con su entorno y natural, es decir, con su medio ambiente integral. Por consiguiente, además de los factores médicos, influyen también los de orden económico, cultural, social y político que garanticen una vida sana para los individuos y el conjunto de la sociedad. Ciertamente, un ambiente de miseria, opresión cultural, explotación y violencia no es un ambiente sano ni contribuye al bienestar ni la salud de las personas. La integralidad en salud incluye no sólo actividades curativas sino de prevención y promoción de la salud y del bienestar individual y comunitario”.

En ese contexto, se plantearía la interculturalidad como una alternativa frente a la problemática de salud que aqueja a los pueblos indígenas a través del desarrollo de programas que tengan la garan-

tía de acudir tanto a la medicina facultativa como a su medicina tradicional y en la que se desarrollen relaciones interculturales de mutua valoración, reconocimiento y respeto entre ambas medicinas, donde los individuos puedan tomar decisiones sobre sus necesidades en materia de atención integral en salud partiendo del hecho que poseen unas especificidades que se deben reconocer, recuperar y valorar desde una posición crítica pero que también existen elementos y recursos de las otras culturas que les son necesarios y apropiados para el mejoramiento de su calidad de vida y el enriquecimiento de su cultura. Interculturalidad como mecanismo de protección de la etnicidad, pero también como estrategia de construcción de modelos integrales de atención, para implementar procesos de formación y recuperación en salud y garantizar el derecho a la salud a partir de las necesidades locales y la concertación y construir puentes de entendimiento y respeto como camino hacia la paz, la equidad y justicia social.

### Equidad e interculturalidad: un enfoque necesario

La interculturalidad permite abordar la salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural. Ello significa no sólo reconocer las particularidades de cada pueblo y territorio, sino también respetar, proteger y garantizar la pluralidad cultural y la legitimidad del patrimonio cultural de los pueblos originarios. Esto se consigue mediante un cambio de actitud, en general, y un cambio cultural en el sistema de salud, en particular.

La equidad apunta a la realización de un conjunto de acciones concretas, a través de las cuales se llegue a un sistema de salud que disminuya efectivamente las brechas en la situación de desigualdad en salud entre sectores y áreas geográficas. Ello significa generar acciones en el ámbito de mejoría del acceso, de la calidad, cobertura y efectividad de la atención de salud de los pueblos indígenas y de los trabajadores agrícolas.

El enfoque, por tanto, se sustenta en el reconocimiento de la existencia de mundos socioculturales diversos, donde se encuentran distintas formas de

entender y enfrentar el proceso salud-enfermedad, es decir, el sistema médico occidental y la medicina tradicional indígena de estos pueblos. El reto actual de cada Estado sería el de conseguir la equidad en salud mediante acciones específicas.

La interculturalidad será entendida como un proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto, horizontalidad y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio determinado. Interculturalidad significa entonces, la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación, convivencia y derecho a la diferencia.

En materia de acceso y calidad de los servicios de salud, por un lado, deben respetar la integralidad de la cosmovisión y prácticas indígenas, y por otro, responder a criterios de eficacia y calidez en el alcance de los objetivos en salud, con resultados de satisfacción de la persona, familia y comunidad.

El enfoque intercultural en salud releva el reconocimiento y respeto de las singulares y diversas características de cada pueblo originario y pretende crear un ambiente donde estas diferencias puedan coexistir y aportar a la mejoría de la salud de todos, aún cuando se da en un escenario no resuelto de asimetrías de poder, en lo que se refiere a la hegemonía del sistema médico oficial.

La interculturalidad en salud conlleva los siguientes elementos:

- Integralidad en el concepto de salud-enfermedad.
- Sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas.
- Visión holística.
- Oferta de servicio regular, equitativa y con pertinencia cultural.
- Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población.
- La capacitación aborda sistemáticamente la diversidad y problemática local en materia de salud.
- Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena.

Las principales características de las relaciones de interculturalidad son las siguientes: voluntad, reconocimiento mutuo, interacción, aprendizaje mutuo, reciprocidad, horizontalidad y cooperación.

La perspectiva intercultural en salud pone el énfasis en el proceso de encuentro de las diversas culturas que conviven en un territorio, para coordinar acciones y esfuerzos en la solución de problemas comunes.

### ¿Toman en cuenta las políticas de salud la interculturalidad?

La gran mayoría de los países latinoamericanos presenta una gran diversidad étnica y cultural, la que se reproduce tanto en espacios urbanos como rurales. Los conceptos de identidad, participación e interculturalidad predominan en las distintas políticas públicas hacia los pueblos originarios. El concepto de diversidad se ha expresado en múltiples aplicaciones en materia de políticas públicas. En este marco, una de las políticas con mayor desarrollo es la relacionada con la situación de salud de los pueblos indígenas.

La puesta en marcha de estos procesos de cambio cultural ha significado un enorme despliegue de voluntades, habilidades y aprendizajes tanto para el mundo indígena como para el sector salud en los distintos países. Este proceso ofrece al desarrollo de políticas públicas con pueblos indígenas en materia de protección social en salud e interculturalidad en salud.

Las evidencias epidemiológicas señalan altos niveles de correlación entre alta concentración de población indígena y mayores grados de riesgo y daño en la salud. Debido a este motivo, desde la década del noventa, en las reuniones internacionales y nacionales sobre salud y pueblos indígenas, se ha reflexionado mucho sobre las barreras al acceso a los servicios de salud, entre las que cabe mencionar las siguientes:

- De tipo cultural: incluidas barreras tales como las diferencias de idioma, la falta de comprensión sobre la cultura y los sistemas de salud tradicionales de los indígenas.

- De tipo económico: debido a la carencia de un seguro de salud adecuado o a la falta de recursos económicos, los pueblos indígenas con frecuencia no pueden recibir los servicios de salud que están disponibles.
- Marginación: dificultades de los pueblos indígenas para ejercer la participación en otros organismos o instituciones no indígenas a escala comunitaria, municipal, estatal/ provincial y nacional.

En el sector salud, se han ido tomando una serie de decisiones para cambiar la situación imperante, a través de un conjunto de procesos que se expresa en la planificación sanitaria y sus acciones:

- Identificación y análisis de las desigualdades de acceso, calidad y oportunidad que afectan a la población indígena.
- Formulación de metas explícitas orientadas a la disminución de brechas para los problemas identificados.
- Elaboración de un plan de acciones focalizadas para los principales problemas de equidad identificados.
- Estrategias intersectoriales incorporadas en el plan de acción.
- Sistema de monitoreo del plan de acción en las comunidades más vulnerables.

Esta "nueva situación" ha implicado para los servicios de salud desarrollar estrategias para fortalecer la red de servicios asistenciales, tales como:

- Facilitar el acceso, aumentar las rondas de salud a zonas rurales, mejoramiento de las condiciones físicas de los establecimientos, crear hogares de acogida para las familias que acompañan al enfermo a los centros de salud distantes,
- Mejorar la capacidad resolutoria, compra de medicamentos y financiamiento de exámenes de mayor complejidad, entre otros.

Se trata de un conjunto de estrategias para lograr una extensión de la cobertura de atención en territorios donde habitan pueblos indígenas.

Pero a pesar de todas estas acciones y estrategias, ¿se puede afirmar que se está reconociendo la interculturalidad en las políticas de salud?

La interculturalidad, por un lado, exige el reconocimiento por parte del Estado de la pluralidad cultural, y por otro, supone la creación de espacios en que las distintas culturas no sólo puedan coexistir, sino también interactuar y conocerse, permitiendo de este modo el encuentro a fin de crear vínculos entre todos los miembros de una sociedad. El enfoque intercultural así entendido, plantearía que la diversidad cultural no constituye una amenaza para los grupos en contacto, sino que más bien enriquecería la estructura social de un Estado. Sin embargo, uno de los debates que origina la Interculturalidad es que la interacción no se da en un plano de igualdad. Por ello, se demanda la horizontalidad y la búsqueda de una "nueva relación" entre el Estado y los pueblos indígenas.

Bajo este enfoque también se han iniciado diversas experiencias denominadas "interculturales", las que están en desarrollo en los países. Esto ha sido posible gracias a la decisión y compromiso tanto de indígenas y no indígenas, que cuentan con equipos comprometidos y están dando muestras de un incipiente cambio cultural en los modelos de salud imperantes.

Por ejemplo en Bolivia, el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, se propone cómo "la instancia gubernamental responsable de promover, proteger, velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales, de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias, transversalizar la temática de la interculturalidad en salud en el diseño e implementación de políticas públicas sectoriales del nivel central y en el nivel descentralizado, formular políticas de modo que se articulen con el sistema público de salud, en un modelo de gestión y atención con un enfoque intercultural en salud".

También en la Política de Salud y Pueblos Indígenas de Chile, se señala que la participación indígena es un requisito indispensable para el desarrollo de programas y planes locales y regionales en salud, no limitándola sólo a las etapas de diagnóstico y levantamiento de necesidades. La apuesta es contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud

con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso.

La interculturalidad ya no es sólo una variable "transversal" introducida a regañadientes entre las políticas del Estado, muchas veces tomada como "moda" donde se ha folclorizado "lo indígena". Sino que se trataría de la piedra angular de un profundo proceso de cambio cultural donde indígenas y no indígenas han empezado a ser capaces de construir una nueva relación desde diferentes "identidades".

La construcción de modelos en salud con enfoque intercultural constituye un enorme desafío, donde se requiere de nuevas habilidades en los equipos técnicos del sector. Para ello, se han desarrollado numerosas estrategias de sensibilización y capacitación del personal de salud orientadas al conocimiento de la cosmovisión y la historia, y el respeto a los saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios.

Para la salud oficial, este proceso de cambio cultural significa cambiar desde un modelo biomédico a uno más integrador, con un enfoque biopsicosocial y cultural, donde se debe reconocer que existen otros actores, como por ejemplo los agentes de salud indígena.

Otro gran objetivo es contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas en salud. Actualmente existen muchos proyectos en esta área, no obstante, no pasa de ser un comienzo donde aún hay mucho por hacer.

El fundamento de este cambio paradigmático es que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población multicultural. Esto implica para los técnicos de salud dejar de concebir el modelo biomédico como el único deseable, válido y efectivo.

Para los pueblos indígenas, los conceptos de salud-enfermedad, los agentes de salud y sus prácticas están determinados por el mundo simbólico que dice relación con la concepción del cuerpo, de la persona, de la relación entre el mundo natural y el mundo sobrenatural. Desde el Estado, ¿qué se puede hacer entonces?

Hasta ahora, en varios países de América Latina, el enfoque intercultural ha estado orientado a producir, por una parte, un impacto en el modelo de atención desarrollando estrategias para la pertinencia cultural en la organización y provisión de servicios de salud. Y por otra, a intentar una complementariedad de sistemas médicos en pos de una salud más integral. Este proceso ha adquirido diversas expresiones y grados, con un eje principal, lograr la participación y el compromiso de los pueblos originarios en procesos donde el sector público de salud intenta ejercer un liderazgo.

Una de las estrategias desarrolladas ha sido buscar la pertinencia cultural en la provisión de servicios, entendida como la adecuación de criterios, protocolos y contenidos occidentales considerando las particularidades culturales y lingüísticas de las poblaciones beneficiarias, es decir, que los servicios de salud se adapten a prácticas culturales, como el uso de idiomas nativos.

Las innovaciones realizadas hasta ahora abordan desde procesos hasta incipientes cambios estructurales, pasando por normativas y la incorporación de nuevos roles como por ejemplo, facilitadores interculturales en el modelo de atención.

Todo esto ocurre paralelo al proceso que se está dando en muchos países en torno al llamado "reconocimiento de las medicinas indígenas". A partir de diversas experiencias de reconocimiento e integración del enfoque intercultural en salud, del Estado ha generado un ámbito de normativización.

Derechos como la autonomía, la autodeterminación, la territorialidad, derecho al desarrollo propio, participación, entre otros tienen como fundamento principios orientadores basados en el respeto a la vida, la igualdad, la diversidad cultural, la dignidad de los pueblos originarios, que al operar en los procesos de interacción social van modificando y orientando las conciencias y las prácticas del quehacer humano hacia la responsabilidad colectiva e inauguran una nueva concepción de las políticas públicas, fundada en los derechos colectivos.

La mayoría de los países impulsan hoy estrategias innovadoras para abordar los retos en el marco de un enfoque de determinantes sociales de la salud. Esto significa actuar no sólo con el objetivo de

mejorar el nivel promedio, sino también explícitamente para reducir las inequidades en salud a través de políticas que incorporen acciones sobre las causas que provocan estas inequidades.

Las políticas públicas focalizadas en el mundo indígena, son actualmente materia de discusión. Cabe destacar que muchos manifiestan que la problemática indígena no ha sido asumida en forma integral y que la acción estatal muchas veces ha estado orientada a obtener logros de corto plazo. Lo cual ha limitado la acción pública y ha incentivado reacciones conflictivas.

## Algunas experiencias

### Chile: Modelos de Atención en Centros de Salud y Hospitales Interculturales

La experiencia Intercultural de Boroa Filulawen surge como una respuesta organizativa desde las comunidades frente a la necesidad de recuperación de elementos culturales de la medicina tradicional mapuche.

El Centro de Salud Intercultural ha propiciado un proceso de empoderamiento sociopolítico territorial sobre la base de la autonomía decisional y la capacidad de sus dirigentes de abrirse a los procesos de negociación sobre la base de propuestas, con autoridades, en pos de las demandas y necesidades del territorio.

Lo más complejo de lograr es definir entre el Estado y los líderes comunitarios cómo se financia una experiencia como esta, con los sistemas tradicionales de pago de prestaciones.

Otra de las experiencias más difundidas es el Primer Hospital Intercultural inaugurado el año 2006, en la Comuna de Nueva Imperial, que tiene como propósito la generación de una oferta de salud adecuada a las necesidades de las comunidades mapuche de la red costera de la Región de la Araucanía.

Para ello, se construyó un Módulo de Salud Mapuche junto al Hospital. En el proyecto médico arquitectónico se incorporaron elementos de la cosmovisión mapuche en su diseño. En este cen-

tro, se ofrece atención gratuita de machi y otros agentes de medicina mapuche.

La complementariedad entre medicina mapuche y medicina occidental se da principalmente a través del itinerario terapéutico por decisión espontánea del usuario o por derivación de los agentes médicos mapuches. Pero son los profesionales y técnicos del sector los más difíciles de integrar a un cambio tan profundo como el que implica este nuevo modelo de gestión.

### Colombia: Extensión de la cobertura de protección social en salud a los pueblos indígenas

Lograr la extensión de la cobertura de la protección social en salud para los pueblos indígenas implica el diseño de una política pública en salud, integral e intercultural, que deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Una atención diferencial: este aspecto reitera el principio constitucional de diversidad étnica y cultural y plantea a su vez la necesidad de un tratamiento especial y diferencial orientado a posibilitar la pervivencia y fortalecimiento de los pueblos indígenas y de sus correspondientes culturas.
- Adoptar como marco general una política social que incluya no sólo los aspectos directamente relacionados con la situación de salud de los pueblos indígenas, sino que además aborde otro tipo de temáticas que desde una visión intercultural resultan fundamentales para lograr los niveles de bienestar planteados desde los ámbitos comunitarios. En ese sentido, la protección social en salud en el ámbito de una política social debe orientarse a mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas partiendo de las concepciones sociales y culturales de cada uno de ellos.
- Diseñar y estructurar las normas de protección social en salud en función de los principios constitucionales que reconocen los derechos de los pueblos indígenas.
- Asegurar los recursos necesarios para financiar y garantizar la prestación de los servicios de salud a los pueblos indígenas

- de manera adecuada, oportuna y eficaz en los espacios institucionales y comunitarios, entendidos en el marco de la protección social.
- Reconocer de manera explícita y particular a los pueblos indígenas en los programas de salud.
  - Incorporar o adoptar una visión integral del concepto de salud que incluya las percepciones de los diferentes pueblos indígenas y que oriente la ejecución y articulación de las estrategias institucionales y comunitarias del manejo de los riesgos en salud.
  - Entender la salud como un derecho humano universal e integral, cuya materialización posibilita el ejercicio de los otros derechos humanos.
  - Desarrollar el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud y en el acceso a los servicios de salud institucionales. Esto debe orientarse a erradicar la discriminación y justificar desde el punto de vista legislativo la incorporación de modelos interculturales de salud.
  - Incorporar el tema de la territorialidad, como un aspecto fundamental para estructurar o construir de manera conjunta con las comunidades unos mínimos de bienestar.
  - El reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de derechos individuales y colectivos, lo cual transforma de manera absoluta el abordaje del derecho a la salud.
  - El reconocimiento de la jurisdicción especial indígena.
  - El reconocimiento de la consulta previa y la concertación como un derecho de los pueblos indígenas. Esto en consideración a que cada uno de ellos posee necesidades y consideraciones diferentes alrededor de la salud y si se quiere partir de la reafirmación del principio de diversidad étnica y cultural, resulta imprescindible consultar y concertar de manera particular con cada uno de ellos las acciones de salud que se pretendan implementar.

- Utilizar la descentralización como un mecanismo para que los pueblos indígenas participen de manera efectiva y directa en el diseño e implementación de los programas de salud.
- El desarrollo de una labor continua de formación para funcionarios públicos, encaminada a la sensibilización y apropiación de la política del reconocimiento. En particular, para quienes se encargan de las políticas de salud.

### **México. Política intercultural de salud**

La Secretaría de Salud del gobierno federal impulsó, desde el año 2002, la complementariedad de los sistemas de salud y la inclusión de la medicina tradicional en las estrategias de intervención en salud hacia la población indígena, reconociendo la importancia de la cultura en la situación de salud. Se definió el fortalecimiento de la medicina tradicional como una política del gobierno federal y su reconocimiento en el Plan Nacional de Desarrollo, a través del Programa Nacional de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas y la creación de una Dirección de Medicina Tradicional, con lo cual la Secretaría de Salud se involucró directamente en el tema. En el caso del Instituto Nacional Indigenista, se habían desarrollado experiencias previas, desde el primer congreso de médicos indígenas tradicionales en San Cristóbal de las Casas (Chiapas), en 1974, hasta el reconocimiento de la medicina tradicional en la Legislatura del Estado de Oaxaca en el año 2001; por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de su programa "IMSS Solidaridad" (hoy IMSS Oportunidades), viene desarrollando experiencias de salud intercultural desde 1982 .

Cabe señalar que desde la creación de la Dirección de Medicina Tradicional (hoy denominada "Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural"), se estableció la coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional Indigenista (INI), hoy transformado en sus funciones y atribuciones como Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, organizaciones civiles e instituciones de investigación y enseñanza, además de otras áreas de la propia Secretaría de Salud, toda vez que se comparten ámbitos comunes para aprovechar su experiencia en el tema de la Medicina Tradicional. El Logro de esta Dirección, se consolidó con la

inclusión del reconocimiento de la medicina Tradicional y la atención a la salud y participación de la población indígena en la ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación en Septiembre del 2006 .

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas y con un alto porcentaje de población indígena, el 100 por ciento de los nacimientos son atendidos por parteras. Por otra parte, una encuesta realizada en las zonas cubiertas por el IMSS-Solidaridad puso de manifiesto que las plantas medicinales se utilizan ampliamente para tratar trastornos digestivos, padecimientos de tipo respiratorio, lesiones de la piel, infecciones cutáneas, traumatismos, dolor muscular y reumático, picaduras de animal, fiebre, escalofrío, dolor de cabeza y articulaciones en general, así como para el tratamiento de síntomas relacionados con el aparato sexual femenino .

Las acciones específicas hacia la medicina tradicional y hacia la población indígena, identificaron a la Interculturalidad como una herramienta integradora para el tratamiento de estos temas y permitieron desarrollar el modelo intercultural de la Secretaría de Salud, articulando la participación de la población usuaria para lograr "servicios con sensibilidad cultural", facilitando el acercamiento a las denominadas medicinas complementarias, confundidas y ubicadas muchas veces, como parte de la medicina tradicional. Se inició también el proceso de sensibilización-capacitación del personal de salud de las instituciones del sector, donde se manifestaba la mayor resistencia respecto a estas acciones y temáticas.

Diferentes procesos confluyeron para constituir una propuesta de política intercultural para los servicios de salud en México:

- Las experiencias previas de las instituciones oficiales en relación con la implementación de servicios de salud en regiones rurales e indígenas.
- Los procesos paulatinos de posicionamiento para la concertación de grupos organizados emanados y constituidos a partir de la interrelación con las instituciones oficiales de salud.
- La evolución de las políticas indigenistas no sólo en México, sino en toda América Latina.
- La influencia de los cambios del perfil de la población y del contexto rural producto de una integración comercial y cultural con la región de Norteamérica, con la consecuente interacción de problemáticas específicas, de las cuales una de las más visibles es la migración de un importante contingente de población de Centro y Sudamérica hacia los Estados Unidos.
- Las demandas de la sociedad multicultural ante el embate de la reconfiguración de las identidades nacionales; la integración y amalgamamiento de la sociedad urbana a la globalización comercial y el desplazamiento de las políticas sociales por las políticas del mercado.
- El contexto de emergencia de los derechos humanos y de género, como marcos de referencia en la concertación social ante la reformulación del marco jurídico, político y cultural de la sociedad.
- La transición epidemiológica, producto de nuevas relaciones sociales, políticas y productivas, modificando el modelo de desarrollo nacional así como su impacto en la definición de la morbilidad en los diferentes estamentos de la sociedad.
- Finalmente y como marco de referencia, la propuesta intercultural en salud en México ha tenido como sustento central, las recomendaciones, resoluciones y experiencias interculturales difundidas por las políticas para pueblos indígenas que en el marco latinoamericano, ha venido impulsando la Organización Panamericana de la Salud, específicamente para la definición del modelo de estrategia de implantación, las experiencias en la región mapuche en Chile y las experiencias en las regiones de la costa Atlántica Nicaragüense sobre Interculturalidad en Salud.

*“Las barreras lingüísticas y de comunicación intercultural juegan un papel muy significativo en la relación de los indígenas con las instituciones de salud. De parte de las personas se manifiesta una resistencia al uso de los servicios. Pervive una desconfianza hacia la medicina occidental, fruto de experiencias negativas provenientes de la actitud discriminatoria que la sociedad ha ejercido sobre estos pueblos. Sus nociones del proceso salud-enfermedad chocan y se complementan con los conceptos científicos que constituyen la alopatía moderna, lo que genera permanentemente, relaciones de complementación y conflicto. El lenguaje utilizado por los médicos fomenta la incomunicación e imposibilita la empatía y confianza con el paciente. La escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes de gabinete, etcétera, terminan por distanciar definitivamente a los actores del proceso terapéutico”.*

*“...En el caso de la atención ginecológica existen barreras específicas como el pudor y el hábito de ser atendidas solo por mujeres. Médico y paciente no solo hablan idiomas distintos sino que operan visiones del mundo contrapuestas, y que no siempre encuentran los puntos de contacto intercultural. La población indígena lleva además el estigma de la marginación y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social”.*

**Programa de acción: “Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas 2000-2006”. México**

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, en su apartado respecto a la atención la salud de los pueblos indígenas, destacaba la creación de un Programa de Salud y Nutrición, y entre las estrategias a implementar señalaba:

- La necesidad de capacitación de los prestadores de los servicios de salud con perspectiva intercultural.
- Buscar la complementariedad entre la medicina tradicional con la medicina alópata.
- Promover la comunicación educativa en Salud de acuerdo con las características socioculturales de cada grupo étnico.

Estos postulados incorporaron el marco para el tema intercultural como Política Pública.

A partir de la creación de este programa y hasta el año 2003, la coordinación de salud y nutrición para pueblos indígenas mantuvo la difusión de las estrategias propuestas en su programa original. En ese mismo año, se realizó una reforma estructural a la Ley General de Salud y por consecuencia, a la estructura total de la Secretaría de Salud para sustentar la creación del Sistema de Protección Social en Salud. Como consecuencia directa, desapareció el programa y sólo se mantuvo en la estructura de la Secretaría de Salud, en el área de Planeación y Desarrollo, la Dirección de Medicina Tradicional (DMT), manteniendo las propuestas interculturales y desarrollándolas a partir de la interrelación con la medicina tradicional.

Es importante señalar que la transferencia de la DMT a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud –un área diseñada para la planeación y gerencia de los Servicios de Salud- generó una capacidad ampliada para difundir las propuestas relacionadas con pueblos indígenas, medicina tradicional e interculturalidad, dado a que se le asignaron atribuciones normativas no sólo dirigidas a los programas para población indígena, sino que también incidieron en la percepción que el personal operativo tiene respecto al sistema nacional de Salud.

Al tomar como punto de partida a la medicina tradicional para desarrollar la propuesta de salud intercultural, la Secretaría de Salud ubicó a la cosmovisión indígena como elemento central para la comprensión de los sistemas de salud, desarrollando un modelo para la comprensión no sólo de la medicina tradicional y su cosmovisión en salud, sino también para las denominadas “medicinas complementarias”, a partir de la cosmovisión de cada sistema médico y el desarrollo de una estrategia intercultural ampliada a estas medicinas. Esto era una necesidad urgente para el sistema de salud que requería una propuesta viable para la atención de las más de 125 prácticas diferentes a las que la sociedad recurría para resolver sus problemas de salud en los diferentes estados del país.

## Aprendizajes extraídos de estas experiencias

Sin duda, la voluntad política y el financiamiento constituyen componentes fundamentales para el logro de la implementación y la sostenibilidad de estas experiencias. La puesta en marcha de experiencias como éstas requiere de profundos cambios en materia jurídica, financiera, administrativa y sobre todo política. En esta relación no se debe eludir la conflictividad de las relaciones interétnicas, específicamente en lo relativo a los contenidos políticos y económicos. La Interculturalidad desde esta perspectiva no viene desde uno hacia otro, se construye en la fusión de horizontes culturales en un contexto político verdaderamente democrático.

Por otra parte, el modelo médico dominante sigue primando y aún es incipiente el proceso de cambio cultural que se sustenta en experiencias específicas de salud intercultural. En Chile, los esfuerzos por ampliar la participación de las comunidades aún tienen poco impacto, no obstante en la mayoría de las experiencias que están en desarrollo, los procesos son sostenidos en el tiempo.

Por último, destacar que el Estado se enfrenta a una serie de desafíos a la hora de desarrollar modelos de atención con enfoque intercultural:

- Planificar, ejecutar y evaluar en conjunto con las comunidades, experiencias de modelos de atención con enfoque intercultural.
- Establecer protocolos de atención, estándares de calidad.

- Desarrollar procesos de implementación gradual de sistemas médicos articulados, con experiencias sistematizadas y publicadas.
- Desarrollar sistemas de monitoreo y evaluación.
- Desarrollar mecanismos de financiación.

Desde el rol del Estado, se constata que la protección en salud para las poblaciones indígenas aparece hoy como una oferta pública culturalmente pertinente y que este desafío constituye una prioridad en la gran mayoría de las políticas de los Ministerios de Salud. Las estrategias para avanzar en este camino son también compartidas:

- Formación de recursos humanos para la "Interculturalidad en Salud".
- Sistemas de información que den cuenta de la situación de salud en las comunidades.
- Mejoramiento de las acciones de salud dirigidas a pueblos indígenas.
- La adecuación cultural de los servicios públicos de salud.
- La incorporación de las ciencias sociales en salud: importancia de la interdisciplinariedad.

Desde el rol de los pueblos indígenas, una de las prioridades es ejercer abogacía de sus derechos y participar en el diseño, gestión y evaluación de políticas, planes y programas.

La tarea de la inclusión de la interculturalidad en las políticas de salud de los diferentes países es, por tanto, una responsabilidad compartida.

# 5

Caracterización del sector agrícola  
y de los pueblos indígenas





## Situación social, demográfica y económica de trabajadores agrícolas en la Unión Europea

Las regiones rurales representan el 92% del territorio de la Unión Europea (UE). El 19% de la población europea vive en regiones predominantemente rurales, y un 37% en regiones significativamente rurales. Estas regiones generan el 45% del valor añadido y el 53% de los puestos de trabajo de la UE. Pese a la gran diversidad de situaciones, tales regiones presentan en general una renta per cápita inferior en aproximadamente un tercio a la media europea, una baja tasa de actividad de las mujeres y un sector de servicios menos desarrollado. Las zonas rurales europeas enfrentan, por lo tanto, importantes retos en materia de crecimiento, empleo y desarrollo sostenible.

La agricultura sigue siendo el sector económico principal en las zonas rurales de la UE. El empleo agrícola está concentrado en países como Rumania, Polonia, España, Italia, Francia y Alemania, que representan más de dos tercios de la mano de obra agrícola total de la UE.

Empleo en el sector agrícola en los países de la Unión Europea (2007)		
	Empleados en el sector agrícola (miles)	Porcentaje del empleo agrícola total
<b>EU-27</b>	<b>12.207,5</b>	<b>100,0%</b>
Bélgica	81,3	0,7%
Bulgaria	245,4	2,0%
Rep. Checa	176,3	1,4%
Dinamarca	83,4	0,7%
Alemania	859,0	7,0%
Estonia	30,9	0,3%
Irlanda	116,9	1,0%
Grecia	519,7	4,3%
España	925,5	7,6%
Francia	879,8	7,2%
Italia	923,6	7,6%
Chipre	16,6	0,1%
Letonia	110,6	0,9%
Lituania	159,6	1,3%
Luxemburgo	3,7	0,0%
Hungría	180,3	1,5%
Malta	2,8	0,0%
Países Bajos	253,3	2,1%
Austria	231,3	1,9%
Polonia	2.246,6	18,4%
Portugal	601,4	4,9%
Rumania	2.762,0	22,6%
Eslovenia	96,3	0,8%
Eslovaquia	99,3	0,8%
Finlandia	112,8	0,9%
Suecia	101,9	0,8%
Reino Unido	387,3	3,2%

Fuente: Eurostat. Encuesta Europea de Fuerza de Trabajo

Desde mediados del siglo pasado, la población agrícola ha descendido significativamente, tanto en términos absolutos como relativos, en la Unión Europea. En la década de los cincuenta del siglo XX, más del 20 % de la población de la UE se dedicaba a la agricultura y la ganadería y en torno a un 40 %, a la industria. Desde entonces, el empleo en la agricultura y la industria ha disminuido, mientras que el número de puestos de trabajo en el sector de los servicios ha aumentado vertiginosamente. De acuerdo con la Encuesta Europea de Fuerza de Trabajo, en 2007, dos tercios de los empleos de la UE correspondían al sector de los servicios y algo más de una cuarta parte a la industria, mientras que la agricultura suponía únicamente en torno al 5,6 % del empleo total.

EU-27 - Porcentaje de la mano de obra empleada en la agricultura, la industria y los servicios (1998 y 2007)		
Sector	1998	2007
Servicios	64,7	66,7
Industria	27,5	27,7
Agricultura	7,8	5,6

Fuente: Eurostat. Encuesta Europea de Fuerza de Trabajo

Las diferencias entre países en la proporción de población ocupada en la agricultura son considerables. Rumania es, con gran diferencia, el país europeo donde el porcentaje de población ocupada en la agricultura es más elevado (un 29,5% de los empleos). En Polonia, Portugal, Grecia y Lituania la población activa agrícola supone entre el 10 y el 15 por ciento del empleo total, situándose netamente por encima de la media europea. La proporción también es superior a la media en Letonia, Eslovenia y Bulgaria, que tienen entre el siete y el diez por ciento de su población ocupada en la agricultura. Austria e Irlanda mantienen proporciones de población ocupada en el sector agrícola similares a la media europea (entre el cinco y el seis por ciento). Con proporciones de entre el tres y el cinco por ciento se sitúan un amplio grupo de países (Estonia, Hungría, España, Finlandia, Chipre, Eslovaquia, Italia, República Checa, Francia, Países Bajos y Dinamarca). El resto de los países miembros (Suecia, Alemania, Bélgica, Luxemburgo, Malta y el Reino Unido) tienen un porcentaje de trabajadores en el sector agrícola inferior al tres por ciento.

EU-27 – Distribución del empleo por sector de actividad, por países (2007)			
	Agricultura, ganadería y pesca	Industria	Servicios
EU-27	<b>5,6%</b>	<b>27,7%</b>	<b>66,7%</b>
Bélgica	1,9%	24,4%	73,7%
Bulgaria	7,5%	35,5%	57,0%
Rep. Checa	3,6%	40,2%	56,2%
Dinamarca	3,0%	23,2%	73,8%
Alemania	2,2%	29,8%	67,9%
Estonia	4,7%	35,2%	60,0%
Irlanda	5,6%	27,2%	67,2%
Grecia	11,5%	22,5%	66,0%
España	4,5%	29,3%	66,2%
Francia	3,4%	23,3%	73,3%
Italia	4,0%	30,2%	65,9%
Chipre	4,4%	22,5%	73,1%
Letonia	9,9%	28,5%	61,6%
Lituania	10,4%	30,7%	58,9%
Luxemburgo	1,8%	16,9%	81,3%
Hungría	4,6%	32,7%	62,7%
Malta	1,8%	26,2%	72,0%
Países Bajos	3,1%	20,0%	76,8%
Austria	5,7%	27,3%	67,0%
Polonia	14,7%	30,7%	54,5%
Portugal	11,6%	30,5%	57,8%
Rumania	29,5%	31,4%	39,1%
Eslovenia	9,9%	35,2%	54,9%
Eslovaquia	4,2%	39,4%	56,4%
Finlandia	4,5%	25,7%	69,7%
Suecia	2,3%	21,6%	76,1%
Reino Unido	1,4%	22,1%	76,5%

Fuente: Eurostat Encuesta Europea de Fuerza de Trabajo

Aunque la Encuesta Europea de Fuerza de Trabajo (European Labour Force Survey) cifra la población ocupada en la agricultura en unos 12 millones de personas en los 27 países que forman parte actualmente de la Unión Europea, otras fuentes, como la Encuesta sobre la Estructura de las Explotaciones Agrícolas (Farm Structure Survey) elevan sensiblemente el cálculo de la fuerza de trabajo agrícola, al tener en cuenta a todas las personas que hayan desarrollado trabajo en las explotaciones agrícolas en los doce meses anteriores a la realización de la encuesta, incluyendo a los propietarios de las explotaciones (incluso si no trabajan en la explotación) y a sus cónyuges (siempre que desarrollen algún trabajo en la explotación), así como a personas en edad de retiro que continúan trabajando en estas explotaciones. Según esta encuesta, en 2005 la fuerza de trabajo regular en las explotaciones agrarias era de cerca de 30 millones de personas, aunque debido a la existencia de una considerable proporción de trabajo a tiempo parcial en la agricultura, el número de empleos anuales equivalentes a tiempo completo (Annual Works

Units, AWU) en el sector se cifra en algo menos de 12 millones. Un AWU corresponde al trabajo desarrollado por una persona ocupada a tiempo completo durante doce meses, con una carga horaria de 1.800 horas de trabajo (225 jornadas laborales de 8 horas).

Para cada actividad de la explotación agrícola se calcula un margen bruto estándar (standard gross margin, SGM), en función del área (o número de cabezas) y un coeficiente regional. La suma de todos los márgenes, para todas las actividades de una explotación, es el tamaño económico de la misma, que se expresa en Unidades Europeas de Tamaño (European Size Units, ESU). Un ESU equivale a 1.200 euros de SGM.

Una proporción importante (el 46%) de las explotaciones agrarias europeas tienen un tamaño económico inferior a un ESU. Estas microexplotaciones, aún cuando sólo suponen el 6 por ciento del área agrícola utilizable, absorben el 39,5% de la fuerza de trabajo regular, en personas, y el 24,2% de las horas de trabajo dedicadas al sector.

Una parte importante de los más de 14 millones de propietarios de explotaciones agrícolas tienen más de 65 años (4,5 millones) o desarrollan, además de la actividad agrícola, otra actividad económica importante (5,0 millones).

La Encuesta sobre la Estructura de las Explotaciones Agrícolas proporciona datos más desagregados acerca de las explotaciones agrícolas cuyo tamaño es igual o mayor de un ESU. Estas explotaciones generan en los 27 países miembros de la Unión Europea un total de 9,8 millones de puestos de trabajo en equivalente a jornada completa anual. De estos puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo, la mayor parte (7,4 millones) corresponde al trabajo desarrollado en las explotaciones por sus propietarios y familiares directos (un total de 16,1 millones de personas).

El trabajo desarrollado en las explotaciones agrícolas por empleados regulares no familiares (1,8 millones de personas) supone 1,5 millones de puestos de trabajo equivalentes en jornada completa. Otros 0,9 millones de puestos de trabajo equivalentes en jornada completa corresponden al trabajo desarrollado por la fuerza de trabajo no familiar y no regular.

Los países europeos que concentran la mayor carga de trabajo agrícola (medida en términos de empleos equivalentes en jornada completa) son Polonia, con 1,7 millones de empleos equivalentes a jornada completa, Rumania, con 1,4 millones, Italia, con 1,3 millones, y España, con 0,9 millones.

Explotaciones agrícolas en Europa. Datos principales (2005)					
	Datos absolutos			Porcentajes del total	
	Total	<1 ESU	>=1 ESU	<1 ESU	>=1 ESU
Fuerza de trabajo regular (1000 personas)	29.706,2	11.746,9	17.959,3	39,5	60,5
Equivalente en puestos de trabajo a tiempo completo (1000 AWU)	11.744,2	2.842,8	8.901,4	24,2	75,8
Propietarios (1000)	14.222,0	6.633,7	7.588,3	46,6	53,4
Con 65 años o más	4.722,1	2.523,4	2.198,7	53,4	46,6
Con otra actividad económica importante	4.988,3	2.875,3	2.113,0	57,6	42,4
Explotaciones (1000)	14.478,6	6.662,6	7.816,0	46,0	54,0
Usan tractor	9.210,2	3.045,8	6.164,4	33,1	66,9
SGM (1000 ESU)	151.801,5	2.527,1	149.274,4	1,7	98,3
Área agrícola utilizable (1000 ha)	171.878,3	10.269,4	161.608,9	6,0	94,0
Ganadería (1000 cabezas)	137.088,9	3.577,9	133.511,0	2,6	97,4

Fuente: Eurostat. Encuesta sobre la Estructura de las Explotaciones Agrícolas (Farm Structure Survey), 2005

EU-27. Estructura de la fuerza laboral en explotaciones agrícolas con tamaño económico igual o superior a 1 ESU por Estado miembro (2005)						
Países	Fuerza de trabajo agrícola total	Fuerza de trabajo familiar		Fuerza de trabajo no familiar regular		Fuerza de trabajo no familiar y no regular
	Puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo (miles)	Personas (miles)	Puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo (miles)	Personas (miles)	Puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo (miles)	Puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo (miles)
<b>EU-27</b>	<b>9.782,4</b>	<b>16.125,3</b>	<b>7.442,8</b>	<b>1.834,0</b>	<b>1.458,7</b>	<b>881,0</b>
Bélgica	68,8	78,9	55,2	13,7	10,7	2,9
Bulgaria	246,4	259,8	168,1	56,1	52,6	25,7
Rep. Checa	142,1	43,5	28,5	115,7	103,9	9,7
Dinamarca	58,4	69,2	36,4	23,3	20,0	2,1
Alemania	634,7	771,6	441,4	168,3	141,0	52,3
Estonia	28,1	34,1	14,8	14,1	12,3	1,0
Irlanda	148,0	226,1	137,4	13,8	6,9	3,6
Grecia	576,3	1.272,3	470,1	24,6	18,3	87,9
España	949,2	1.796,4	609,3	194,8	156,0	183,9
Francia	844,4	667,4	413,5	424,4	339,3	91,7
Italia	1.271,2	2.594,7	1.025,7	150,1	104,7	140,9
Chipre	25,9	54,1	18,5	5,2	4,5	2,9
Letonia	81,8	99,5	65,6	17,7	14,1	2,1
Lituania	152,7	285,9	125,5	26,3	22,1	5,1
Luxemburgo	4,0	5,0	3,3	0,6	0,6	0,1
Hungría	229,4	319,3	137,4	93,8	82,6	9,4
Malta	3,7	12,2	3,3	0,5	0,4	0,0
Países Bajos	173,9	160,5	109,7	76,9	50,9	13,4
Austria	152,3	354,1	137,7	17,1	10,4	4,2
Polonia	1.727,0	2.671,0	1.608,3	63,6	57,5	61,2
Portugal	317,3	536,1	251,6	48,3	40,1	25,7
Rumania	1.355,1	3.000,2	1.180,2	71,2	53,4	121,4
Eslovenia	82,9	167,6	75,3	3,5	3,3	4,3
Eslovaquia	66,7	26,7	10,4	59,8	53,3	3,0
Finlandia	83,3	139,4	70,1	14,0	8,3	4,8
Suecia	66,7	117,7	49,2	20,9	14,4	3,1
Reino Unido	292,4	362,1	196,5	115,7	77,2	18,6

Fuente: Eurostat. Encuesta sobre la Estructura de las Explotaciones Agrícolas (Farm Structure Survey), 2005

## Situación social, demográfica y económica de trabajadores agrícolas en América Latina

De acuerdo con los datos ofrecidos por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en su informe "*El estado mundial de la agricultura y la alimentación*"<sup>1</sup>, en el año 2004 en América Latina la población agrícola representaba el 18,42% de la población total. La

población agrícola incluye a todas las personas que dependen de la agricultura, la caza, la pesca o la silvicultura para su subsistencia, y comprende tanto a las personas que se dedican activamente a la agricultura, como sus familiares a cargo que no trabajan.

Por país el porcentaje más alto de población agrícola se registra en Guatemala donde el 47% de la población total es población agrícola, le siguen Bolivia con un 42% y Paraguay con un 38%. Por el contrario los porcentajes más bajos se observan en Argentina y Venezuela donde la población agrícola representa menos del diez por ciento de la población total.

<sup>1</sup> FAO (2005), *El estado mundial de la agricultura*, FAO, Roma.

América Latina- Indicadores de población y fuerza laboral en la agricultura 2004								
	Población total (miles)	Población rural		Población agrícola		Población activa (miles)	Población activa en la agricultura	
		(miles)	% del total	(miles)	% del total		(miles)	(%)
Argentina	38.871	3.755	9,7	3.585	9,2	16.381	1.455	8,9
Bolivia	8.973	3.244	36,2	3.762	41,9	3.755	1.619	43,1
Brasil	180.654	29.643	16,4	25.869	14,3	83.594	12.134	14,5
Chile	15.996	2.023	12,6	2.359	14,7	6.755	989	14,6
Colombia	44.914	10.359	23,1	8.386	18,7	20.020	3.666	18,3
Costa Rica	4.250	1.646	38,7	803	18,9	1.799	327	18,2
Cuba	11.328	2.756	24,3	1.679	14,8	5.688	727	12,8
Ecuador	13.192	4.983	37,8	3.270	24,8	5.347	1.242	23,2
El Salvador	6.614	2.629	39,7	1.999	30,2	2.953	782	26,5
Guatemala	12.661	6.740	53,2	6.006	47,4	4.792	2.089	43,6
Honduras	7.099	3.832	54,0	2.204	31,0	2.798	789	28,2
México	104.931	25.503	24,3	22.164	21,1	44.096	8.453	19,2
Nicaragua	5.597	2.363	42,2	1.003	17,9	2.285	392	17,2
Panamá	3.177	1.353	42,6	665	20,9	1.353	248	18,3
Paraguay	6.018	2.539	42,2	2.314	38,5	2.323	756	32,5
Perú	27.567	7.098	25,7	7.767	28,2	10.818	3.074	28,4
República Dominicana	8.872	3.571	40,3	1.337	15,1	3.956	561	14,2
Uruguay	3.439	248	7,2	368	10,7	1.564	189	12,1
Venezuela	26.170	3.175	12,1	2.129	8,1	11.123	769	6,9
<b>Total</b>	<b>530.323</b>	<b>117.460</b>	<b>22,1</b>	<b>97.669</b>	<b>18,4</b>	<b>231.400</b>	<b>40.261</b>	<b>17,4</b>

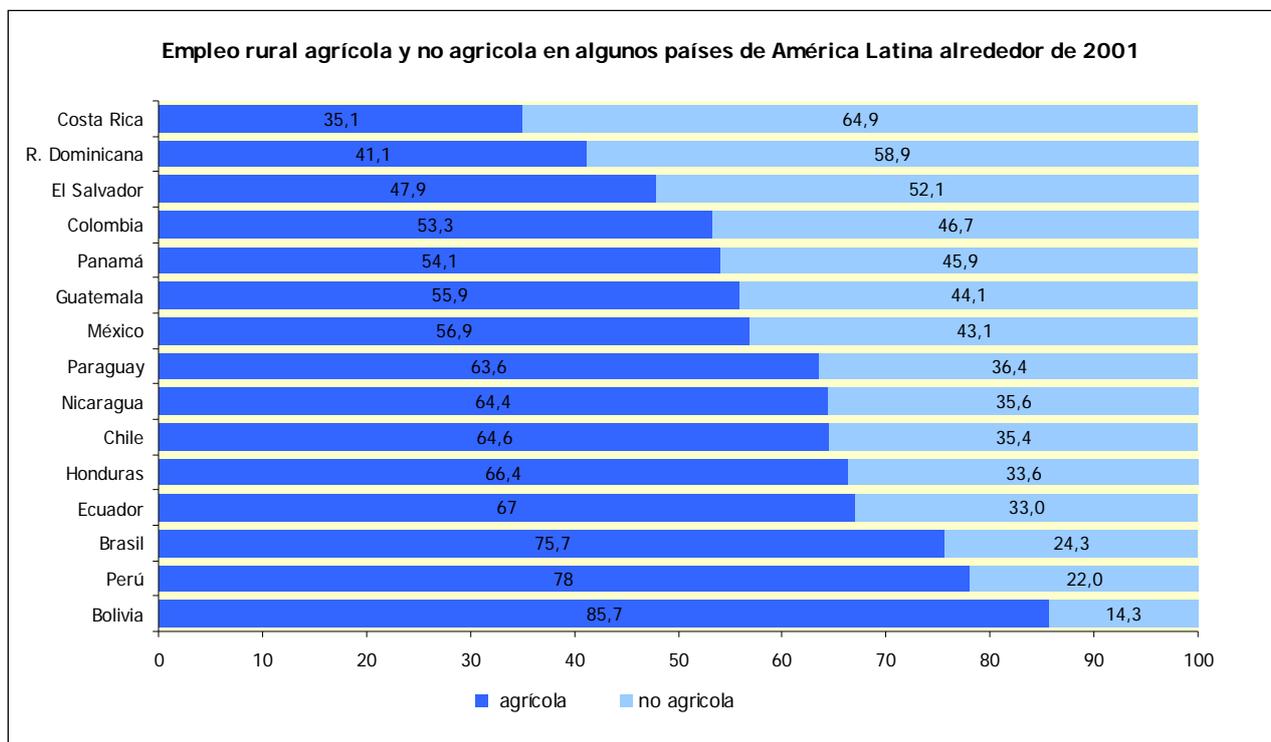
Fuente: FAO, El estado mundial de la agricultura y la alimentación, 2005

En América Latina, en el año 2004 la población económicamente activa en la agricultura superaba los 40 millones de personas, un 17,4% de la población económicamente activa total.

Según datos de la CEPAL<sup>2</sup>, se observa un desplazamiento paulatino de la población agrícola hacia las zonas urbanas, en las que reside ya el 20,7% de la población total ocupada en la agricultura. Al mismo tiempo aumenta el empleo rural no agrícola, que representa en promedio el 40,2% del total de ocupados rurales. Sin embargo, en algunos países el empleo agrícola sigue suponiendo un porcentaje muy alto del empleo en las zonas rurales: en Bolivia el empleo agrícola supone el 85,7% del empleo rural, en Perú del 78% y Brasil el 75,7%. El porcentaje más bajo se registra en Costa Rica, donde sólo el 35,1% de la población ocupada en las zonas rurales realiza actividades agrícolas.

En las dos últimas décadas del siglo XX hubo un redimensionamiento que redujo la población económicamente activa (PEA) del sector agrícola. Esta tendencia se registró en todos los países de la región. En un lapso de 20 años la fuerza de trabajo disponible para labores agrícolas disminuyó de 35% a 21% como proporción de la fuerza de trabajo de la región en su conjunto. Estas cifras ponen de manifiesto la dirección y magnitud que ha adquirido la transformación de los procesos productivos, y el uso cada vez más intensivo que se hace de la mano de obra en las labores agrícolas. Al mismo tiempo, las cifras hablan de la mayor disponibilidad de fuerza de trabajo con que cuentan ahora las actividades no agrícolas que se dan en el medio rural de la región. Estos cambios indican también la envergadura que ha cobrado en estos años la migración del campo a la ciudad, especialmente de jóvenes, en prácticamente todos los países de la región.

<sup>2</sup> CEPAL (2005): *Panorama 2005. El nuevo patrón de desarrollo de la agricultura en América Latina y el Caribe.*



Fuente: Köbrich (2005) sobre la base de banco de datos de encuestas de hogares (Badehog) de CEPAL. Tomado de CEPAL (2005), *Panorama 2005. El nuevo patrón de desarrollo de la agricultura en América Latina y el Caribe*.

La estructura de la agricultura latinoamericana mantiene un patrón predominantemente dual, con un sector empresarial relativamente pequeño y un sector campesino en el que van surgiendo diferencias productivas, de vínculos con el mercado y de ingreso. La fuerte heterogeneidad está determinada en gran medida por las condiciones de acceso a la tierra, el capital y la tecnología.

La heterogeneidad y las desigualdades en la agricultura se reflejan, en general, en una concentración de los ingresos en el campo y en una severa pobreza rural. Sólo en unos pocos países de la región, entre ellos Brasil, Chile, Costa Rica y Panamá, se detectó alguna reducción de los niveles de pobreza de los hogares rurales durante el último decenio. En el resto de los países, la proporción de hogares rurales en condiciones de pobreza se mantuvo igual que en el pasado o no experimentó grandes cambios.

La búsqueda de la equidad es uno de los mayores desafíos del desarrollo de la agricultura y, en general, del desarrollo económico de las zonas rurales latinoamericanas.

La reducción de la pobreza que afecta a contingentes considerables de la población rural, representa un reto formidable que se asocia de manera muy estrecha con la extensión de la protección social, incluyendo la protección social en salud, a los trabajadores agrícolas no cubiertos por los sistemas contributivos de Seguridad Social, el fortalecimiento de las organizaciones de pequeños productores, la capacidad de desarrollar el capital humano y social de las comunidades rurales y la apertura de espacios a las iniciativas de los productores rurales.

## Situación social, demográfica y económica de los pueblos indígenas

América Latina es una región pluriétnica y pluricultural. En la actualidad hay cerca de 650 pueblos indígenas reconocidos por los diferentes Estados de la región, la mayor parte de ellos asentados en zonas de bosques tropicales. Su mayor presencia demográfica se da en los países andinos y mesoamericanos.

A partir de la información recopilada en los censos de la ronda del 2000, en los que se utiliza de forma generalizada un criterio de autoidentificación para definir la población indígena, se estima que, en la actualidad, la población indígena de América Latina supera los 30 millones de personas. Los datos revelan una diversidad de situaciones, tanto entre países como entre pueblos indígenas, en términos de su peso relativo, grado de urbanización y ubicación dentro y fuera de las áreas de sus territorios ancestrales, lo que refleja los efectos de la migración. En términos absolutos, Perú es el país con mayor población indígena (unos 8,5

millones de personas), seguido de México (6,1 millones), Bolivia (5 millones) y Guatemala (4,6 millones). Tras ellos, hay un grupo de países cuya población indígena fluctúa entre medio millón y un millón de personas (Brasil, Colombia, Chile, Ecuador y República Bolivariana de Venezuela). Por último, están los países en los que la población indígena no supera el medio millón de personas (Argentina, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay). En Cuba y la República Dominicana prácticamente no existe población que se autoidentifique como indígena.

Población indígena en América Latina						
País	Número de pueblos indígenas	Población indígena, según los últimos datos censales				Observaciones
		Año de referencia de los datos	Población indígena	Porcentaje sobre el total de población indígena de la región	Porcentaje sobre la población total de cada país	
Argentina	21	2001	402.921	1,3	1,1	Encuesta complementaria. Cifras preliminares.
Bolivia	36	2001	5.008.997	16,7	62,2	
Brasil	222	2000	734.127	2,4	0,4	
Chile	9	2002	692.192	2,3	4,6	
Colombia	81	2005	892.631	3,0	2	Proyecciones de población indígena.
Costa Rica	8	2000	63.876	0,2	1,7	
Ecuador	26	2001	830.418	2,8	6,8	
El Salvador	3	1990	400.000	1,3	7	
Guatemala	22	2002	4.610.440	15,4	41	
Honduras	8	2001	427.943	1,4	7	
México	62	2000	6.101.630	20,3	6,4	
Nicaragua	8	2005	443.847	1,5	8,6	Incluye pueblos indígenas y comunidades étnicas (creole y garífunas).
Panamá	8	2000	285.231	1,0	10	
Paraguay	20	2002	88.529	0,3	1,7	
Perú	72	2001	8.500.000	28,3	32	Considera como indígenas a los miembros de hogares cuyo jefe/a (o su cónyuge) tienen el quechua, aymará o una lengua indígena amazónica como lengua materna.
Uruguay		1997	12.100	0,0	0,4	Encuesta Continua de Hogares. Datos referidos a áreas urbanas.
Venezuela	36	2001	506.341	1,7	2,3	Incluye a la población indígena del censo de población y del censo indígena, sumadas.
TOTAL	642		30.001.223	100,0	6,2	

Fuentes: El número de pueblos indígenas está tomado de Víctor Toledo Llancaqueo, "Pueblos indígenas, territorios, derechos y políticas públicas en América Latina", quinto Congreso de la Red Latinoamericana de Antropología Jurídica, Oaxtepec, México, 16 al 20 de octubre de 2006. Se considera el número de pueblos o grupos étnicos reconocidos en censos y políticas públicas en cada Estado o territorio. Esto supone que algunos pueblos que se encuentran bajo la jurisdicción de más de un Estado están contabilizados en cada uno de ellos. Los datos sobre población indígena han sido elaborados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales de los censos de población de 2000 en base a la pregunta de autopertenencia. El dato para El Salvador procede de Roberto Jordán Pando (1990), *Poblaciones Indígenas de América Latina y el Caribe*, México, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El dato de Uruguay, de los resultados del estudio llevado a cabo por el INE durante 1996 y 1997, sobre las razas en el Uruguay, en base a la declaración explícita de los entrevistados de la Encuesta Continua de Hogares sobre la raza a la cual creen pertenecer.

En términos relativos, los países con mayor proporción de población indígena son Bolivia, Guatemala y Perú, donde según los censos de la ronda del 2000 la población indígena representaba un 62%, un 41% y un 32% de la población total, respectivamente. Estos tres países constituyen casos especiales en la región pues, además de tener un porcentaje muy alto de población indígena, suman entre los tres el 60 por ciento del número total de indígenas de la región. Les siguen un grupo de países en los que la población indígena supone entre un 5% y un 10% de la población total (Chile, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua y Panamá). México es un caso especial, ya que aun cuando el porcentaje de población indígena es relativamente bajo, su volumen se equipara a las cifras de Bolivia y Guatemala. En los restantes países los pueblos indígenas representan menos del 2,5% de la población (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela).



En términos de distribución territorial, el 28,3% de los indígenas de la región latinoamericana se encuentra en Perú, el 20,3% en México, el 16,7% en Bolivia, y el 15,4% en Guatemala, con magnitudes de participación menor en los demás países.

Los datos censales no siempre coinciden con los aportados por otras fuentes, debido a que la medición censal de la población indígena se ve

afectada tanto por el contexto sociopolítico como por aspectos técnicos. Un ejemplo claro es el de Ecuador, donde el 6,8% de población indígena que identifica el censo de 2001 contrasta marcadamente con otras estimaciones, según las cuales la población indígena alcanzaría un 25% (estimaciones del Centro Cultural Abya-Yala para 2006), o hasta un 35% (estimación de la Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas, 2006).

Las diferencias en la formulación de las preguntas censales y del criterio de definición (en censos anteriores era frecuente utilizar como criterio el idioma hablado en el hogar) explican también el descenso aparente que ha experimentado la población indígena en países como Chile, donde el censo de 1992 identificaba un millón de indígenas, frente a los setecientos mil identificados en 2002.

El Centro Latinoamericano de Demografía (División de Población de CEPAL), en colaboración con el Fondo Indígena, ha desarrollado el Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI), que en la actualidad cuenta con datos precisos y operativos, con criterios unificados, sobre un buen número de países latinoamericanos.

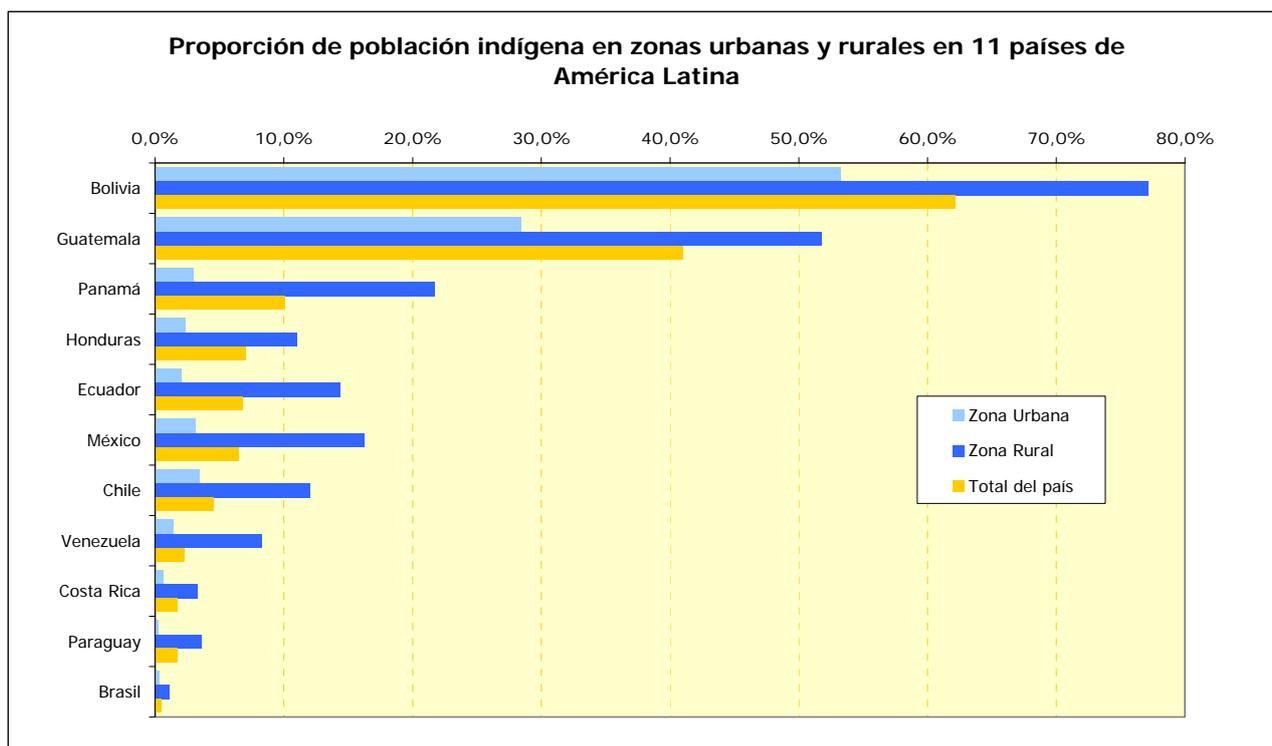
El SISPPI presenta aún importantes carencias de información (una de las más señaladas es la falta de datos sobre Perú, de especial relevancia por la magnitud de población indígenas que habita en su territorio; tampoco dispone de datos sobre Honduras, República Dominicana, Uruguay, El Salvador y Cuba, mientras que la información sobre Argentina, Colombia y Nicaragua no está estandarizada, lo que dificulta su operacionalización), pero ofrece un importante conjunto de datos referidos a las poblaciones indígenas de Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay y Venezuela, países en los que viven las dos terceras partes de los indígenas latinoamericanos.

En el SISPPI, la pertenencia a una comunidad indígena se ha definido en función de la identificación subjetiva de los encuestados. Al interpretar los datos, hay que tener en cuenta que la identificación subjetiva está fuertemente influenciada por el contexto sociopolítico del país, pueblo o grupo social donde se inserta la persona, y teóricamente, podría ser mayor en aquellos

países o lugares donde se reconocen, garantizan y ejercen los derechos de los pueblos indígenas comparado con los países donde son discriminados y existe un fuerte estigma social hacia ellos.

De acuerdo con los datos del SISPPI, la mayor parte de los indígenas que habitan en

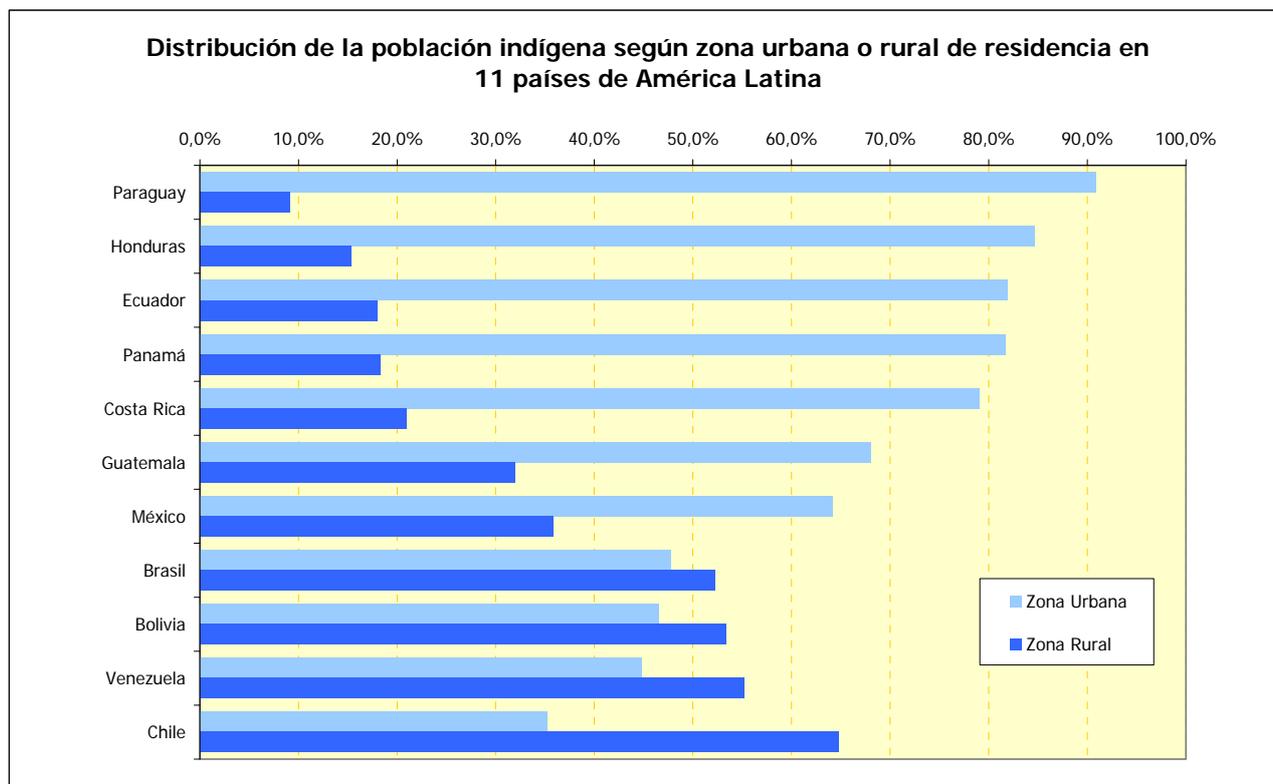
Latinoamérica lo hacen en las zonas rurales, aunque en los últimos tiempos se ha producido una constante migración hacia las ciudades que hace que en algunos países, como Chile, Venezuela Bolivia o Brasil, sean ya mayoría los indígenas que residen en zonas urbanas.



Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI)

Población indígena en 11 países de América Latina según zona de residencia (censos de la ronda de 2000)					
País	Población indígena			Distribución según zona de residencia	
	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana
Bolivia	2.332.940	2.676.057	5.008.997	46,6%	53,4%
Brasil	350.831	383.300	734.128	47,8%	52,2%
Chile	243.810	448.382	692.192	35,2%	64,8%
Costa Rica	50.493	13.383	63.876	79,0%	21,0%
Ecuador	680.586	149.832	830.418	82,0%	18,0%
Guatemala	3.135.572	1.474.868	4.610.440	68,0%	32,0%
Honduras	362.183	65.760	427.943	84,6%	15,4%
México	3.914.939	2.186.693	6.101.632	64,2%	35,8%
Panamá	233.043	52.186	285.229	81,7%	18,3%
Paraguay	80.436	8.093	88.529	90,9%	9,1%
Venezuela	226.783	279.558	506.341	44,8%	55,2%
<b>Total</b>	<b>11.611.616</b>	<b>7.738.112</b>	<b>19.349.725</b>	<b>60,0%</b>	<b>40,0%</b>

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI)



### Estructura por edades

En términos generales se observa que la población indígena presenta una estructura de edad más joven que la población no indígena. De acuerdo con el *Panorama Social de América Latina 2006* de la CEPAL<sup>3</sup>, se pueden distinguir cuatro grupos de países de acuerdo con la estructura por edades de su población indígena, desde los que tienen una estructura más joven hasta las que la tienen más envejecida.

- Grupo 1. Estructura muy joven, con base muy ancha: Guatemala, Honduras, Panamá y Paraguay. Coexisten con poblaciones no indígenas menos jóvenes con base menos ancha, salvo en el caso de Panamá, cuya población no indígena ya puede considerarse francamente madura.
- Grupo 2. Estructura joven, con base ancha: Bolivia, Costa Rica, Ecuador y México. Las respectivas poblaciones no indígenas son maduras y se encuentran en una fase más avanzada de la transición demográfica, salvo en el caso de Bolivia en el que sigue siendo joven.
- Grupo 3. Estructura madura, con base estable: Brasil. Esta se combina con una población no indígena también madura pero con una base en franca disminución.
- Grupo 4. Estructura envejecida con base en disminución: Chile. La estructura de la población indígena es similar a la de la población no indígena, y la pirámide acusa una tendencia a convertirse en rectangular.

La mayor parte de los indígenas de América Latina tiene un contacto cotidiano con otras culturas y reclama el acceso a la salud y la educación, buscando salir de la marginación que han sufrido durante siglos. Muchas otras comunidades, a pesar de vivir en entornos naturales con acceso limitado para los medios de locomoción, mantienen un contacto cultural y económico con poblaciones cercanas aunque sea de forma puntual. Sólo una minoría de

<sup>3</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006), *Panorama Social de América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile. Pág. 180-181

indígenas vive en zonas selváticas aisladas, sin apenas contacto con otras culturas. También se dan casos de aislamiento en zonas de alta montaña donde el acceso de medios de transporte o es imposible o muy difícil durante determinadas épocas del año, como en las estaciones de lluvias. Algunas tendencias de la antropología defienden que esas

pequeñas comunidades que viven aisladas deben permanecer así y se debe preservar el medio donde viven y su aislamiento. Sobre su número, poco o nada se sabe, más allá de alguna aproximación antropológica a alguna de las culturas más remotas.

América Latina: Distribución de la población indígena y no indígena por grupos de edad extremos, relación de dependencia, índice de envejecimiento y masculinidad.										
País	Población por edad				Índice de envejecimiento		Relación de dependencia		Índice de masculinidad	
	0-14		60 y más		Indígena	No indígena	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena						
<b>Grupo 1</b>										
Guatemala	46,0	39,7	5,6	6,9	12,2	17,3	106	87	96	95,2
Honduras	46,3	41,7	5,7	5,8	12,3	13,9	108	90	99,5	98,0
Panamá	45,8	30,5	4,6	9,1	10,0	29,7	102	65	105,1	101,5
Paraguay	47,0	36,9	4,2	7,2	9,0	19,5	105	79	106,7	101,6
<b>Grupo 2</b>										
Bolivia	39,0	38,6	7,9	5,8	20,2	15,1	88	80	98,3	95,9
Costa Rica	40,8	31,7	5,6	8,0	13,8	25,1	87	66	106,1	99,7
Ecuador	40,6	32,7	8,6	9,1	21,2	28,0	97	72	95,1	98,3
México	38,5	33,6	8,1	7,3	21,0	21,8	87	69	98,1	94,8
<b>Grupo 3</b>										
Brasil	32,6	29,5	8,4	8,6	25,8	29,0	70	62	99,0	96,9
<b>Grupo 4</b>										
Chile	26,7	25,7	9,8	11,4	36,9	44,5	57	59	101,6	96,9

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006), *Panorama Social de América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile.

Tal y como se señala en capítulo referido a los pueblos indígenas del *Panorama Social de América Latina 2006*, en términos amplios, los pueblos indígenas se definen hoy por la referencia a un territorio y a una manera particular de habitarlo, más que por el uso de una lengua o por seguir un modo de vida y prácticas sociales y culturales específicas. En este sentido, es clave la diferenciación entre tierra y territorio, entendiéndose por la primera un medio de producción y, por el segundo, el ámbito de la vida como construcción cultural.

El concepto de territorialidad ha servido de fundamento para las reclamaciones de los movimientos indígenas, otorgándoles su sentido identitario, y se vincula a derechos inherentes al principio de la libre determinación. Esto se ve reflejado en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, en la que se consagran, entre otros, el derecho a poseer, utilizar, desarrollar y controlar sus tierras, territorios y recursos, y se

insta a los Estados a que garanticen el reconocimiento y la protección jurídica para su ejercicio pleno. En palabras del ecuatoriano José Martínez Cobo, nombrado en 1971 Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, "*Son comunidades, pueblos y naciones indígenas los que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y colonización que se desarrollaron en sus territorios, se consideran distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en partes de ellos. Constituyen actualmente sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales.*"

Aunque los pueblos indígenas poseen diferentes estatus sociopolíticos en los países donde se asientan, todos ellos se ven afectados por una discriminación estructural que se expresa en marginalidad, exclusión y pobreza. Los indicadores educativos, laborales y de salud proporcionados por el SISPPi así lo confirman



## Analfabetismo y promedio de estudios

El porcentaje de analfabetismo es netamente superior en las poblaciones indígenas que en las no indígenas, y el promedio de años de estudio de la población adulta es sustancialmente menor.

Indicadores educativos de población indígena y no indígena en 11 países de América Latina (censos de la ronda de 2000)				
PAIS	Tasa de analfabetismo		Promedio años de estudio población adulta	
	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas
Bolivia	17,5	7,0	6,5	8,8
Brasil	26,1	12,9	4,4	6,3
Chile	8,8	4,1	7,9	9,8
Costa Rica	20,4	4,9	4,8	7,6
Ecuador	28,2	7,8	4,1	7,8
Guatemala	47,7	20,4	2,6	5,8
Honduras	28,9	19,4	3,7	5,3
México	32,0	8,1	4,5	7,8
Panamá	37,8	5,5	4,1	8,9
Paraguay	51,1	6,5	2,1	7,2
Venezuela	32,7	6,7	4,7	8,6

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPi)

Las diferencias más importantes entre la tasa de analfabetismo de la población indígena y la no indígena se dan en Paraguay, Panamá y Venezuela donde el valor de esta variable puede ser hasta ocho veces más alta para la población indígena que para la población mestiza.

Por país, la diferencia más alta en el promedio de años de estudio de la población adulta se da en Paraguay donde la población no indígena mantiene 5 años más de estudios que la población indígena.

La exclusión educativa afecta de forma especial a las mujeres indígenas, que duplican la tasa de analfabetismo de los hombres, y a los indígenas que residen en zonas rurales, cuyos indicadores educativos son sensiblemente peores que los que residen en zonas urbanas.

Tasa de analfabetismo de la población indígena en 11 países de América Latina según zona de residencia y sexo (censos de la ronda de 2000)				
PAIS	Zona urbana		Zona Rural	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Bolivia	2,9	13,7	15,8	41,3
Brasil	11,3	16,0	41,1	50,3
Chile	3,4	6,0	12,3	21,0
Costa Rica	5,4	6,5	21,9	29,0
Ecuador	10,4	20,4	22,4	39,9
Guatemala	24,7	45,3	42,5	65,3
Honduras	7,9	11,9	30,3	35,6
México	16,0	29,5	27,5	47,9
Panamá	9,3	18,5	34,4	55,4
Paraguay	23,0	34,6	48,1	59,8
Venezuela	20,4	27,8	39,8	49,2

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPi)



## Actividad laboral

Los índices de participación en la actividad laboral y de desempleo de las poblaciones indígenas no difieren significativamente de los registrados entre los no indígenas, pero su estructura ocupacional sí presenta diferencias significativas: entre los indígenas se da una proporción mucho mayor de trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados, y netamente inferior de patrones o empleadores y de empleados por cuenta ajena o asalariados.

Indicadores de participación laboral de la población indígena y no indígena en 11 países de América Latina (censos de la ronda de 2000)				
PAIS	Tasa de participación económica		Tasa de desempleo	
	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas
Bolivia	61,6	55,4	4,4	5,3
Brasil	59,8	63,5	15,0	15,0
Chile	50,4	52,4	15,4	13,4
Costa Rica	53,3	52,1	4,8	4,5
Ecuador	70,7	57,8	0,8	1,8
Guatemala	47,4	51,2	0,8	0,9
Honduras	50,2	50,8	1,3	2,1
México	54,1	55,0	0,8	1,3
Panamá	53,4	60,4	10,8	13,0
Paraguay	66,2	59,2	5,4	5,5
Venezuela	48,5	54,4	9,8	9,2

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPi)

La estructura ocupacional de la población en América Latina, según su origen étnico muestra que la población indígena, en términos generales, mantiene actividad laboral principalmente en el sector primario (agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca) y en actividades terciarias (comercio y servicios), en tanto que su ocupación en la industria es significativamente menor. Por país, esta estructura presenta diversos comportamientos. Así, en Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá y Paraguay más del 50% de la población ocupada indígena trabaja en el sector primario mientras que en Bolivia, Brasil, Chile y Venezuela este porcentaje está entre el 20 y 40%.

Porcentaje de ocupados según categoría. Población indígena y no indígena en 11 países de América Latina (censos de la ronda de 2000)			
PAIS	Patrón o empleador	Cuenta propia o familiar no remun.	Empleado/asalariado
<b>Indígenas</b>			
Bolivia	2,4	61,8	35,8
Brasil	1,6	35,8	62,7
Chile	2,7	23,8	73,5
Costa Rica	1,8	42,7	55,5
Ecuador	5,5	73,1	21,3
Guatemala	9,8	51,6	38,7
Honduras	1,5	69,8	28,7
México	1,0	53,9	45,1
Panamá	0,3	59,2	40,5
Paraguay	0,1	76,4	23,5
Venezuela	2,2	41,9	55,9
<b>No Indígenas</b>			
Bolivia	4,7	43,5	51,9
Brasil	3,0	28,0	69,0
Chile	4,5	17,3	78,2
Costa Rica	4,5	21,1	74,4
Ecuador	10,3	43,0	46,7
Guatemala	9,1	33,7	57,3
Honduras	2,7	44,6	52,7
México	2,7	26,5	70,8
Panamá	0,9	28,9	70,1
Paraguay	3,2	47,6	49,2
Venezuela	5,6	22,9	71,5

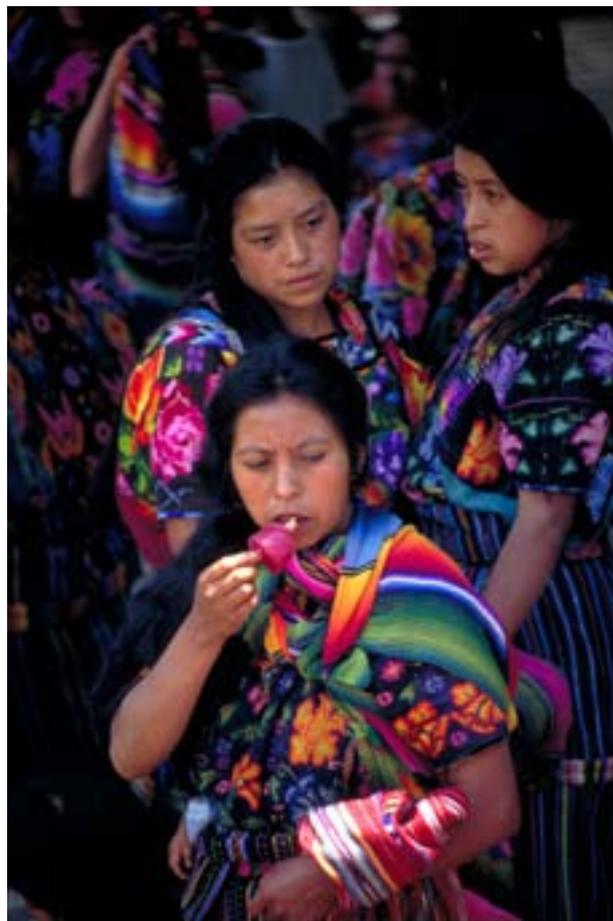
Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPi)

Indicadores de participación laboral de la población indígena y no indígena en 11 países de América Latina (censos de la ronda de 2000)				
PAIS	Trab. Manuales	Adminis-trativos	Profes. y Técnicos	Directivos
<b>Indígenas</b>				
Bolivia	87,2	2,3	9,3	1,1
Brasil	82,1	4,5	11,3	2,1
Chile	77,3	5,6	13,3	3,9
Costa Rica	88,5	2,5	8,3	0,7
Ecuador	96,8	1,2	1,6	0,4
Guatemala	96,0	1,0	2,6	0,4
Honduras	91,8	0,9	5,3	2,0
México	91,0	3,2	5,4	0,4
Panamá	93,8	2,0	3,7	0,6
Paraguay	97,5	0,1	2,2	0,1
Venezuela	83,1	3,5	5,5	7,9
<b>No Indígenas</b>				
Bolivia	74,5	5,6	16,6	3,2
Brasil	72,9	8,5	14,2	4,5
Chile	59,7	8,9	25,0	6,4
Costa Rica	67,4	7,8	21,9	2,9
Ecuador	81,4	6,2	9,7	2,7
Guatemala	80,2	5,8	11,3	2,6
Honduras	79,9	2,8	10,7	6,6
México	73,2	11,2	13,4	2,2
Panamá	68,7	12,8	14,9	3,6
Paraguay	78,9	5,9	10,6	4,6
Venezuela	61,4	8,4	18,0	12,1

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPi)

Porcentaje de ocupados según sector de actividad (población indígena y no indígena ocupada de 15 años y más)			
PAIS	Primario	Secundario	Terciario
<b>Indígenas</b>			
Bolivia	37,6	19,8	42,6
Brasil	33,4	18,0	48,6
Chile	20,3	22,6	57,1
Costa Rica	58,8	12,5	28,7
Ecuador	62,3	14,3	23,5
Guatemala	56,0	18,5	25,6
Honduras	74,0	9,2	16,8
México	50,4	20,9	28,7
Panamá	68,9	7,4	23,7
Paraguay	77,9	13,7	8,5
Venezuela	32,8	19,9	47,3
<b>No Indígenas</b>			
Bolivia	19,1	20,9	60,1
Brasil	18,0	21,7	60,3
Chile	10,3	22,0	67,7
Costa Rica	18,6	24,9	56,5
Ecuador	26,8	19,2	54,1
Guatemala	31,2	23,0	45,8
Honduras	39,4	22,0	38,6
México	13,5	29,4	57,1
Panamá	16,0	19,1	64,9
Paraguay	27,0	18,9	54,1
Venezuela	10,0	19,9	70,2

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI)



## El contexto político y social de los trabajadores agrícolas y pueblos indígenas en América Latina y la Unión Europea

Los trabajadores agrícolas y los pueblos indígenas son dos grupos poblacionales que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad en relación con el acceso a la salud.

En la Unión Europea, aunque los trabajadores agrícolas han ido accediendo a niveles cada vez mayores de protección social, en un contexto de universalización progresiva de los sistemas de Seguridad Social y de protección de la salud, persisten inequidades ligadas a la creciente precariedad del empleo en el sector y a las lagunas de cobertura de determinadas categorías de trabajadores, como los temporeros migrantes.

En la actualidad, en la Unión Europea el número de personas que trabajan a tiempo parcial o tienen trabajos temporeros duplica al de las que trabajan a tiempo completo en el sector agrícola. Un elevado porcentaje de los trabajadores temporeros agrarios son trabajadores migrantes, cuyo desplazamiento al lugar de trabajo frecuentemente implica un cruce de fronteras. El cambio estructural agrícola, que sigue avanzando en Europa, afecta a cientos de miles de trabajadores de la agricultura, que se arriesgan a perder sus puestos de trabajo y verán cambiar sus condiciones de vida. La Comisión prevé que entre 2007 y 2014, el empleo en la agricultura experimentará un drástico descenso, que reducirá a prácticamente la mitad los 10 millones de empleos (en equivalente a tiempo completo) que actualmente genera el sector.

En América Latina, el trabajo en la agricultura, y especialmente el trabajo temporal, se caracteriza por realizarse en condiciones precarias y por una protección social escasa o inexistente. Junto a los trabajadores temporeros, otros grupos especialmente vulnerables son los que se ocupan en la agricultura de subsistencia, los asalariados de las plantaciones, los jornaleros sin tierras, los trabajadores migrantes y los niños.

El campesinado es el contingente poblacional más pobre en América Latina, con los peores indicadores de salud y los índices más bajos de

expectativa de vida. Es también el sector de la población que tiene peor acceso a la salud y a la educación, y el que tiene una más escasa participación en la vida política nacional. Un rasgo común a la mayoría de los países latinoamericanos es la división del sector agrícola en un subsector de agricultura comercial moderna, basada en la concentración de la propiedad, el monocultivo, la elevada capitalización de las unidades productivas, la utilización intensiva de insumos químicos y la mecanización, y otro de agricultura campesina, formado por pequeños agricultores que cultivan sus escasas tierras con la ayuda de sus familias, practicando una economía de subsistencia combinada con la venta de parte de su producción en el mercado, y en la que los períodos de trabajo en las tierras propias se alternan con períodos de trabajo asalariado.

Recientemente se ha producido un notable incremento de la toma de conciencia política del campesinado en diferentes países de la región latinoamericana. El movimiento zapatista en México, la CONAIE (Confederación de las Nacionalidades Indígenas del Ecuador) y los cocaleros en Bolivia, son movimientos bien organizados y cuyas demandas van más allá de las reivindicaciones típicamente campesinas. No reclaman solamente crédito, asistencia técnica, ayudas para la comercialización, infraestructuras y servicios, sino que reivindican también democracia, universalización de derechos y ciudadanía plena. De la lucha por la tierra se ha pasado a una lucha por la transformación no sólo del modelo agrícola sino también del propio modelo económico de los países latinoamericanos.

En muchos países de América Latina, se identifica indígena con campesino, pues son los indígenas los que mayoritariamente trabajan en la agricultura. La situación de los indígenas en la región latinoamericana no es uniforme, pues mientras países como Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia, Venezuela, Brasil, México, Panamá y Guatemala tienen todavía una marcada presencia indígena, otros como Uruguay y Argentina carecen prácticamente de población indígena.

Una constante en los pueblos indígenas latinoamericanos es la creciente movilización social por su reconocimiento como tales, por superar la pobreza y por construir desarrollo con identidad y participación, haciendo aportes a la construcción de

ideas, ideales, políticas y programas estatales y de la sociedad civil.

La temática indígena e intercultural, se desarrolla en medio de un escenario complejo, de relaciones de poder, opresión, convivencia, cultura, acercamientos y diferencias. Es demasiado heterogénea, tanto dentro de cada país como entre los países de la región latinoamericana, y más aún entre las regiones de América Latina y Europa,

donde el desafío de la interculturalidad no se plantea tanto en relación con las minorías culturales originarias (con algunas excepciones como los sami o lapones, que han reclamado para sí la condición de indígenas, y exigido a las autoridades de las naciones europeas respeto por sus derechos y autonomía), sino con la presencia de amplios colectivos de migrantes procedentes de todos los continentes.



# 6

Protección social en salud de los trabajadores  
agrícolas y los pueblos indígenas



## Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes

### Parte V. Seguridad Social y Salud

#### Artículo 24

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

#### Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

## Derecho a la Salud y protección social, avances diferenciados

### Trabajadores agrícolas

En su amplio y documentado estudio sobre el impacto que han tenido las reformas de salud llevadas a cabo en América Latina y El Caribe sobre los principios de la Seguridad Social, Carmelo Mesa Lago traza un panorama de la cobertura legal obligatoria del seguro social en los diversos países alrededor de 2004 por tipos de ocupación: asalariados (cobertura total o parcial), trabajadores por cuenta propia o independientes, servidores domésticos, trabajadores agrícolas, pensionados y familiares dependientes (cónyuges e hijos).

La cobertura del seguro social se concentra en el sector formal de ingreso medio. Hay diez países (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Panamá, Perú, Venezuela y Uruguay), en los que el seguro social cubre legalmente de manera obligatoria a todos los asalariados (in-

cluyendo a domésticos y agrícolas), pensionados y familiares dependientes. En Ecuador se incluye a todos los asalariados, pero no se ejecuta la cobertura de los trabajadores domésticos y hay fuertes restricciones en la cobertura a la cónyuge y a los hijos dependientes; en Bolivia sólo hay cobertura parcial de los asalariados, porque se excluye a los domésticos y agrícolas. En otros seis países (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana) se otorga cobertura legal sólo a parte de los asalariados.

Los trabajadores por cuenta propia o independientes sólo tienen cobertura legal obligatoria en cuatro países (Brasil, Colombia, Cuba y Paraguay), pero esta cobertura no se ejecuta en Colombia y Paraguay; en Argentina la cobertura es obligatoria para los monotributistas; en Chile es automática para los afiliados al sistema de pensiones, en Costa Rica es voluntaria pero se otorgan subsidios a los independientes de bajo ingreso y la ley de reforma estipulaba su obligatoriedad a partir de 2006. Leyes recientes o proyectos de ley en debate contemplan hacer obligatoria la cobertura de los trabajadores por cuenta propia en Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

Como se desprende del cuadro adjunto, todavía son muchos los países en los que no está contemplada la cobertura legal obligatoria del seguro social para los trabajadores agrícolas. Entre ellos se encuentran Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, la República Dominicana, Venezuela y, posiblemente, Colombia, donde los datos reunidos por Mesa Lago no son concluyentes. En los países en los que sí está prevista su cobertura, se excluye usualmente a los campesinos (que, en algunos casos, como ocurre en Ecuador, están

cubiertos por un programa separado del seguro social), precaristas, aparceros y otros autónomos agrícolas (en México están cubiertos parcialmente por el programa IMSS-Solidaridad; en Perú hay un seguro agrario que cubre a trabajadores asalariados e independientes). La cobertura de los trabajadores agrícolas está menos extendida que la de los trabajadores autónomos y los trabajadores del sector doméstico, que son los otros dos grupos de trabajadores en los que la cobertura es más deficiente.

Cobertura legal obligatoria del seguro social por tipo de ocupación, pensionados y dependientes, 2005								
País	Asalariados		Cuenta propia	Domésticos	Agricultoras <sup>a</sup>	Pensionados	Dependientes	
	Todos	Parte					Cónyuge	Hijos
Argentina	X		f	X	X	X	X	X
Bolivia		X	f			X	X	X
Brasil b/	X		X	X	X	X	X	X
Chile b/	X		f	X	X	X	X	X
Colombia	X		X g/	X	?	X	X	X
Costa Rica	X		f	X	X	X	X	X
Cuba b/	X		X	X	X	X	X	X
Ecuador	X		f	X g/	X	X	X k/	X m/
El Salvador		X				X	X l/	X m/
Guatemala		X d/				X	X l/	X m/
Honduras		X d/				X	X l/	X m/
México	X		f	f	X	X	X	X
Nicaragua		X	f	X g/		X i/	X	X m/
Panamá	X		f	X	X	X	X	X
Paraguay		X	X g/	X h/		X	X l/	X
Perú	X c/		f	X c/	X	X	X	X
R. Dominicana		X	f			X	X l/	X m/
Uruguay	X		j	X	X	X j/	X j/	X m/
Venezuela	X		f	X		X	X	X

Fuente: Messa-Lago Carmelo (2005), *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, CEPAL.

## NOTAS:

- a Excluye usualmente a campesinos, precaristas, aparceros y otros autónomos.
- b En Brasil y Cuba no por el seguro social sino por el sistema nacional de salud público; en Chile por una combinación de seguro social y público.
- c Incluye a socios de cooperativas; aunque la cobertura de todos los asalariados es obligatoria no se ejecuta en la práctica; los servidores domésticos tienen un régimen especial.
- d En Guatemala sólo en 68% de los departamentos; en Honduras en 38%.
- e El seguro social de enfermedad no ha sido implantado del todo. Los funcionarios públicos tienen seguro.
- f Afiliación voluntaria poco efectiva salvo en Argentina donde es obligatoria para monotributistas; en Costa Rica es obligatoria desde 2006; en Colombia en el régimen contributivo para los que ganan más de 2 salarios mínimos, el resto en el régimen subsidiado; en Chile automática para los afiliados en el sistema de pensiones, ya sea privado o público; en Nicaragua la nueva ley de seguridad social de 2005 la hace obligatoria; en Panamá el proyecto de ley de reforma la hace obligatoria; en República Dominicana la ley de 2001 la hace obligatoria pero no se ha ejecutado; en Venezuela el proyecto de ley de salud incluye a todos los residentes.
- g No se ejecuta en la práctica o muy poco efectiva; la ley de 2005 de Nicaragua ratifica la obligatoriedad.
- h Sólo los de la capital.
- i Sólo por vejez y con un minipaquete básico.
- j Parte de los trabajadores independientes tiene afiliación voluntaria otros están cubiertos por el subsector público; los pensionados cuyo ingreso sea inferior al máximo fijado anualmente; la cónyuge recibe atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- k Sólo en enfermedad; la asegurada tiene derecho a maternidad.
- l Sólo en maternidad y puerperio; diferencias en atención a la cónyuge en Paraguay.
- m Sólo a menores de: 11 años en Honduras; 9 años en Uruguay; 6 años en El Salvador y Nicaragua; 5 años en Guatemala, y 1 año en Ecuador y la República Dominicana.

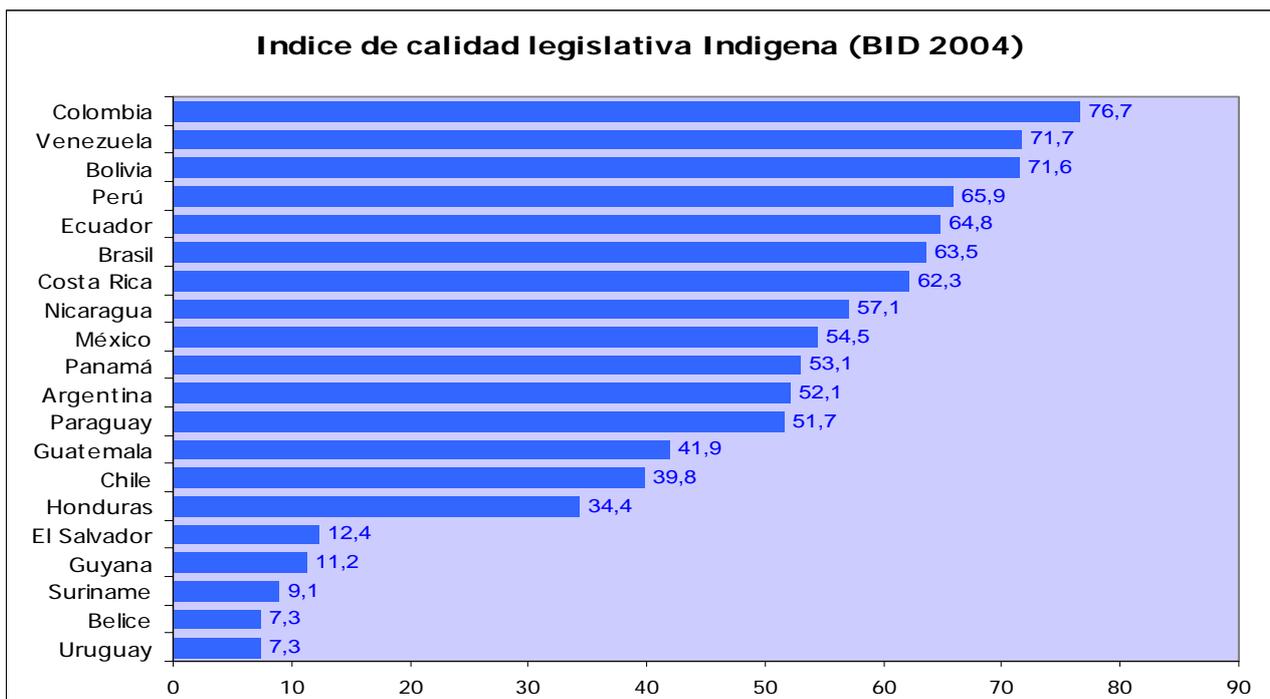
## Pueblos indígenas

El reconocimiento del derecho a la salud de los pueblos indígenas en América Latina es relativamente reciente. En el ciclo de casi 20 años que transcurre desde la aprobación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo en 1989 hasta la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas promulgada en 2006, el acceso a la salud de esta población se ha ido concretando en diversos instrumentos jurídicos. Estos avances legislativos e institucionales han sido posibles, en buena medida, gracias al impulso de diferentes movimientos indígenas en la región.

El Índice de calidad legislativa sobre derechos indígenas del Banco Interamericano de Desarrollo, construido a partir de criterios como la existencia o no de legislación específica sobre esta población, la ratificación del Convenio 169 de la OIT y otras normas internacionales, además de la cobertura de estas leyes, es decir, los ámbitos que contempla cada ley (derechos culturales, políticos, sociales, etc.). De acuerdo con dicho baremo, Colombia, Venezuela y Bolivia presentan los índices de calidad legislativa más altos de la región con valores en torno al 70-80%, mientras que Uruguay, El Salva-

dor y Honduras mantienen valores más bajos. Como el propio BID señala, este índice solo mide la existencia formal de legislación a favor de los pueblos indígenas, por lo que resulta necesario crear otros mecanismos de evaluación que midan el impacto y cumplimiento de estas leyes.

Índice de Calidad legislativa sobre derechos indígenas en América Latina. Criterios de ponderación	
Criterio de ponderación	Peso Relativo
Existencia de legislación constitucional	10%
Existencia de legislación primaria	10%
Existencia de legislación secundaria	5%
Existencia de jurisprudencia	5%
<b>Subtotal existencia por nivel legislativo</b>	<b>30%</b>
atificación 169/89	12%
Ratificación otras normas	8%
<b>Subtotal ratificación de normas internacionales</b>	<b>20%</b>
Conformidad con 169/89	7%
Conformidad con otras normas int.	3%
Cobertura de derechos culturales	8%
Cobertura de derechos económicos/territoriales	8%
Cobertura de jurisdicción especial	8%
Cobertura de derechos políticos	8%
Cobertura de derechos sociales	8%
<b>Total cobertura cualitativa por categorías</b>	<b>50%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>



La Comisión Económica para América Latina y el Caribe ha presentado en su Informe: "Panorama Social de América Latina 2007", un análisis del avance legislativo en el ámbito del reconocimiento a la salud de los pueblos indígenas. Este diagnóstico parte de un estándar mínimo de derechos en salud tales como: el acceso preferencial y gratuidad; prácticas tradicionales; protección de plantas medicinales; atención de salud de acuerdo a usos y costumbres; participación indígena en manejo y promoción del sistema de salud; y, autonomía en el manejo de los recursos de salud. Sólo Bolivia ha legislado sobre todos estos ámbitos. Colombia, Ecuador y Venezuela lo han hecho en cinco de los seis ámbitos considerados. Sin ninguna legislación específica se encuentra El Salvador. En el caso de Paraguay algunos de los ámbitos del estándar mínimo están reconocidos sólo a través de la ratificación del Convenio 169 de la OIT.

El informe señala que sólo Ecuador, México y Venezuela cuentan con referencias explícitas en sus Constituciones acerca de los derechos a la salud de

los pueblos indígenas y que la Constitución de Ecuador es la más amplia en términos reconocimiento, respeto, promoción y garantía del uso de la medicina tradicional, sistemas de conocimiento y protección de lugares y elementos sagrados.

De los dieciséis países examinados en el diagnóstico, trece cuentan con alguna legislación específica sobre salud y pueblos indígenas: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Bolivariana de Venezuela. Exceptuando a El Salvador, todos los países garantizan el acceso preferencial y gratuito a la salud. Otro aspecto a destacar es el reconocimiento a las prácticas tradicionales y la protección de las plantas medicinales.

La participación indígena en el manejo y en la promoción del sistema de salud se reconoce explícitamente en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela donde se establecen mecanismos para la creación de Consejos y otros órganos de participación indígena.

América Latina (16 países): existencia de legislación especial sobre salud de pueblos indígenas						
Países	Acceso preferencial y gratuidad	Prácticas Tradicionales	Protección de plantas medicinales	Atención de salud de acuerdo de usos y costumbres	Participación indígena en manejo y promoción sistema salud	Autonomía en manejo recursos de salud
<b>Ratificaron Convenio 169 OIT</b>						
Argentina (b)	X	X	(a)	X	X	...
Bolivia	X	X	X	X	X	X
Brasil	X	X	(a)	X	X	...
Colombia	X	X	(a)	X	X	X
Costa Rica	X	(a)	Xc	(a)	(a)	
Ecuador	X	X	X	(a)	X	X
Guatemala	X	X	(a)	(a)	(a)	...
Honduras	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	...
México (b)	X	X	X	(a)	(a)	...
Paraguay	(a)		(a)	(a)	(a)	...
Perú	X	X	X	(a)	X	X
Venezuela	X	X	(a)	X	X	
<b>No ratificaron</b>						
Chile	X	...	...	X	...	...
El Salvador	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	X	Xc	...	Xc	Xc	X
Panamá	X	X	Xc	X	Xc	X

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007), *Panorama Social de América Latina 2007*, CEPAL, Santiago de Chile

(a) Sólo por Convenio 169 OIT.

(b) En algunas provincias/estados existe mayor legislación.

(c) Sólo en territorios indígenas (reservas, regiones autónomas, comarcas).

América Latina: Marco legislativo de salud para Pueblos Indígenas				
Referencias constitucionales explícitas	Referencias a salud de los pueblos indígenas en Leyes generales	Leyes específicas sobre pueblos indígenas que abordan la salud	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
<b>Argentina</b>				
		<b>Ley 23.302.</b> Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes.	<b>Resueltos 154/2004, 301/2004, 142/2006.</b> Conforma el Consejo de participación indígena representando a los 24 pueblos del país.	<b>Convenio 169 OIT.</b>
<b>Bolivia</b>				
	<b>Ley 2426.</b> Crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Establece que las prestaciones del SUMI, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutarán mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.	<b>Proyecto de Ley 2005.</b> Salud Intercultural.	<b>Resolución Ministerial 0231.</b> Reglamento para la práctica de la Medicina Naturopática. <b>Decreto Supremo 25265.</b> Seguro Básico de salud. Establece el derecho a la salud a todas las personas que habitan en el país sin distinción de raza. <b>Decreto supremo 26330.</b> Por el que se implementa el Seguro de Salud Básico Indígena y Originario. <b>Resolución Ministerial 0030.</b> Reglamenta el Seguro Básico de Salud Indígena, establece entre sus componentes la interculturalidad y promoción de las medicinas tradicionales. <b>Decreto supremo 28631.</b> Contempla la Creación del Viceministerio de medicina tradicional e Interculturalidad que tiene como meta desarrollar planes de interculturalidad en salud y revalorizar la medicina tradicional.	<b>Convenio 169 OIT.</b>

América Latina: Marco legislativo de salud para Pueblos Indígenas (continuación)				
Referencias constitucionales explícitas	Referencias a salud de los pueblos indígenas en Leyes generales	Leyes específicas sobre pueblos indígenas que abordan la salud	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
<b>Brasil</b>				
		<b>Ley 9.836.</b> Crea el Sistema de Salud Indígena.	<b>Decreto 3156.</b> Establece las condiciones de asistencia a la salud indígena. <b>Instrucción Ministerio de Salud N.254.</b> Aprueba la Política de Atención Nacional de Pueblos Indígenas. <b>Instrucción FUNASA 852</b> Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. <b>Instrucción Ministerio de Salud 70/GM.</b> Aprueba las directrices de gestión de la Política de Atención de Salud Indígenas. <b>Instrucción 644</b> Creación del Foro Permanente de Presidentes dentro de los distritos sanitarios especiales. <b>Instrucción presidencial</b> Creación Comisión Nacional Política Indigenista.	<b>Convenio 169 OIT.</b>
<b>Colombia</b>				
	<b>Ley 100</b> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral. Establece que las comunidades indígenas serán afiliados al régimen subsidiado de salud.	<b>Ley 691</b> Esta ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. <b>Ley 992</b> , de 2 de noviembre de 2005, por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo para el Desarrollo Integral y Asistencia Básica de las Poblaciones Indígenas Wayúu de la República de Colombia y de la República de Venezuela", firmado en Caracas el 3 de mayo de 1990.	<b>Decreto 1811.</b> Prestación de Servicios gratuitos para las comunidades indígenas, la adecuación institucional y del talento humano respetando su cultura <b>Resolución N. 005.078.</b> Adopción de Normas Técnicas en medicina tradicional y creación del consejo asesor para su conservación. <b>Decreto 330.</b> Adopción de normas técnicas para la constitución, funcionamiento de entidades promotoras de salud conformados por cabildos y autoridades indígenas <b>Acuerdo 244.</b> Prioriza los indígenas como beneficiarios del régimen a través de la elaboración de listados censales elaborados por las autoridades tradicionales con lo establecido en la Ley 691 de 2001. <b>Acuerdo 326.</b> Regulación y adopción lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiario de Salud para Pueblos Indígenas.	<b>Convenio 169 OIT.</b>

América Latina: Marco legislativo de salud para Pueblos Indígenas (continuación)				
Referencias constitucionales explícitas	Referencias a salud de los pueblos indígenas en Leyes generales	Leyes específicas sobre pueblos indígenas que abordan la salud	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
<b>Costa Rica</b>				
		<b>Proyecto de Ley de Desarrollo Autónomo los Pueblos Indígenas.</b> Establece el reconocimiento de la medicina tradicional, y el desarrollo de programas específicos de salud para los pueblos indígenas.	<b>Decreto N 331121-S.</b> Creación del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.	<b>Convenio 169 OIT.</b>
<b>Chile</b>				
		<b>Ley 19253.</b> Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.	<b>Resolución Exenta 91.</b> Proceso de formulación de la política de salud y pueblos indígenas. <b>Resolución Exenta N° 261.</b> Aprueba la Interculturalidad en los Servicios de Salud.	
<b>Ecuador</b>				
<b>Art. 44.</b> El Estado reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional y alternativa. <b>Art. 84.</b> El estado reconoce y garantiza a los pueblos indígenas diversos derechos entre ellos el de " <i>sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella.</i> "	<b>Ley Orgánica de Salud.</b> Reconoce la necesidad de desarrollar las medicinas tradicionales y de adoptar un enfoque intercultural en las políticas de salud	<b>Ley Orgánica de las Instituciones Públicas de Pueblos Indígenas del Ecuador 2007,</b> por la cual se crea el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador-CODENPE; la Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador; y, el Fondo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador-FODEPI.	<b>Decreto N.1642.</b> Crea la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica, administrativa y funcional.  <b>Decreto N.2717.</b> Establece dentro de la política de salud sexual y derechos reproductivos, el desarrollo de modelos interculturales de salud y medicina tradicional.	
<b>Guatemala</b>				
<b>Art. 98.</b> Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.			<b>Decreto Legislativo Número 42-2001.</b> Ley de Desarrollo Social con especial atención a los Pueblos Indígenas y otros grupos de población considerados de mayor vulnerabilidad social. Garantiza el derecho a un modelo de atención de salud integral, respetando el uso de la medicina tradicional indígena.	<b>Convenio 169 OIT.</b>

América Latina: Marco legislativo de salud para Pueblos Indígenas (continuación)				
Referencias constitucionales explícitas	Referencias a salud de los pueblos indígenas en Leyes generales	Leyes específicas sobre pueblos indígenas que abordan la salud	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
<b>Honduras</b>				
				Convenio 169 OIT.
<b>México</b>				
<b>Art. 3</b> Garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.	<b>Ley General de Salud.</b> Reglamento que establece una unidad administrativa que se encarga de atención en salud en materia indígena que es la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. <b>Ley de Seguro Social.</b> Indica que los Indígenas tendrán acceso a las prestaciones de solidaridad social bajo los términos que indica la ley.			Convenio 169 OIT.
<b>Nicaragua</b>				
	<b>Ley General de Salud 423 y su reglamento.</b> Establece que las Regiones Autónomas podrán definir un modelo de atención de salud conforme a sus usos y costumbres.	<b>Propuesta de Ley de Medicina Tradicional y Terapias Alternativas. 2007.</b>		
<b>Panamá</b>				
			<b>Resuelto Ministerial N° 4376.</b> Crea la Unidad de Medicina Tradicional de I Ministerio de Salud. <b>Decreto Ejecutivo 117.</b> Crea la Comisión Nacional de Medicina Tradicional.	
<b>Paraguay</b>				
				Convenio 169 OIT.
<b>Perú</b>				
	<b>Ley General de Salud N° 26253.</b> Reconoce la Medicina Tradicional.	<b>Ley 28736.</b> Ley para la protección de los Pueblos Indígenas en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial.	<b>Decreto Supremo 001.</b> Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud que contiene el Centro Intercultural de Salud encargado de elaborar políticas en Salud Intercultural. <b>Resolución Ministerial 771.</b> Establece la Estrategia Sanitaria para los Pueblos Indígenas.	Convenio 169 OIT.

América Latina: Marco legislativo de salud para Pueblos Indígenas (conclusión)				
Referencias constitucionales explícitas	Referencias a salud de los pueblos indígenas en Leyes generales	Leyes específicas sobre pueblos indígenas que abordan la salud	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
<b>Venezuela</b>				
<b>Art. 122</b> "Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconoce su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.	<b>Ley 37.600.</b> Sistema de Seguridad social que otorga protección especial a personas indígenas.	<b>Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas.</b> Establece el derecho de los Pueblos Indígenas al uso de su medicina tradicional a estar integrada al sistema oficial de salud y capacitación recursos humanos.		<b>Convenio 169 OIT.</b>

## Cobertura sanitaria y acceso a la salud de los trabajadores agrícolas y los pueblos indígenas

Una primera consideración, al tratar cobertura de salud, es la conveniencia de distinguir entre la cobertura legal y la efectiva. Mientras la cobertura legal hace referencia a los derechos a la protección de la salud declarados en las leyes, la cobertura efectiva alude a la protección real que los ciudadanos reciben, y está condicionada por el grado de disponibilidad, accesibilidad y utilización de servicios de salud adecuados. En América Latina, las constituciones y las leyes de salud y de seguridad social de todos los países establecen el derecho a la cobertura de salud, generalmente con carácter universal para toda la población, pero en muchos casos esa cobertura legal no está acompañada de los mecanismos que permiten aplicarla plenamente, y el acceso efectivo a los servicios de salud se restringe en la práctica mediante listas de espera o se segmenta mediante múltiples esquemas de aseguramiento<sup>1</sup>. El resultado es que existen grandes disparidades entre la cobertura real de la población y su cobertura teórica o legal.

El acceso efectivo a los servicios de salud se encuentra determinado, entre otros factores, por el

---

<sup>1</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006): *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. CEPAL, Santiago de Chile, pág. 81.

tipo de inserción laboral de la población. Con frecuencia, la vía contributiva puede ser el único mecanismo de acceso a la protección sanitaria, pues los no encuadrados en esquemas contributivos de seguridad social dependen para atender sus necesidades de salud de sistemas públicos que no siempre cuentan con una financiación suficiente para hacer frente a las demandas y ofrecen, por lo general, una cobertura prestacional limitada. La precariedad y la informalidad laboral explican, en este contexto, que un número considerable de trabajadores no acceda a servicios básicos y especializados de salud. De acuerdo con datos hechos públicos recientemente por la CEPAL, en 2002 sólo el 38,7% de la población ocupada en América Latina cotizaba a la seguridad social.

El porcentaje de trabajadores que cotizan varía según el hábitat y el tipo de empleo. Así, en promedio, los ocupados en el sector rural en América Latina mantienen porcentajes de cotización a la seguridad social del 21,9% frente al 45,4% de las zonas urbanas. El 68,2% de los trabajadores urbanos formales cotiza frente al 21,7 de los ocupados urbanos informales asalariados y el 13,5% de los ocupados urbanos informales no asalariados. No se dispone de datos sobre el porcentaje de cotizantes en el sector informal agrícola, pero todo apunta a que se trata de una proporción ínfima.

Los datos disponibles por país muestran diferencias importantes entre unos y otros. Los porcentajes más elevados de trabajadores ocupados que cotizan se encuentran en Costa Rica (65,3%), Chile (64,9%) y Venezuela (61,5%). Los porcentajes más bajos en Perú (13%), Paraguay (13,5%) y Bolivia (14,5%). El porcentaje de ocupados en las zonas rurales que cotizan es en todos los países más bajo en comparación con los ocupados en las zonas urbanas.

Cobertura de la seguridad social en América Latina, alrededor de 2002 (porcentaje de los trabajadores ocupados que cotizan)								
Países y año de referencia de los datos	Total nacional	Total zonas urbanas	Total zonas rurales	Sector urbano formal <sup>a</sup>	Sector urbano informal asalariado <sup>b</sup>	Sector urbano informal no asalariado <sup>c</sup>	Total hombres	Total mujeres
Argentina <sup>d</sup> (2002, zonas urbanas)	...	56,0 <sup>d</sup>	...	68,5 <sup>d</sup>	22,7 <sup>d</sup>	...	59,0 <sup>d</sup>	52,5 <sup>d</sup>
Bolivia (2002)	14,5	21,2	4,6	42,8	6,8	10,4	13,8	15,4
Brasil (2001)	47,8	54,3	17,4	78,3	34,4	17,1	48,4	47,0
Chile (2003)	64,9	67,0	48,8	81,6	50,8	20,7	66,6	62,1
Costa Rica (2002)	65,3	68,2	60,5	87,7	43,3	35,0	68,5	59,3
Ecuador (2002, zonas urbanas)	...	32,3	...	57,4	12,8	10,9	32,4	32,0
El Salvador (2001)	32,9	43,4	14,5	78,5	10,9	11,0	30,9	35,9
Guatemala (2002)	17,8	31,1	8,5	63,6	10,0	0,3	18,4	16,7
México (2002) <sup>d</sup>	55,1 <sup>d</sup>	64,8 <sup>d</sup>	30,8 <sup>d</sup>	81,9 <sup>d</sup>	25,5 <sup>d</sup>	...	52,9 <sup>d</sup>	59,1 <sup>d</sup>
Nicaragua (2001)	18,3	25,1	7,6	53,8	7,4	1,3	16,3	21,9
Panamá (2002)	53,8	66,6	29,3	88,4	36,5	26,4	48,6	63,4
Paraguay (2000)	13,5	20,2	5,0	48,9	4,1	0,8	13,1	14,2
Perú (2001)	13,0	18,7	2,6	43,8	3,8	3,2	15	10,4
República Dominicana (2002) <sup>d</sup>	44,7	48,0	32,7 <sup>d</sup>	52,6 <sup>d</sup>	14,8 <sup>d</sup>	...	43,4 <sup>d</sup>	46,6 <sup>d</sup>
Uruguay (2002, zonas urbanas)	...	63,8	...	88,2	43,9	24,7	63,6	64,0
Venezuela (2002) <sup>d</sup>	61,5 <sup>d</sup>	...	...	75,5 <sup>d</sup>	19,9 <sup>d</sup>	...	58,0 <sup>d</sup>	67,1 <sup>d</sup>
<b>Promedio simple</b>	<b>38,7</b>	<b>45,4</b>	<b>21,9</b>	<b>68,2</b>	<b>21,7</b>	<b>13,5</b>	<b>40,6</b>	<b>41,7</b>

Tomado de CEPAL (2006), Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Santiago de Chile.

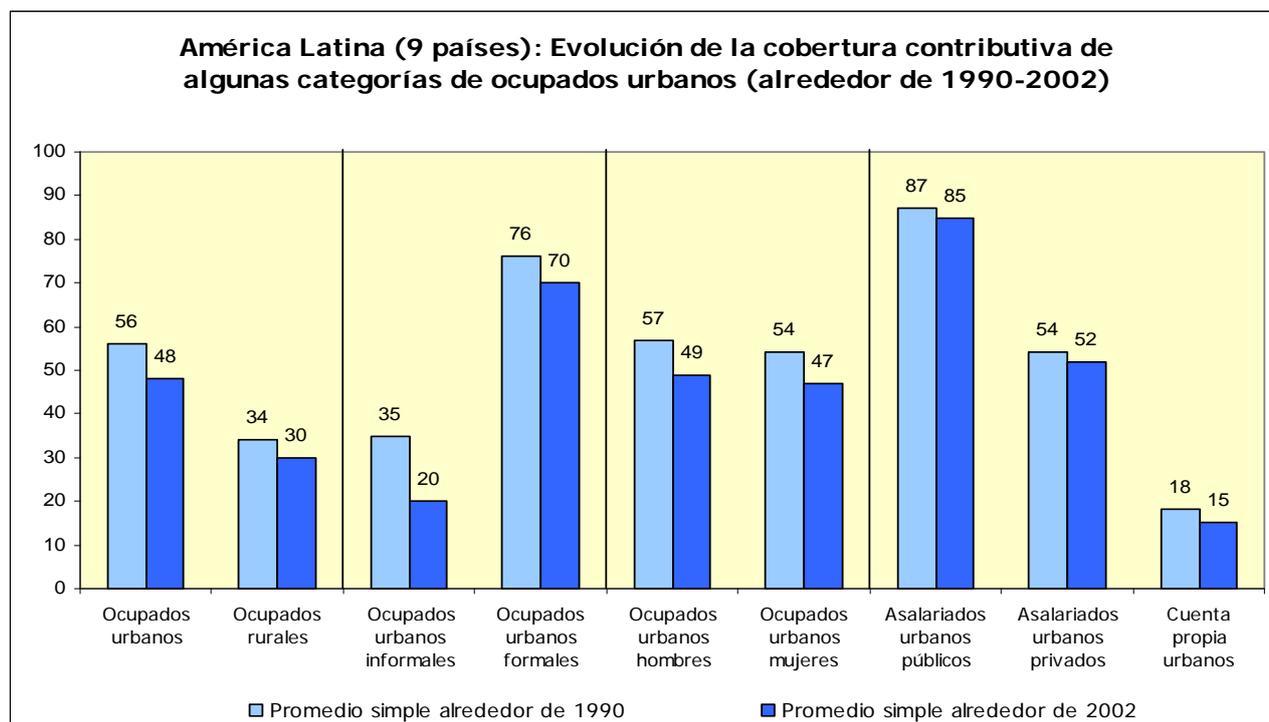
#### NOTAS:

Las variables utilizadas para la definición del aporte a la seguridad social varían en función de las encuestas de cada país: aporte o afiliación a un sistema de pensiones (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú, Uruguay), a un sistema nacional de seguro social (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá), derecho a prestaciones sociales (República Bolivariana de Venezuela) y trabajo con contrato firmado (República Dominicana).

- a Sector formal: asalariados del sector público y de empresas con más de cinco empleados, trabajadores por cuenta propia, profesionales y técnicos, y dueños de empresas de cinco empleados o más.
- b Sector informal asalariado: asalariados de empresas con menos de cinco empleados e integrantes del servicio doméstico.
- c Sector informal no asalariado: trabajadores por cuenta propia no profesionales o técnicos, familiares no remunerados y dueños de empresas con menos de cinco empleados.
- d La tasa corresponde al aporte a la seguridad social de los asalariados, excluidos los trabajadores por cuenta propia, los familiares no remunerados y los dueños de empresas.

La tendencia en las cifras de la cobertura de la seguridad social de los asalariados urbanos muestra, en términos generales, un proceso de precarización en los contratos de trabajo. De acuerdo con estimaciones de la CEPAL sobre la base de encuestas de hogares de nueve países latinoamericanos, entre 1990 y 2002, la cobertura de seguridad social ha disminuido en todas las categorías de trabajadores. La situación de los ocupados en las zonas rurales, de los trabajadores urbanos informales, de los trabajadores por cuenta propia o de las mujeres presenta condiciones de mayor vulnerabilidad comparativa.

El nivel de ingresos de los trabajadores también determina la probabilidad de cotizar a la seguridad social. La relación es progresiva: a mayor ingreso la proporción de cotizantes aumenta, hasta el punto de que en algunos países, como Perú, la proporción de ocupados que cotizan en el quintil 5 (ingresos más altos) es 12,5 veces mayor que en el quintil 1 (ingresos más bajos). También se dan diferencias muy importantes en Bolivia (9,5 veces) y Paraguay (7,3 veces). Si se expresan en puntos porcentuales, las diferencias llegan, en algún caso, a superar los 60 puntos, como ocurre en Argentina, o se acercan mucho a esa cifra, como en Uruguay.



Tomado de CEPAL (2006), Protección Social de cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Santiago de Chile

Aportes a la seguridad social de los ocupados por quintil de ingreso en América Latina, alrededor de 2002							
País y fecha de referencia de la información	Quintil 1 (ingreso más bajo)	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5 (ingreso más alto)	Índices de desigualdad	
						Razón Q5/Q1	Diferencia Q5-Q1
Argentina <sup>a</sup> (2002, urbana)	15,2	38,3	57,7	66,4	76,1	5,0	60,9
Bolivia (2002)	3,2	6,3	10,3	16,2	30,3	9,5	27,1
Brasil (2001)	20,1	36,1	47,2	55,6	63,5	3,2	43,4
Chile (2003)	50,3	60,0	64,5	68,1	71,4	1,4	21,1
Costa Rica (2002)	49,6	58,2	63,7	66,2	75,1	1,5	25,5
Ecuador (2002, urbana)	11,1	18,8	25,1	33,7	54,5	4,9	43,4
El Salvador (2001)	11,5	16,8	29,5	36,1	52,9	4,6	41,4
Guatemala (2002)	4,7	15,0	17,1	23,3	24,0	5,1	19,3
México (2002) <sup>b</sup>	28,9	46,9	51,8	64,2	73,4	2,5	44,5
Nicaragua (2001)	6,4	12,0	13,5	23,5	26,9	4,2	20,5
Panamá (2002)	22,3	42,7	54,8	61,0	67,0	3,0	44,7
Paraguay (2000)	3,1	5,7	11,2	17,2	22,7	7,3	19,6
Perú (2001)	2,0	5,7	10,1	15,7	24,9	12,5	22,9
Rep. Dominicana (2002) <sup>a</sup>	34,9	40,7	37,5	47,6	51,6	1,5	16,7
Uruguay (2002, urbana)	25,6	48,1	62,7	75,9	85,3	3,3	59,7
Venezuela (2002) <sup>a</sup>	36,9	51,9	59,7	68,1	78,9	2,1	42,0

Tomado de CEPAL (2006), Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Santiago de Chile.

NOTAS: Las variables utilizadas para la definición del aporte a la seguridad social varían en función de las encuestas de cada país: aporte o afiliación a un sistema de pensiones (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú, Uruguay), a un sistema nacional de seguro social (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá), derecho a prestaciones sociales (República Bolivariana de Venezuela) y trabajo con contrato firmado (República Dominicana).

a La tasa corresponde al aporte a la seguridad social de los asalariados, excluidos los trabajadores por cuenta propia, los familiares no remunerados y los dueños de empresas.

Como señala la CEPAL, el crecimiento sostenido de las economías y la mejora de la inserción laboral y productiva son condiciones necesarias pero no suficientes para perfeccionar la protección social. Además del fomento del empleo y de las políticas activas, es necesario abordar la problemática específica del sector informal, con políticas que en lugar de ignorar, perseguir o blanquear el empleo informal, faciliten la formalización, adaptando sus requisitos a las posibilidades de los trabajadores informales, simplificando los procedimientos y trámites y priorizando el reconocimiento de la formalidad y el acceso a los beneficios que de ese reconocimiento se derivan, de manera que el acceso a la protección social contributiva pueda constituirse en un incentivo para que los propios trabajadores informales sean los principales interesados en la formalización.

En cualquier caso, es difícil que el estancamiento de la cobertura contributiva se revierta a corto plazo, y ello plantea la urgente necesidad de avanzar en el desarrollo de sistemas de protección social no vinculados al trabajo. En este contexto, adquieren una particular importancia las políticas dirigidas a ampliar la cobertura de la modalidad no contributiva.

## El acceso a la salud de los trabajadores agrícolas

El acceso a la atención sanitaria de los trabajadores agrícolas en América Latina puede definirse, en términos generales, como deficiente. Aunque no se cuenta con una cifra promedio de la cobertura sanitaria de estos trabajadores, algunas variables permiten justificar esta afirmación:

### Pobreza

Las cifras de pobreza en América Latina se han mantenido durante la última década del pasado siglo por encima del 40%, registrándose el mayor empobrecimiento en 1990 con un 48,3% de la población en esta circunstancia. A partir de 2002 se observa un descenso, ligado a las tendencias positivas del mercado de trabajo, que lleva el porcentaje de pobres desde el 44% de ese año al 35,1%

en el año 2007. Esta misma tendencia se aprecia en el dato referido a población en estado de indigencia, que ha pasado del 19,4% al 12,7% en el mismo período.

Al diferenciar por hábitat, destacan las elevadas cifras de pobreza registradas en la zona rural. Para el año 2007 se calcula que el 53,6% de las personas residentes en zonas rurales se encontraban en situación de pobreza frente al 29,8% de personas en las zonas urbanas en este mismo año.

Por otra parte, dentro de las zonas rurales, los trabajadores por cuenta propia en la agricultura presentan, en términos generales, una mayor incidencia de la pobreza que el resto de la población que habita en estas zonas: los porcentajes más altos de pobreza de los trabajadores agrícolas por cuenta propia que residen en zonas rurales se registran en Honduras (89%), Bolivia y Nicaragua (ambas con un 87%). Los porcentajes más bajos se encuentran en Chile (8%), Costa Rica y Venezuela (44%).

### Cotización

Los trabajadores ocupados en el sector rural mantienen bajas cifras de cotización a la seguridad social respecto a los trabajadores que residen en las zonas urbanas. En promedio, el porcentaje de cotización de la población ocupada en las áreas rurales en América Latina asciende al 21,9% frente al 45,4% de las zonas urbanas. Por país, las cifras varían y se observan porcentajes altos de cotización en los trabajadores rurales en Costa Rica (60,5%), Chile (48,8%) y República Dominicana (32,7%). Los porcentajes más bajos se registran en Perú, donde sólo un 2,6% de los trabajadores ocupados en las zonas rurales cotizan; Bolivia (donde sólo lo hacen el 4,6%) y Paraguay (donde el 5% de los trabajadores rurales cotizan a la seguridad social).

### Exclusión en salud

La relación directa existente entre índices de pobreza y la exclusión en salud se confirma cuando se relacionan los datos sobre proporción de partos atendidos por personal sanitario y la renta per capita en cada país.

América Latina: Población en situación de pobreza e indigencia por área geográfica en América Latina (1997-2007)										
	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Total</b>										
Pobreza	43,5	43,9	42,5	43,2	44	44,2	42	39,8	36,5	35,1
Indigencia	19	18,7	18,1	18,5	19,4	19,1	16,9	15,4	13,4	12,7
<b>Áreas urbanas</b>										
Pobreza	36,5	37,2	35,9	37	38,4	39	36,9	34,1	31,1	29,8
Indigencia	12,3	12,1	11,7	12,2	13,5	13,7	12	10,3	8,6	8,1
<b>Áreas rurales</b>										
Pobreza	63	63,7	62,5	62,3	61,8	61,1	58,7	58,8	54,4	53,6
Indigencia	37,6	38,2	37,8	38	37,8	36,4	33,1	32,5	29,4	28,7

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007), *Panorama Social de América Latina 2007*, CEPAL, Santiago de Chile.

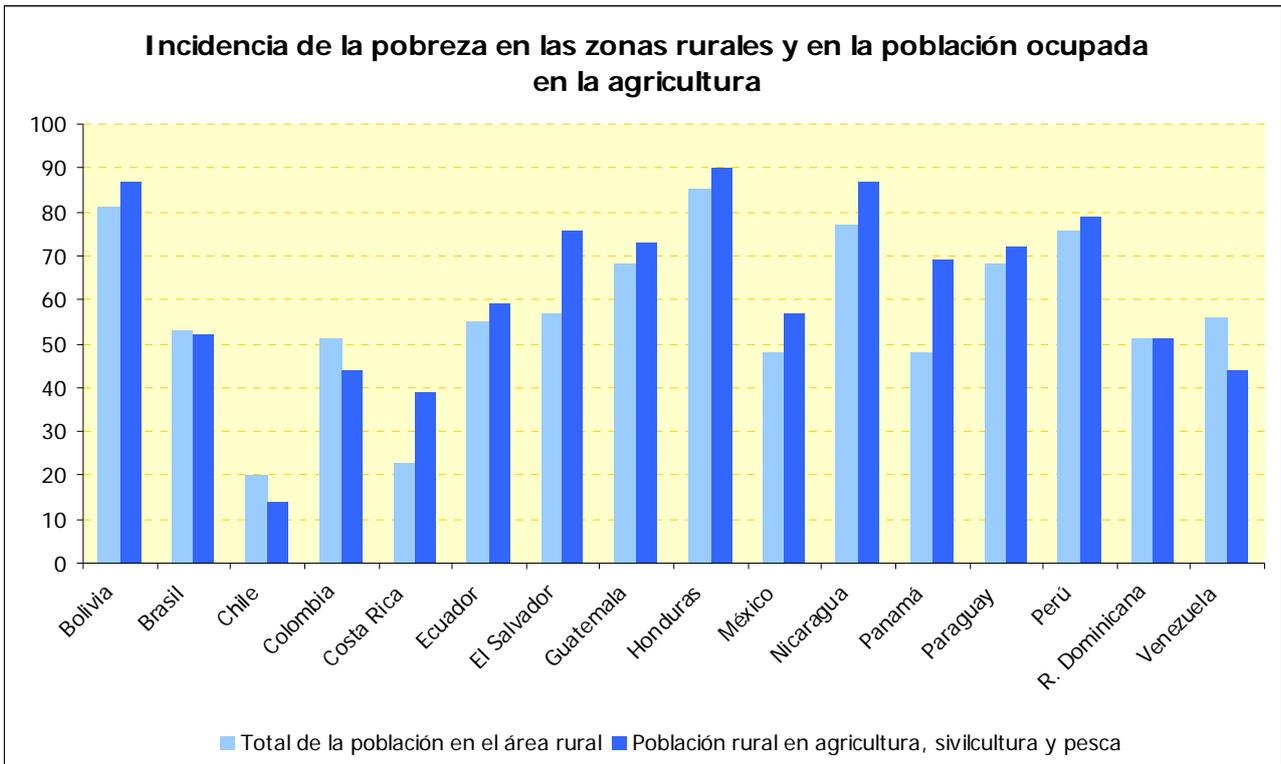
Incidencia de la pobreza en algunas categorías ocupacionales en las zonas rurales en países de América Latina (porcentajes)								
País	Total de la población	Total de ocupados	Asalariados públicos	Asalariados del sector privado no profesionales ni técnicos			Trabajadores por cuenta propia no profesionales ni técnicos	
				En establ. que ocupan a más de cinco personas	En establ. que ocupan hasta cinco personas	Empleados domésticos	Total	En agricultura, sivilcultura y pesca
Bolivia (2004)	81	78	31	57	75	17	83	87
Brasil (2006)	50	43	24	39	32	36	48	48
Chile (2006)	12	7	4	6	10	7	7	8
Colombia (2005)	51	41	7	32	...	39	50	44
Costa Rica (2006)	20	11	2	3	9	14	27	42
Ecuador (2006)	49	43	8	24	40	28	52	56
El Salvador (2004)	57	47	16	35	50	38	59	76
Guatemala (2002)	68	60	27	63	62	41	65	73
Honduras (2006)	82	77	24	58	85	65	86	89
México (2006)	40	34	...	24	43	34	38	50
Nicaragua (2001)	77	70	46	57	67	63	80	87
Panamá (2005)	47	40	4	9	24	26	60	68
Paraguay (2005)	68	62	21	38	53	55	70	72
Perú (2003)	76	72	27	58	65	63	76	79
R. Dominicana (2006)	50	35	33	37	45	47	35	57
Venezuela (1994)	56	42	27	50	50	53	42	44

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007), *Panorama Social de América Latina 2007*, CEPAL, Santiago de Chile.

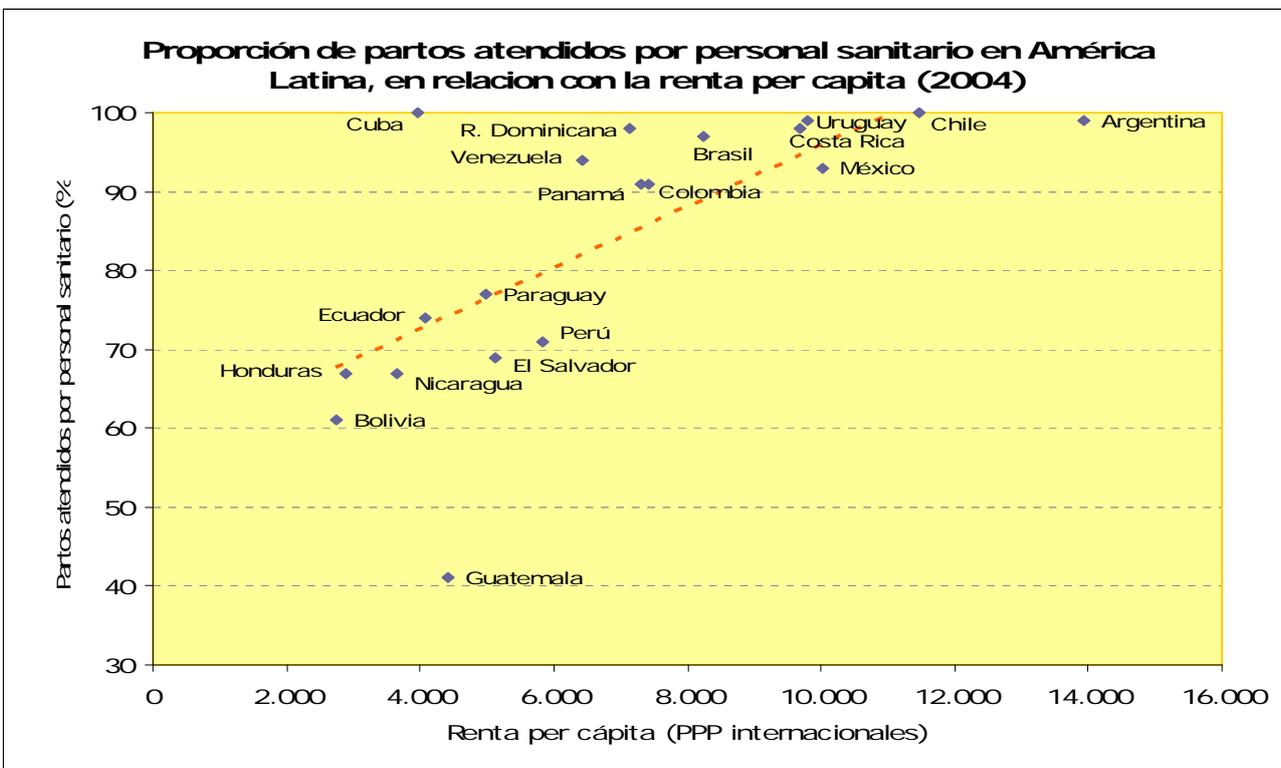
En general, en los países de América Latina cuanto mayor es la renta per capita mayor es la proporción de partos atendidos por personal sanitario, aun cuando hay países, como Cuba, República Dominicana y Venezuela, que presentan unos índices de atención sensiblemente mejores de los que corresponderían a su nivel económico, y otros, como Guatemala, que están muy por debajo del valor

que cabría esperar teniendo en cuenta su riqueza relativa.

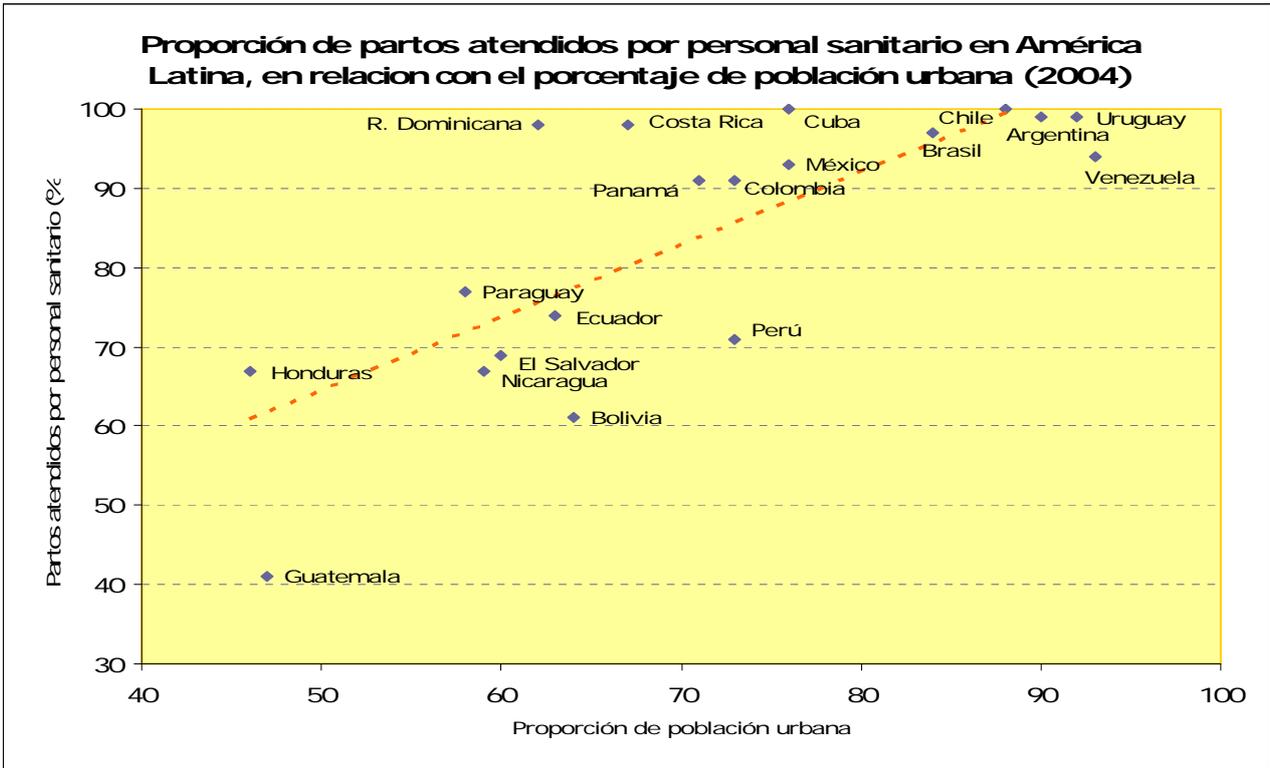
La proporción de partos atendidos por personal sanitario en cada país también se correlaciona con el porcentaje de población que vive en zonas urbanas y, de forma inversa, con el porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza.



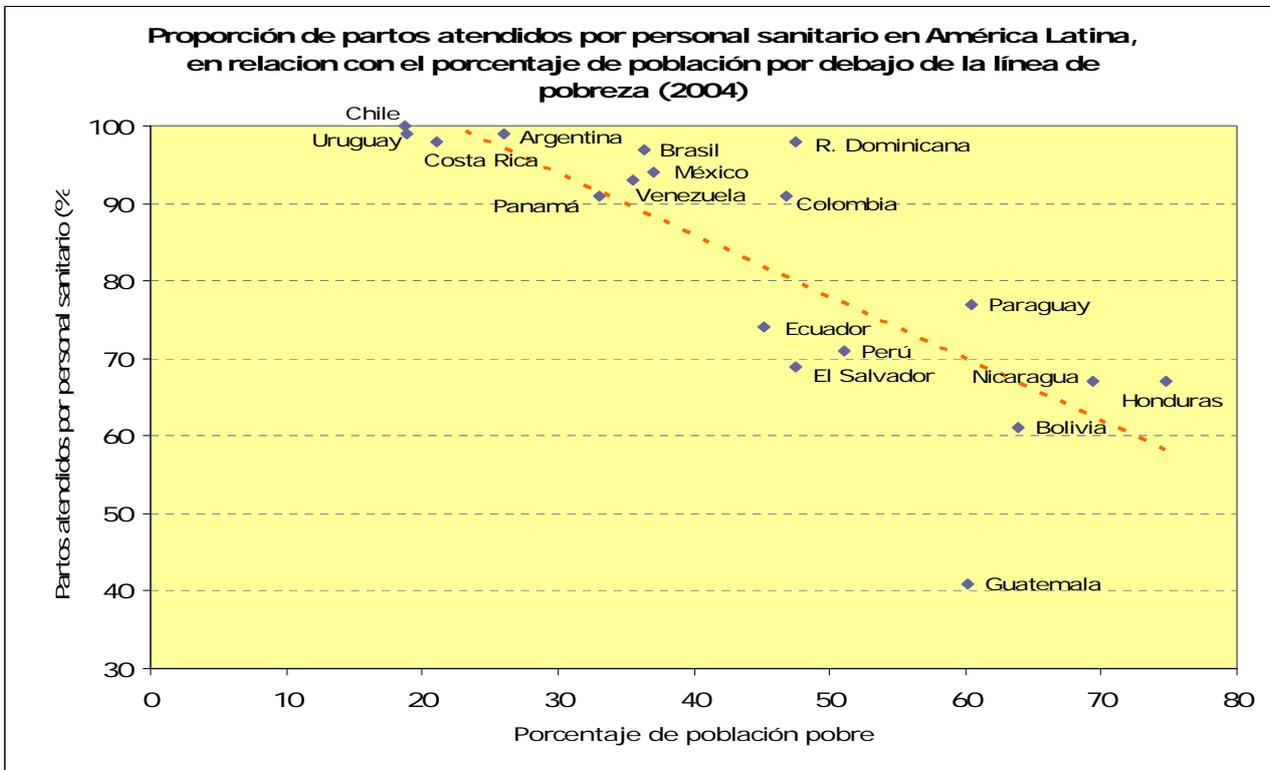
Elaboración propia a partir de datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007), *Panorama Social de América Latina 2007*, CEPAL, Santiago de Chile.



Elaboración propia a partir de datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007), *Panorama Social de América Latina 2007*, CEPAL, Santiago de Chile.



Elaboración propia a partir de datos de WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud.



Elaboración propia a partir de datos de WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. No se dispone de datos sobre porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza en Cuba.

## El acceso a la salud de las poblaciones indígenas

La población indígena en América Latina se encuentra en condiciones particularmente precarias en lo que se refiere a la salud. Según cálculos de la OPS, el 40% de la población indígena carece de acceso a los servicios sanitarios convencionales y el 80% depende de los curanderos tradicionales como su principal prestador de asistencia sanitaria. La mortalidad materno-infantil es elevada y la esperanza de vida se sitúa muy por debajo de los promedios de expectativa vital para la población no indígena. Los niveles de mortalidad y de fecundidad de las poblaciones indígenas son sistemáticamente más elevados que los de las no indígenas. La

sobremortalidad indígena es una expresión inequívoca de la inequidad estructural y expresa una brecha en la implementación del derecho a la salud.

### Mortalidad infantil

Al considerar la variable de mortalidad infantil según el origen étnico se observan diferencias notables entre las poblaciones indígenas y las no indígenas. Así, la probabilidad de morir antes de cumplir un año es tres veces más alta en un niño indígena que en uno indígena en Panamá. En Paraguay, Ecuador y Venezuela la tasa de mortalidad infantil indígena duplica la tasa de población mestiza. Chile y Brasil registran menos discrepancias en esta variable.

**Tasa de mortalidad infantil de la población indígena y no indígena en 11 países de América Latina, según zona de residencia (censos de la ronda de 2000)**

PAIS	Zonas urbanas		Zonas rurales		Total del país		Diferencias relativas		
	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas	Total	Urbano	Rural
Bolivia	63,3	50,5	85,5	60,2	73,9	53,1	1,39	1,25	1,42
Brasil	37,2	31,4	41,8	43,8	39,7	33,9	1,17	1,18	0,97
Chile	12,0	11,4	12,7	12,0	12,8	11,5	1,11	1,05	1,06
Costa Rica	20,4	10,6	21,5	12,3	20,9	11,4	1,83	1,92	1,75
Ecuador	39,1	24,6	73,8	37,9	67,6	29,9	2,26	1,59	1,95
Guatemala	47,2	35,3	52,6	46,7	51,1	41,0	1,25	1,34	1,13
Honduras	28,5	25,1	44,6	41,8	42,6	34,5	1,23	1,14	1,07
México	34,2	23,9	47,3	33,7	43,0	26,5	1,62	1,43	1,40
Panamá	31,6	15,7	57,4	19,5	53,4	17,3	3,09	2,01	2,94
Paraguay	72,1	38,8	79,1	36,3	78,5	37,7	2,08	1,86	2,18
Venezuela	33,3	19	60,5	23,6	45,1	19,7	2,29	1,75	2,56

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI)

**Tasa de mortalidad en menores de 5 años de la población indígena y no indígena en 11 países de América Latina, según zona de residencia (censos de la ronda de 2000)**

PAIS	Zonas urbanas		Zonas rurales		Total del país		Diferencias relativas		
	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas	Total	Urbano	Rural
Bolivia	81,0	62,9	113,1	76,6	96,2	66,6	1,45	1,29	1,48
Brasil	46,6	38,6	53,1	54,9	50,0	42,1	1,19	1,21	0,97
Chile	14,3	13,5	15,2	14,2	15,3	13,6	1,12	1,06	1,07
Costa Rica	24,3	12,8	25,7	14,7	24,9	13,7	1,82	1,90	1,75
Ecuador	49,5	30,3	103,3	47,8	93,4	36,9	2,53	1,63	2,16
Guatemala	61,3	43,8	69,6	60,4	67,2	51,9	1,29	1,40	1,15
Honduras	40,1	35,3	64,8	60,3	61,4	48,7	1,26	1,14	1,07
México	48,6	32,3	71,3	47,7	63,8	36,2	1,76	1,50	1,49
Panamá	38,2	17,0	79,7	21,7	73,2	19,0	3,86	2,24	3,68
Paraguay	99,2	48,1	110,1	44,5	109,2	46,5	2,35	2,06	2,47
Venezuela	52,0	27,9	104,2	35,2	74,5	28,9	2,58	1,86	2,96

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI)

La tasa de mortalidad en menores de 5 años mantiene un comportamiento similar que la tasa de mortalidad infantil. Las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad antes de los 5 años según zona de residencia presentan en general valores más elevados en las zonas rurales que en las urbanas.

### Tasa de fecundidad

El número de hijos que tienen en promedio las mujeres indígenas, especialmente aquellas que residen en zonas rurales, es mayor que el que tienen las no indígenas. Esta diferencia puede responder a los modelos culturales sobre las etapas del ciclo vital y la reproducción inherentes a cada pueblo. Las diferencias tienen que ver no sólo con los ideales reproductivos, sino también con el comportamiento de las variables próximas de la fecundidad, como los períodos de lactancia, las pautas de nupcialidad y el uso de métodos anticonceptivos.

### Abastecimiento de agua y servicios de saneamiento

El acceso al agua y el saneamiento se encuentran entre los principales motores de la salud pública. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, un 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficientes. La mejora de la calidad del agua destinada a la bebida mediante el tratamiento del agua doméstica, por ejemplo con la cloración en el punto de consumo,

puede reducir en un 35% a un 39% los episodios de diarrea.

El mejoramiento de la gestión de los recursos hídricos reduce la transmisión del paludismo y de otras enfermedades de transmisión vectorial. Si se pudiera garantizar el acceso al agua salubre y a instalaciones sanitarias adecuadas para todos, independientemente de las diferencias en sus condiciones de vida, se habría ganado una importante batalla contra todo tipo de enfermedades. Por ello, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene se han incluido entre los Objetivos del Milenio, como expresión del reconocimiento por parte de la comunidad mundial de la importancia de su promoción dentro de las intervenciones en el desarrollo.

La mayor parte de las viviendas de la población indígena, sobre todo cuando residen en zonas rurales, carece de infraestructuras sanitarias adecuadas en lo que se refiere a acceso de agua y a saneamiento.

Las enfermedades epidemiológicas tienen mayor incidencia sobre la población indígena, que además tiene serios problemas para el acceso a medicamentos y a los servicios públicos de salud, debido a la falta de cobertura prestacional y a barreras culturales, sociales e idiomáticas (en algunos países, como Costa Rica y Paraguay, más de la mitad de los indígenas residentes en zonas rurales hablan sólo su propia lengua y son incapaces de comunicarse en castellano).

Tasas Globales de Fecundidad de indígenas y no indígenas, según zona de residencia. Censos 2000

País	zonas urbanas		zonas rurales		total		Diferencias relativas		
	indígena	no indígena	indígena	no indígena	indígena	no indígena	Total	Urbano	Rural
Bolivia	3,7	3,3	6,3	5,5	4,7	3,7	1,3	1,1	1,1
Brasil	2,8	2,3	6,2	3,6	4,0	2,4	1,6	1,2	1,7
Chile	2,3	2,2	2,9	2,5	2,5	2,2	1,1	1,1	1,2
Ecuador	3,7	2,7	5,8	3,7	5,3	3,0	1,8	1,4	1,6
Guatemala	5,1	3,2	7,2	5,8	6,5	4,1	1,6	1,6	1,3
Honduras	3,8	3,2	6,4	5,5	5,9	4,2	1,4	1,2	1,2
México	3,3	2,4	4,9	3,5	4,3	2,6	1,6	1,4	1,4
Panamá	4,0	2,3	6,4	3,3	5,9	2,5	2,3	1,8	1,9
Venezuela	4,5	2,8	5,6	4,4	4,7	2,9	1,6	1,6	1,3

Fuente: Censos Ronda 2000 de América Latina. CELADE-División de Población, CEPAL/Fondo Indígena

Porcentaje de viviendas insalubres según población indígena y no indígena y zona de residencia en 11 países de América Latina (censos de la ronda de 2000)								
País	Abastecimiento de agua inadecuado				Servicios sanitarios deficientes			
	Zonas urbanas		Zonas rurales		Zonas urbanas		Zonas rurales	
	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas	Indígenas	No indígenas
Bolivia	19,3	13,8	60,1	57,5	43,0	34,7	71,8	52,6
Brasil	12,9	10,2	83,0	81,8	33,6	27,5	94,5	86,5
Chile	5,0	3,4	60,4	31,1	4,8	3,0	4,8	4,2
Costa Rica	2,1	0,6	52,0	16,1	14,2	4,7	7,6	3,5
Ecuador	19,7	16,3	48,2	34,7	34,2	33,4	80,2	65,2
Guatemala	17,6	11,8	15,9	9,7	46,6	21,3	23,3	23,8
Honduras	12,4	7,3	31,1	28,9	27,8	25,6	48,2	37,3
México	57,6	38,5	70,7	67,2	70,3	33,4	96,2	84,3
Panamá	3,0	0,9	54,1	11,8	12,5	6,4	61,8	9,6
Paraguay	24,1	13,1	58,4	10,3	89,0	13,7	8,3	1,4
Venezuela	33,6	9,7	78,1	50,1	50,3	8,9	84,7	54,3

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI)

Idioma hablado por la población indígena según zona de residencia en 7 países de América Latina (censos de la ronda de 2000)						
País	Zonas urbanas			Zonas rurales		
	Sólo el idioma indígena	Sólo castellano	Idioma indígena y castellano	Sólo el idioma indígena	Sólo castellano	Idioma indígena y castellano
Bolivia	4,1	48,1	47,8	34,9	13,7	51,4
Costa Rica				60,9	34,1	5,0
Ecuador	5,0	61,1	33,9	16,8	29,5	53,7
Guatemala	18,9	30,8	50,3	41,2	15,2	43,5
México	9,3	33,7	57,0	23,8	13,7	62,5
Paraguay	50,7	0,9	48,4	72,3	0,1	27,6
Venezuela				34,4	14,6	51,0

Fuente: Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI)

Los intentos de extensión de la cobertura sanitaria a las poblaciones indígenas han prestado, por lo general, una escasa atención a la diversidad cultural, pues la mayor parte de las veces las medidas se han focalizado más en la condición de pobreza socioeconómica que en los factores culturales que diferencian sus actitudes, disposiciones y prácticas en materia de salud. Esta circunstancia ha suscitado no pocos conflictos entre las políticas específicas de reconocimiento de la diversidad cultural y

las actuaciones llevadas a cabo por las autoridades responsables de la prestación sanitaria. A este respecto, conviene recordar que el desafío que representa la construcción de democracias pluriculturales consiste no solo en eliminar las inequidades, lo que es muy importante, sino también en reconocer efectivamente el aporte de identidad, cosmovisiones, raíces y humanidad de los pueblos indígenas de la región.

## La salud de los trabajadores agrícolas y de los pueblos indígenas. Problemas en común y alternativas de solución

La mayoría de los análisis de salud muestra profundas desigualdades en relación con el estado de salud de las poblaciones indígenas y las personas residentes en zonas rurales, con relación a las personas no indígenas o las que viven en áreas urbanas.

Ante esa situación, muchos países se han elaborado políticas y estrategias dirigidas a reducir o eliminar esas inequidades. A pesar de ello y de los resultados alcanzados aun persisten notables diferencias en este sentido.

La incidencia de la pobreza y la pobreza extrema es mucho mayor entre los grupos indígenas y entre las poblaciones rurales de las Américas que entre los grupos no indígenas y las poblaciones urbanas. Esta pobreza se entrelaza con otros factores que complican la situación, como los niveles de analfabetismo significativamente mayores, el desempleo, la falta de acceso a o de disponibilidad de los servicios sociales, las violaciones de los derechos humanos, los desplazamientos debidos a conflictos armados y la degradación del medio ambiente.

Tradicionalmente, las poblaciones indígenas han padecido tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna e infantil, de malnutrición y de enfermedades infecciosas. A medida que estas poblaciones adquieren mayor movilidad, están menos aisladas, se tornan más urbanas, y se ubican en zonas fronterizas, han aparecido otros factores de morbilidad, como las enfermedades crónicas, el uso de drogas y el abuso del alcohol o las enfermedades de transmisión sexual, y se ha incrementado la tasa de suicidios. En este contexto, la pérdida de la influencia de las prácticas tradicionales de salud adquiere una importancia cada vez mayor.

Aunque la carga de morbilidad y el perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas en esta etapa de transición son similares a los de otros grupos desfavorecidos de la región, su situación sanitaria deficiente se ve exacerbada por la discriminación y la desigualdad dentro del sistema de salud. Las poblaciones indígenas representan la mayoría en va-

rios países y zonas geográficas, pero el 40% de esta población carece de acceso a los servicios sanitarios convencionales y el 80% depende de los curanderos tradicionales como sus principales prestadores de asistencia sanitaria. Esta situación se agrava por las desigualdades relacionadas con el género; en particular, las mujeres indígenas afrontan dificultades para obtener atención de calidad en materia de salud reproductiva.

Las políticas nacionales y los acuerdos internacionales han impulsado la elaboración de programas centrados en los pueblos indígenas y la asignación de fondos específicos para los servicios sociales indígenas. Sin embargo, la ejecución de estas políticas en gran parte no cuenta con una buena coordinación y no incluye una participación indígena uniforme en la elaboración o ejecución de estas iniciativas. La falta de comunicación, así como la desintegración y la duplicación de esfuerzos en todos los niveles, impiden la difusión de las enseñanzas extraídas y restringen la sistematización y el uso de la información para entregar productos finales a la sociedad. Además, no se han abordado adecuadamente temas como los derechos de propiedad colectiva, las patentes, la protección de la diversidad biológica y la preservación de la cultura indígena. Por otra parte, la falta de estadísticas y de sistemas de seguimiento y evaluación de la situación de salud que contemplen una adecuada desagregación por grupos étnicos, lugar de residencia, sexo y edad en los indicadores de salud, dificulta la formulación de políticas, la fijación de prioridades y la adaptación de los procesos de gestión a las necesidades de las poblaciones indígenas y de las personas que viven en las zonas rurales. Hoy en día, la evaluación del avance hacia los Objetivos del Milenio se lleva a cabo a partir de promedios de datos no desagregados, y como consecuencia el progreso (o la ausencia del mismo) en el estado de salud de las poblaciones indígenas y de las personas que viven en el medio rural se queda perdido en los cálculos.

Todavía subsisten una serie de barreras o limitaciones que dificultan el trabajo en pos de la mejora de la salud de los pueblos indígenas. Estas barreras son las siguientes:

- La falta de capacitación intercultural para los trabajadores de salud y para otros encargados de adoptar las decisiones cruciales.

- Decisiones políticas y económicas de alto nivel hechas sin la participación de los pueblos indígenas.
- La pobreza persistente y la falta de acceso a la tierra.
- El desarrollo económico estancado de las naciones más pobres, que repercute principalmente sobre los grupos más vulnerables de la población como los pueblos indígenas.
- La fragmentación, las rivalidades y las luchas de poder entre los diferentes liderazgos y organizaciones que representan a las comunidades indígenas.

A pesar de los avances en la identificación de las desigualdades, tanto en el estado de salud como en la atención de salud, aun no se ha logrado impulsar los cambios necesarios en esta situación. Los primeros pasos han permitido iniciar un proceso de conocimiento de la magnitud del problema, es decir los principales resultados se observan esencialmente en el nivel descriptivo. Aunque aun debe hacerse más, ello ha contribuido a formular estrategias para continuar avanzando en ese camino.

Donde todavía se requiere un mayor esfuerzo es en la ejecución de investigaciones epidemiológicas a nivel analítico o explicativo, que permitan identificar más claramente los factores causales o de riesgo que determinan esas desigualdades, lo que a la vez facilitaría aun más diseñar políticas y programas más efectivos. Ello debe abarcar los ámbitos cuantitativos y cualitativos, estos últimos resultan verdaderamente complejos debido a que es imprescindible un abordaje profundo de aspectos culturales, concepciones y actitudes de las poblaciones indígenas que tienen relación con la salud.

## Los retos de la epidemiología

Las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas. El sesgo hacia la medicina e intervención occidental puede ser ofensivo o inapropiado para los profesionales de la medicina tradicional. Encontrar personal sanitario que hable y comprenda los idiomas indígenas es difícil, y la comunicación deficiente entre los prestadores y los

clientes en todos los niveles compromete el acceso a una atención de calidad. Es más, los indígenas son a menudo discriminados en los centros de salud por el personal no indígena; y tanto el temor como la desconfianza causados por las actitudes y los comportamientos de los trabajadores sanitarios impiden que los indígenas busquen la atención de salud que necesitan. Por ejemplo, las creencias y las prácticas tradicionales relacionadas con el nacimiento de niños suelen no respetarse en los entornos institucionales.

Este es un campo en el que la epidemiología puede contribuir de manera significativa y en ello deben participar todos los profesionales e instituciones involucradas en la reducción de las desigualdades y el mejoramiento permanente de las condiciones de vida y salud de las comunidades agrícolas y pueblos indígenas.

## Experiencias de servicios de salud intercultural

A continuación se recogen una serie de experiencias de servicios de salud intercultural cuyo análisis ilustra sobre los problemas más comunes que se presentan y sobre las alternativas de solución posible. Las tres primeras (el programa de formación en salud intercultural Willaqkuna, de Bolivia, el programa de salud de atención primaria con comunidades aguarunas de Perú y el programa de promotores de salud rural de Guatemala), están tomadas de la publicación *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, coordinada por Gerardo Fernández Juárez<sup>2</sup>. Las tres restantes (programa de salud y educación entre los indios Hupdäh, de Brasil, modelo de salud complementario Williche, de Chiloé, Chile, y programa de fortalecimiento y promoción de la medicina tradicional de los pueblos Pijao y Paéz del Tolima, Colombia) están tomadas del banco de proyectos del Concurso "Experiencias en Innovación Social en América Latina y el Caribe", una iniciativa de la

<sup>2</sup> Fernández Juárez, G. ((Coord.) (2004): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ediciones Abya-Yala, Quito. Capítulos 6, 7 y 10.

CEPAL con el apoyo de la Fundación W. K. Kellogg<sup>3</sup>.

### Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia

Uno de los problemas fundamentales de la práctica biomédica en las regiones indígenas de América Latina es la ausencia de una capacitación de profesionales de la salud sobre las características socio-culturales de los pueblos indígenas con los cuales se pretende trabajar.

El Departamento de Potosí (Bolivia) es un área de pluralidad étnica y cultural conformada por grupos quechuas y aymaras. Esta pluralidad se refleja en múltiples concepciones del proceso salud-enfermedad y en la coexistencia de varios modelos médicos.

En el caso concreto de los servicios médicos existen múltiples barreras socioculturales en cuanto a cosmovisión, lengua, comunicación intercultural, información médica limitada y otras. A esto hay que añadir la desconfianza y rechazo de la población indígena hacia los servicios de salud que brinda el Estado.

Con la ayuda técnica y financiera de la Cooperación Italiana, el Hospital regional de Bracamonte de Potosí modernizó sus instalaciones. Y desde el año 2000, se vienen aplicando acciones que disminuyen las barreras culturales, mediante la creación de una Oficina Intercultural de Guía.

A partir del año 2001, se desarrolló un proyecto de educación de post-grado a trabajadores de salud del Departamento de Potosí y La Paz, con la finalidad de elevar la calidad de atención en sus respectivas áreas de trabajo. El Curso de Postgrado en Salud Intercultural pretendía los siguientes objetivos:

- Mejorar el nivel de competencias de los profesionales sanitarios en el tratamiento de las problemáticas de salud.

- Contribuir a mejorar la calidad de la atención.
- Humanizar los servicios del departamento.
- Formar un grupo de docentes locales para la extensión de la iniciativa a otras regiones y la creación de un polo de referencia a nivel regional en temáticas de Salud Intercultural.

Este curso contó con la participación de organismos internacionales (OPS, OMS, ONU, UNESCO y Cooperación Italiana), autoridades gubernamentales bolivianas y Universidades latinoamericanas (Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí y Universidad Nacional Autónoma de México).

### Resultados

- *Experimentación exitosa de un currículo y una metodología didáctica:* Se ha experimentado un currículo y una metodología didáctica que se ha demostrado adecuada a las necesidades formativas y a los requerimientos de los profesionales de la salud que se encuentran trabajando en áreas rurales o de contacto intercultural.
- *Generación de proyectos de innovación:* Los nuevos conceptos y habilidades adquiridas fueron moldeándose en propuestas y proyectos de cambio en los establecimientos de salud, ONGs y otras instituciones de los que provenían los participantes.
- *Impacto en las políticas formativas de la Universidad:* Se ha planteado la necesidad de ir introduciendo modificaciones y cambios en los currículums universitarios y las cátedras relacionados con la Salud.
- *Impacto en las políticas de salud pública locales:* El Curso Willaqkuna ha contribuido a poner el tema de la Interculturalidad en las agendas de las instituciones regionales y nacionales que se ocupan de la salud pública. Se está implantando en Tinquipaya (Potosí) una iniciativa de formación sobre Salud Intercultural liderada por varios de los docentes y participantes del Postgrado.

<sup>3</sup> El banco de proyectos innovadores puede consultarse en la página web de la CEPAL:

<http://www.cepal.org/dds/Innovacionsocial/e/proyectos/>

## Programa de salud de atención primaria con Comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú

Esta experiencia se inició en 1990 en el Alto Amazonas y se llamó "Proyecto de Salud Manseriche-Perú". Estaba financiada por la ONG española Prosalus y dirigida por la organización indígena Injunbau Chapi Shiwag.

Se pretendió crear, mediante la construcción de una Posta de Salud Indígena, un espacio para la atención tanto a las necesidades de la población indígena aguaruna local, como también a cualquier peruano. El proyecto se completaba con el desarrollo y fomento de la medicina tradicional aguaruna.

El proyecto se desarrolló de manera satisfactoria a pesar de la epidemia de cólera de ese año, y la falta de apoyo y las barreras creadas por el propio sistema de salud peruano.

### Desarrollo del Programa

La situación de salud de estas comunidades en los años anteriores al inicio del proyecto presentaba las siguientes características:

- No había botiquines comunales y carecían de materiales básicos de atención primaria.
- Debido a la distancia hasta el hospital, algunos pacientes morían por el camino o llegaban en pésimas condiciones.
- Los aguaruna caminaban durante horas para recibir atención médica.
- Los médicos culpaban a los indígenas por su mal estado de salud, apelando a su dejadez e ignorancia.
- Controles policiales que retenían a los indígenas durante horas.
- Comercialización de medicamentos caducos o de dudoso origen.

Teniendo en cuenta que la situación era precaria se elabora el proyecto de salud con los siguientes objetivos:

- Capacitación de promotores de salud.
- Construcción de infraestructuras mínimas y locales.

- Obtención de equipos de atención primaria.
- Obtención de fondos para poner en marcha una farmacia central.
- Realización de convenios institucionales que garantizan el desarrollo y mantenimiento del programa.

Entre las acciones que se llevaron a cabo destacan la decisión de poner en marcha una chacra comunal donde se cultivasen plantas medicinales, de realizar una campaña de desparasitación intestinal, campañas de vacunación, etc.

Pero también se presentaron multitud de problemas. Por ejemplo, los médicos se quejaban de que los pacientes no seguían los tratamientos; el personal sanitario rotaba excesivamente, lo que propiciaba que la comunicación médico-enfermo fuera escasa; faltaba coordinación entre las autoridades sanitarias y apoyo de los médicos tradicionales aguarunas, etc. Este tipo de situaciones deterioraba cualquier intento de hacer factible una aceptación y coexistencia de la medicina académica con la tradicional.

### Conclusiones

La realidad fue que, aun contando con la posta, se seguía recurriendo a otros recursos más alejados para la obtención de un diagnóstico o medicamentos. Esta circunstancia junto a otras provocó el análisis de la experiencia. De este análisis, se desprenden las siguientes conclusiones:

- Persiste el hecho de vulnerabilidad de la salud de estos pueblos.
- La distribución de los recursos oficiales sigue siendo mínima.
- Se evidencia el paulatino deterioro del sistema cultural indígena como transmisor básico de sus sistemas de salud.
- Es necesario revitalizar la cultura sanitaria y el uso y manejo de las plantas medicinales.
- Se evidencia la incapacidad para hacer frente a los problemas de salud. Por tanto, se plantea la necesidad de búsqueda de recursos propios.
- Es necesario potenciar la figura del médico tradicional (chamán) como experto en salud indígena.

- Realización de charlas educativas, talleres de formación, actividades de sensibilización, etc., teniendo en cuenta los relatos o historias de vida propias del acervo cultural de cada pueblo.
- Coordinación entre el Programa de Salud Indígena con el Instituto Nacional de Salud para poner en marcha programas de control de las principales enfermedades que afectan a los pueblos indígenas. Se deben elaborar indicadores de salud para estas poblaciones, trabajando de manera coordinada con las Universidades e instituciones afines.
- Es necesario el fortalecimiento de las instituciones indígenas y la defensa de sus derechos (propiedad intelectual, diversidad cultural y biológica).

Este nuevo planteamiento del Programa de Salud Indígena está en desarrollo, pero lento y costoso. Queda claro pues que las organizaciones indígenas no quieren ser meros receptores de ayudas humanitarias y que están sentando las bases para gestionar su propio sistema de salud.

### Promotores rurales de salud en el oriente de Guatemala

Se puede decir que la consulta médica occidental, incrustada en comunidades indígenas, no ha conseguido imponerse como modelo médico dominante. Y por otra parte, el concepto de fusión es cuestionable, ya que se habla de una medicina indígena aditiva y una medicina occidental estratégica y artificialmente integrativa.

Esta experiencia se centra en el modelo expansivo de la medicina occidental a través del sistema de promotores rurales de salud en la región maya-ch'orti' de Guatemala.

Los promotores han sido utilizados como agentes de aculturación y como facilitadores de salud. Históricamente, esta figura estuvo ligada a Acción Católica, que reclutaba en las comunidades gentes que se convertían en vectores de la modernización y el progreso en sus comunidades, luchando contra el conservadurismo de las autoridades tradicionales. De esta manera, el promotor quedaba legitimado comunitariamente.

Su función era la de articular su actuación manejando la tradición y la modernidad. Pero esto no fue fácil. En los años setenta y ochenta, los promotores fueron instados a seguir una línea de trabajo de fuerte carácter religioso. Sin embargo, hoy en día, a través del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), se pretende que la acción de los promotores se guíe por parámetros biomédicos provenientes del sistema médico del Gobierno de Guatemala.

### Intervenciones del Promotor

Las "Cartillas de Información de Pacientes" son cartillas utilizadas por todos los promotores de salud del Dispensario Bethania, y que permiten recoger, cada una de ellas, 76 casos. En ellas el promotor anota tres tipos de información básica:

- Las quejas (síntomas) de los pacientes, que son normalmente enunciados y registrados en función de criterios tradicionales que están en la mente de los pacientes.
- La enfermedad que padece el paciente, que es nominada y registrada según los términos biomédicos.
- El promotor aconseja un remedio, que suele ser una mezcla de medicina de farmacia junto con remedios tradicionales.

El instrumento de las cartillas muestra el deseo del promotor de adicionar conocimientos y no despreciar ninguna tradición. Pero este juego de equilibrio y diplomacia se rompe en determinadas situaciones, como en las crisis médicas, por ejemplo.

Como queda reflejado, la experiencia vivencial de los promotores en sus comunidades alimenta y refuerza sus conocimientos tradicionales acerca de enfermedades y curaciones. Y por otra parte, los conocimientos respecto a diagnósticos y pautas preventivas y curativas de la medicina occidental los adquiere a través de las capacitaciones.

### Críticas

En las situaciones de capacitación, el tema (problema) es propuesto desde arriba, y se dan respuestas a preguntas que no han sido demandadas en la comunidad sino en las instituciones. Si la capacitación es una respuesta al deseo de paliar una dolencia, el promotor tiende a pensar que la dolencia está ahí y su respuesta, políticamente correcta, es encontrar esa enfermedad que no había consi-

derado con anterioridad. Igual sucede en situaciones con enfermedades de tintes epidémicos, en las que toda la comunidad es informada de los síntomas y efectos de dicha enfermedad. La consecuencia es que pasado un tiempo, todos pueden llegar a interpretar un síntoma como característico de ese mal.

Esto prueba que las distorsiones en los diálogos médicos se producen cuando una de las partes quiere hacerse escuchar más de la cuenta a través de la intensidad de los mensajes. Esto desorienta, confunde y provoca efectos médicos contrarios a los que la capacitación persigue.

Por otra parte, el efecto de la actuación del promotor ha sido limitado al de una zona concreta, debido a que éste apegado a su comunidad pone en juego una serie de recursos para modular las informaciones y capacitaciones externas y adaptarlas a los principios culturales de los que van a ser sus pacientes. Pero no siempre lo consigue debido a la intensidad coercitiva y las presiones institucionales ante los temas sanitarios.

Debido a estos problemas, la experiencia de los promotores rurales de salud ha tenido un alcance limitado.

## Salud y Educación entre los Indios Hupdäh en Brasil

El proyecto Salud y Educación entre los Indios Hupdäh es promovido por la asociación Saude Sem Limites, una ONG brasileña establecida en 1994 que tiene como objetivo el establecimiento de alianzas con las comunidades organizadas, situadas en lugares de difícil acceso, carentes de asistencia en salud o que sufren cualquier tipo de discriminación social, facilitando el establecimiento de sistemas de salud eficientes y democráticos para toda la población.

El proyecto funciona sobre la perspectiva de que los Hupdäh aún están excluidos socialmente, lo cual restringe su potencial y disminuye sus posibilidades de desarrollo. Estas limitaciones se hacen más visibles en las áreas de salud y educación.

En el campo de la salud aunque la comunidad recibe apoyo asistencial de organismos oficiales, las acciones de promoción y prevención no cumplen los objetivos planteados, principalmente porque la

mayoría de los agentes de salud no dominan la lengua Hup, ni la comunidad el idioma portugués. De esta manera no se da un intercambio permanente ni la participación activa de la comunidad en las diferentes campañas realizadas. Y por otra parte, no se ha respetado el derecho de la comunidad a una educación escolar indígena.

El proyecto establece un modelo de atención en salud y educación que incluye aspectos tales como el desarrollo de un alfabeto para esta lengua indígena, la enseñanza de la lecto-escritura y la formación de promotores de salud indígenas capaces de dar atención básica a enfermedades no conocidas por la medicina tradicional de la comunidad:

- Acompañamiento y actualización a todo el equipo de trabajo para facilitar la atención en salud a las comunidades Hupdäh.
- Capacitación a los agentes indígenas de salud.
- Estímulo a la participación de la población en los consejos de salud y educación.
- Elaboración de materiales didácticos y el diccionario de la lengua Hup/Portugués.
- Realización de talleres de participación y discusión sobre temas culturales, valores y alternativas económicas para la comunidad.

La principal estrategia fue el desarrollo de la escritura Hup, mediante un estudio lingüístico realizado entre los años 2001 y 2004 y posteriormente la realización de talleres para la adopción de la grafía y entrenamientos de escritura.

El proyecto es una iniciativa que se basa en la problemática de este grupo social y la participación que la misma comunidad tuvo en la búsqueda de soluciones. Se destaca el acompañamiento permanente en todos los aspectos técnicos, políticos y alianzas estratégicas que dieron lugar a la creación de procesos locales. Otro punto importante fue la experiencia acumulada por Saude Sem Limites en el desarrollo de proyectos de salud en la región de Alto Rio Negro, así como la obtención de recursos por parte de una agencia de cooperación internacional para la ejecución del proyecto.

El proyecto se lleva adelante con la participación de: Saude Sem Limites (SSL) a nivel local, Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), Associação dos Profissionais Indígenas de

Saude Pankararu (APROISP), Associação de Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá (ASAREAJ).

El proyecto es apoyado por Novib (Holanda), Etnollano (Colombia), Manos Unidas (España), Pfizer Foundation (EUA y Brasil), Editora Macmillan (Brasil) y Tam Viagens (Brasil).

### Programa de salud intercultural. Modelo de salud complementario Williche de Chiloé, Chile

Este modelo de salud complementario se basa en el sistema de cogestión, que involucra la cosmovisión indígena y los conocimientos de medicina ancestral de esta comunidad. Se desarrolla desde la organización tradicional que es el Consejo General de Caciques Williche de Chiloé, el cual desde 1996 ha formalizado un espacio de diálogo con los equipos de salud comunales y el servicio de salud Llanchipal, avanzando en el desarrollo de experiencias de cogestión en salud.

El objetivo fundamental del proyecto es apoyar complementariamente los procesos de autocuidado y fomento de la salud williche, desde una relación directa con los equipos de los servicios comunales de salud y otros servicios públicos, como es la Corporación de Asistencia Judicial (CAJ).

Las acciones complementarias para conservar la salud contribuyen a la recuperación del equilibrio de la persona con su entorno, abordando su relación con la familia y la comunidad. Estas acciones son realizadas por profesionales de la salud y terapeutas complementarios, utilizando en sus actividades medicina williche y otras medicinas originarias.

Además de acciones terapéuticas o de curación de enfermedades, el programa realiza actividades de capacitación y asesoría, donde se da participación a las personas, familias, comunidades y organizaciones indígenas:

- Desarrollo de huertos medicinales.
- Mujeres indígenas involucradas en el cuidado de la salud con métodos ancestrales.
- Mesas de diálogo para definir el modelo de atención que desea y necesita la comunidad.

- Mingas (grupos de apoyo vecinal) para atención médica.

El programa Williche de Salud firmó un acuerdo con el sistema público de salud que le permite trabajar en red. Actualmente, el proyecto funciona en la Sede Central del Consejo General de Caciques Williche de Chiloé y además se desarrollan actividades conjuntas con el equipo de salud municipal de Quellón, integrado mensualmente a las rondas de salud que se realizan en las localidades de Yaldad, Kailin e Inio.

Esta iniciativa lleva a cabo acciones complementarias en las comunas de: Chonchi, con la participación de un equipo complementario junto a voluntarias de la parroquia y voluntarios de asociaciones indígenas urbanas; en la comuna de Puqueldón, junto al equipo de salud municipal y voluntarios de organizaciones comunitarias; y en la Comuna de Castro donde el equipo complementario se suma a las actividades que realiza el equipo de salud local.

En este proyecto han participado activamente: Consejo General de Caciques Williche de Chiloé (Konsejatu Chafun Williche Chilwe), el Servicio de Salud Llanchipal y Dirección Provincial de Salud de Chiloé.

### Fortalecimiento y promoción de la medicina tradicional de los pueblos Pijao y Paéz del Tolima, Colombia

Es un proyecto promovido por la Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales del Consejo Regional Indígena del Tolima (CRIT). Tiene como objetivo el fortalecimiento del modelo bicultural basado en la medicina tradicional y el sistema general de salud, que apunte hacia la prevención y un servicio integral para la población.

La propuesta se desarrolla en el departamento del Tolima en las localidades de Coyaima, Natagaima, Ortega, Rovira, Ibagué, Chaparral, San Antonio, Planadas y Río Blanco. Logra un reconocimiento pleno de la medicina tradicional, en el que se promueve el desarrollo de huertas de hierbas medicinales, la preparación de medicamentos tradicionales y la atención médica de acuerdo con la cosmovisión indígena.

La posibilidad de la creación de un modelo bicultural fue impulsada por el CRIT a partir del primer congreso regional indígena, y se ha consolidado en los últimos siete años con la creación de instituciones propias de salud que tienen la capacidad de administrar los recursos del régimen subsidiado de los indígenas, como es el caso de la Empresa Prestadora de Salud Pijaos Salud Epsi, así como de brindar los servicios biculturales de salud a través de la Institución Prestadora de Salud The Wala.

La creación de un modelo bicultural para atender la problemática de salud del pueblo indígena Toliense ha arrojado resultados positivos como la ampliación de la cobertura para población indígena en centros de atención médica y en hospitales, dotación de medicamentos para los enfermos y talleres de promoción y prevención.

A través del proyecto se ha desarrollado y consolidado una escuela para la formación de promotores e iniciados (médicos tradicionales) para ayudar a toda la comunidad. También se promueve el fortalecimiento de la medicina tradicional a través de: jardines botánicos, encuentros de médicos tradicionales, y un proceso de formación de gestores culturales para difusión en las comunidades.

Este proyecto ofrece innovaciones sustantivas desde su definición como apuesta de gestión bicultural de servicios de salud, que parte de un acuerdo entre el Estado y el Consejo Regional Indígena. Se dirige hacia la construcción de un sistema alternativo de salud diferente a las propuestas que hace el Estado a través del Sistema de Seguridad Social Integral (Ley 100/93), porque busca la articulación de las prácticas de salud ancestrales indígenas con los servicios de salud del Estado.

En este proceso se ha alcanzado a desarrollar la biculturalidad en los servicios, es decir la posibilidad de acudir tanto al médico tradicional como al facultativo. Sin embargo la iniciativa plantea ir mucho más allá en la práctica de esta interculturalidad, donde la medicina tradicional como base y fundamento de todo el sistema de salud indígena incide tanto en atención como en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad; así como en la dirección y administración de los programas de salud para las comunidades indígenas.

Dentro del modelo de atención del Estado, la medicina indígena ha encontrado innumerables obstáculos para su desarrollo. Por lo que las organizacio-

nes indígenas impulsaron la Ley 691/2001, que permite a los diferentes pueblos indígenas realizar las respectivas adecuaciones socioculturales de los programas de salud para las comunidades. En este sentido los avances realizados por el CRIT en el fortalecimiento a la medicina tradicional le permitirán a la organización ser pionera en estos procesos de adecuación sociocultural.

El proyecto es llevado a cabo por la Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales del Consejo Regional Indígena del Tolima CRIT.

### “No vamos al hospital”. Prácticas culturales que causan enfermedad o rechazo en los servicios

*La experiencia que a continuación se describe se ha dado en áreas rurales de los Andes bolivianos, y está tomada de Gerardo Fernández Suárez<sup>4</sup>.*

El problema fundamental que se plantea cuando el personal de salud y los enfermos pertenecen a culturas distintas, son las desconfianzas que se producen entre los diferentes modelos médicos y los sistemas explicativos existentes. Las posturas radicales de exclusión son habituales desde la óptica de la biomedicina, pero también desde las medicinas indígenas. La influencia del entramado cultural en los escenarios de salud se acentúa en contextos interculturales como los presentes en América Latina.

Los celos, desconfianzas y dudas que siembran los modelos médicos entre aquellas personas que no comparten los contextos históricos y culturales donde fueron creados dichos modelos, dan lugar a dificultades en la aplicación de estos sistemas, por muy bondadosos que se supongan sus virtudes.

Esta problemática se recoge en la caracterización que las poblaciones indígenas hacen de los recintos médicos hospitalarios. El hospital es considerado el lugar donde la gente va a morir. Lejos de ser reco-

<sup>4</sup> Fernández Juárez, G. (2006): “Al hospital van los que mueren. Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos”. En Fernández Juárez, G. (Coord.) (2006): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural*. 317- 336. Ediciones Abya-Yala, Quito.

nocidos como lugares de sanación, las poblaciones indígenas otorgan a las unidades hospitalarias, con frecuencia, la característica de lugares de muerte, lo que conlleva no sólo su desprestigio como espacio de cura, sino también como "lugar maldito" donde nadie quiere acudir. Debido a estos motivos, los Hospitales se encuentran infrautilizados o despreciados por la población indígena.

Esta población podría beneficiarse de los logros parciales de la biomedicina y complementarlos con los propios de las medicinas tradicionales. Para ello, debe asegurarse una adecuada relación entre ambos modelos médicos para garantizar la capacidad de elección y complementación de la "oferta médica", y mejorar la garantía de satisfacción de las necesidades en salud de los pueblos indígenas.



El rechazo efectivo de las unidades hospitalarias en contextos indígenas suele explicarse por diferentes razones que forman parte de las propias actuaciones y formas de proceder de los equipos médicos convencionales, las formulaciones de tipo cultural que afectan a las relaciones médico-enfermo, con-

cepciones relacionadas con el cuerpo o variables de género que interactúan en las maneras indígenas de expresión de sus propias categorías relativas a la salud y a la enfermedad.

Algunas de las características, que influyen en los recelos mutuos existentes entre la biomedicina y las medicinas tradicionales indígenas y configuran la coartada simbólica que tiñe de desprestigio y desconfianza las instituciones hospitalarias, serían las siguientes:

### **Comunicación**

Los equipos sanitarios convencionales no suelen conocer la lengua originaria de la zona, y esto afecta a la comunicación y entendimiento entre los actores afectados en el proceso de salud-enfermedad-atención. Esta circunstancia dificulta las campañas de atención, intervenciones, prevención, atención materno-infantil, etc.

Hay que tener en cuenta que los médicos originarios forman parte del escenario cultural de los usuarios de sus servicios, mientras que los equipos médicos provienen de áreas urbanas. Este personal viene destinado por la Administración, hecho este que es considerado como una obligación casi penitenciaria de un "Año de Provincias", resuelto en condiciones precarias.

Para resolver tal situación sería importante incluir el conocimiento de lenguas indígenas en los currícula universitarios, potenciar la presencia de estudiantes indígenas en las carreras universitarias relacionadas con las ciencias de la salud, reconocer y premiar a intérpretes que trabajan con los equipos médicos, etc.

El grado de empatía que los miembros de los equipos puedan impulsar resulta igualmente fundamental para la incorporación y reconocimiento de estos profesionales en el entorno comunitario.

Por otra parte, la adecuada comunicación entre médico y enfermo precisa de un conjunto sutil de formas de comunicación no verbales a tener en cuenta: visita y atención en la casa del paciente, protocolos de cortesía, conversaciones prolongadas, presencia de familiares, manejos de los "tiempos médicos", etc.

El reconocimiento de la asistencia prestada por los servicios de salud convencionales depende no sólo

del buen conocimiento de las lenguas originarias y de la disposición hacia la empatía en el grupo étnico donde el equipo realiza su labor, sino la adecuación al código no verbal que el enfermo formula habitualmente en situación de salud.

### **Actuaciones médicas**

Las formas de examen del enfermo deben ser consensuadas y nunca impuestas, es decir hay que pedir permiso al paciente. El efecto de la consulta médica puede resultar pernicioso en alterar los valores simbólicos de lo "frío y lo cálido", la desnudez del cuerpo, la falta de higiene debido a la falta de agua corriente, etc.

#### *Sangre y orina*

El examen médico puede prescribir análisis de fluidos orgánicos. En esos casos, es muy importante tener en cuenta la concepción que sobre estos fluidos posee la población indígena de la zona.

Es necesario explicar de forma sencilla las razones y uso del análisis de los fluidos para aliviar las desconfianzas.

#### *Cirugía*

La operación quirúrgica supone un trauma cultural, económico y social para los afectados indígenas. La manipulación interna del cuerpo supone una serie de connotaciones negativas. El traslado hospitalario produce un temor al enfrentarse a un espacio frío deshumanizado, sin previsión espacial para acoger a los familiares que acompañarán al enfermo.

Ciertos grupos indígenas recelan de las prácticas quirúrgicas debido al reconocimiento moral que posee el cuerpo completo. Los difuntos deben enterrarse con todos sus restos orgánicos y corporales.

El costo de las intervenciones y el maltrato que se espera en las unidades hospitalarias, constituyen serios rechazos para dichas intervenciones. Se podría dotar de los recursos necesarios a las postas sanitarias para realizar las intervenciones "in situ" y evitar en lo posible el traumático traslado al hospital.

#### *Parto*

El parto incorpora otra serie de características culturales peculiares de las poblaciones indígenas que

chocan con la pragmática valoración y medicalización desde la perspectiva biomédica (postura del parto, tratamiento de la placenta...).

Entre los rechazos frecuentes de las mujeres indígenas en relación con el parto hospitalario encontramos el frío de los hospitales con sus grandes salas y sus protocolos de actuación, la excesiva higiene y pulcritud de las salas hospitalarias, etc.

#### *Vacunación y fármacos*

La medicina preventiva debe partir de una información previa, concisa y clara sobre lo que se pretende y los beneficios que el proceso de vacunación va a suponer para la población local. Puede existir recelo sobre el objetivo real de las vacunas, dada la desconfianza que las poblaciones indígenas tienen sobre cualquier propuesta o iniciativa externa que escape de sus parámetros de control. Estos rechazos pueden tener consideraciones simbólicas, como por ejemplo, la certeza de que el uso de los medicamentos acomoda el cuerpo, haciéndolo más vulnerable y dependiente de la biomedicina, a la vez que lo aleja de los remedios tradicionales.

Sería muy positivo que tanto los médicos tradicionales derivaran a sus pacientes a la biomedicina, como que los médicos del hospital derivaran a la medicina tradicional. Pero no siempre es recomendable ni posible emplear remedios combinados de ambas tradiciones médicas. La Biomedicina y la medicina tradicional poseen tiempos de actuación y ocupan escenarios diferentes así como posiciones relativas distintas entre las prioridades de los enfermos en el recorrido de su propio itinerario terapéutico.

El equipo biomédico debe mantener una comunicación con el entorno comunitario, autoridades originarias, familias, asociaciones del lugar, magisterio rural y por supuesto con los médicos tradicionales. Resulta importante concretar con ellos el hecho de que no existe ningún deseo de competencia y sí de colaboración.

### **Eficacia simbólica**

Existe un complejo conjunto de formulaciones culturales sobre las enfermedades, los llamados "síndromes culturales". Los rituales terapéuticos empleados hacen alusión a modelos simbólicos de percepción y concepción del cuerpo y del ser humano y cosmovisiones.

Es por esto, que buena parte de los procedimientos terapéuticos son de carácter ritual y simbólico, junto con la farmacopea tradicional. Y estas soluciones rituales chocan con el pensamiento cartesiano y racionalista de los equipos médicos.

Hacer alusiones a las prácticas terapéuticas de los médicos originarios con respeto y recomendar su consulta, cuando la ocasión lo precise, facilitaría en gran medida la comunicación e integración del equipo en el entorno, además de redundar en el propio prestigio y apego de los usuarios indígenas a los servicios de salud.

### Estructura hospitalaria

Sería preciso averiguar las razones del rechazo al hospital: relación existente entre el personal y los usuarios indígenas, nivel de comunicación entre los distintos agentes implicados en salud, grado de satisfacción de los usuarios, las comunidades suelen otorgar las peores tierras (alejadas, aisladas, junto a enterramientos...) para la construcción de la institución hospitalaria, fundamentos del rechazo... Todas estas variables hacen que se remarque la falta de valor que se otorga a estas instituciones.

Por otra parte, el choque brusco entre los espacios domiciliarios de las familias y los espacios hospitalarios genera temor, incomodidad y angustia entre los pacientes. Los médicos tradicionales que acuden a la casa del enfermo conocen el "principio de confort" de la consulta médica, y realizan las atenciones en los propios domicilios de los pacientes.

Difícilmente nadie acudirá a una institución fría donde no te entienden, ni consideran tus concepciones sobre salud y enfermedad, consideraciones para afrontar las crisis y traumas que la enfermedad ocasiona. Si los equipos no están formados en criterios interculturales no valorarán las competencias del médico tradicional. Si no se derivan pacientes mutuamente no se adelanta nada.

Se debería incluir a los médicos originarios de las unidades hospitalarias en nómina para que les compense el trabajo en un lugar fijo, porque de lo contrario preferirán continuar con su tradición ambulatoria. Por otra parte, se debería valorar la reacción de los usuarios potenciales de los servicios.

Existe una tendencia al uso inadecuado de fármacos y tratamientos de antibióticos en las prácticas de autocuidado o en los tratamientos seguidos por

los médicos tradicionales no competentes en este servicio o por los representantes populares de salud. Por eso, es necesario conocer los alcances y límites de las aplicaciones, mediante la realización de talleres conjuntos que les permita identificar las competencias reales de sus respectivos conocimientos y la capacidad de delegar en el otro lo que uno no puede afrontar de manera precisa.

También es imprescindible habilitar espacios confortables para familiares y acompañantes. Esto sin duda redundará en una mayor valoración positiva sobre la institución hospitalaria.

Otro de los rasgos que debe imperar en la consulta ambulatoria o atención hospitalaria es el "secreto", porque parte de los temores y recelos de los indígenas con respecto al hospital y sus actuaciones radican en su carácter público. Todo debe quedar entre en este entorno privado, intimista y particular. Por el contrario, el hospital con su masificación asistencial va en contra del valor que el dominio indígena otorga a la privacidad de la situación médica de los enfermos.

¿Qué puede hacerse para acercar las instituciones hospitalarias a la realidad de las poblaciones indígenas, para que sean consideradas por éstas e integradas en sus potenciales necesidades de salud?

Hay propuestas y actuaciones diferentes como la adecuación espacial y cultural en algunos servicios:

- Hospitales gestionados por los propios indígenas, como ha sucedido en el entorno de Temuco, en Chile, por parte de grupos Mapuches.
- Apertura de oficinas de información intercultural como es el caso de la oficina willaqkuna en el Hospital Daniel Bracamonte en Potosí, con el apoyo de la Cooperazione italiana.
- Inclusión de médicos kallawayas en la Red de Apolobamba.
- Apoyo a la institucionalización de las medicinas indígenas, especialmente en San Pedro de Curva, por parte de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).
- Intento de abrir un centro de medicina tradicional en el seno de la Facultad de

Medicina de la Universidad Tomás Frías de Potosí.

- Salas de adecuación al parto en el Hospital de Achacachi en el altiplano aymara.

Hay que tener en cuenta la moda de la Interculturalidad aplicada a “cualquier cosa” que provoca conversiones interesadas desde el momento que se trazan políticas interculturales en América Latina. Conversiones que resaltan estereotipos indígenas y modas indianistas al uso.

No se puede olvidar que el objetivo es ofrecer hospitales de calidad para todos los ciudadanos, sean indígenas o no. El esfuerzo debe ir en la dirección de integrar el hospital en el seno de la vida comunitaria de las comunidades indígenas. Un centro que no forme parte de la vida comunitaria continuará siendo valorado de forma despectiva y generando múltiples desconfianzas estigmatizado como “lugar de muerte”.

Es indispensable generar un clima de mutua comprensión, reconocimiento y enriquecimiento entre los equipos médicos convencionales y los médicos originarios locales que elimine cualquier atisbo de desconfianza o competencia entre ambos. Junto con la renovación de los currícula de las carreras universitarias de Ciencias de la Salud, es preciso sensibilizar a los Colegios Médicos, premiar en los concursos a los especialistas con conocimientos en lenguas originarias y patrones culturales sobre salud y enfermedad, y fortalecer la figura del Médico Intercultural.

### ¿Qué pasa con los indígenas y los trabajadores agrícolas que emigran?

Las corrientes migratorias en América Latina y el Caribe han generado cambios demográficos importantes que plantean especiales desafíos para el sector salud. Según la edición 2007 del informe de la OPS Salud en las Américas, los grandes movimientos de personas hacia y entre diferentes regiones y países han transformado las estructuras familiares y las poblaciones de los lugares donde se emigra y de los que se dejan atrás, exacerbando en algunos casos inequidades en los niveles de salud y en la provisión de servicios de atención sanitaria.

La recepción masiva de migrantes internacionales y su contrapartida, la emigración de grandes grupos de población de un país a otro, constituyen un de-

safío para los sistemas de salud tanto de los países de acogida como de los de origen. La migración interna también puede tener un gran impacto en la salud de la población, en la medida en que crea situaciones de inequidad y desigualdad en el acceso a los bienes y servicios para una buena parte de la población que migra y también para la que reside en las áreas de acogida, cuyos dispositivos de atención frecuentemente se ven colapsados por el aumento de la demanda de atención.

Se estima que unos 20 millones de personas de América Latina y el Caribe residen actualmente fuera de sus países de nacimiento. La emigración desde América Latina y el Caribe se ha incrementado notablemente en años recientes, con aproximadamente un 75% de emigrantes hacia Estados Unidos. Los movimientos hacia Europa también han crecido, particularmente a España. La migración entre países de América Latina y el Caribe ha permanecido estable, con corrientes que van a países tradicionalmente receptores como Argentina, Costa Rica y otros. Hay también un importante flujo de migraciones transfronterizas, que muchas veces implican a poblaciones agrícolas que se desplazan para trabajar en las campañas de recolección.

La migración interna ha hecho que América Latina y el Caribe alcance el mayor nivel de urbanización del mundo en desarrollo, con tres cuartos de la población ubicada en áreas urbanas. El traslado de población desde el campo a las ciudades ha contribuido a una desestabilización demográfica y ha intensificado el envejecimiento de la población en áreas rurales, al emigrar personas más jóvenes quedándose los más mayores atrás.

La desestabilización demográfica afecta también a los niños. Se calcula que más de seis millones de niños y niñas latinoamericanos permanecen en sus países al cuidado de familiares u otras personas distintas a los padres, o teniendo que asumir responsabilidades excesivas para su edad: Según un informe realizado a finales de la pasada década por la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes) de Colombia, en un colegio de enseñanza secundaria de Quito, el 80% de las alumnas eran jefas de familia. Sus padres están fuera de Ecuador, trabajando para garantizar la remesa mensual. Esta situación no sólo afecta los derechos de los menores, sino su misma supervivencia. Cuando sólo los padres emigran se profundiza la brecha familiar por no contar con la necesaria presencia paterna o materna.

### Revela investigación malos tratos y negación de servicios Discriminan a mujeres migrantes en hospitales de Xochimilco

Viernes 8 de abril de 2005, Gladis Torres Cimac | México, DF

Discriminación y hasta la negación de los servicios médicos en los centros hospitalarios, denunciaron mujeres emigrantes que residen en la delegación Xochimilco, en la capital del país.

De acuerdo con la investigación desarrollada por un equipo encabezados por Carmen Flores Cisneros, y que se difunde en el libro Migración Interna en México y Salud Sexual y Reproductiva, las emigrantes no reciben atención adecuada y hasta les niegan los servicios en los centros hospitalarios de la demarcación.

La edición coordinada por María del Carmen Elu y Elsa Pruneda, contiene testimonios de las mujeres provenientes de Veracruz, Hidalgo, Puebla, Oaxaca, San Luis Potosí y el Estado de México, quienes señalan que al acudir al médico el Centro de Salud de Xochimilco se les negada la consulta prenatal.

Ante esta discriminación por su condición y la falta de recursos para asistir al Centro de Salud, las mujeres embarazadas prefirieron atenderse con parteras de San Gregorio Atlapulcoa, con un costo aproximado de mil 500 pesos, en tanto, otras mujeres acudieron a médicos particulares y pagaron dos mil 500 pesos.

Aunque en el hospital de Milpa Alta, el costo de atención de un parto es de 671 pesos, las mujeres no asisten por los tratos discriminatorios que reciben de parte del personal médico.

En el capítulo "Migración interna de familias indígenas del Medio Rural, implicaciones en Salud Materno Infantil" las mujeres relatan algunos de los tratos discriminatorios de que son objeto, al calificarlas de sucias e ignorantes.

Una de las mujeres entrevistadas señala que "el doctor del Hospital Milpa Alta me mandó a caminar y caminar, yo ya no aguantaba el dolor y mi hijo nació en el patio, pero el doctor no me quiso recibir, y yo ya sabía que iba a nacer"

El trabajo de investigación describe la condición de vida de las mujeres indígenas emigrantes, quienes, además, durante el proceso de embarazo y parto no reciben información ni orientación adecuada.

En ese sentido, Flores Cisneros –investigadora del Instituto Nacional de Perinatología- apunta que este tipo de tratos discriminatorios hacen que las mujeres indígenas se sientan avergonzadas y manejen sentimientos de culpa, que afectan su vida personal.

De igual forma no se les permite que sus esposos las acompañen en el momento del parto como es su costumbre, las mujeres tienen que parir solas y en posición "supina", a comodidad del médico, lo cual violenta a su concepción de cuerpo y parto.

La investigadora agrega que en las comunidades las mujeres tienen a sus hijos e hijas en posición "gravitacional" y contaron con la presencia y apoyo de sus maridos, sin embargo, estas costumbres no son respetadas por el personal médico, lo que altera sus costumbres, ocasionan sentimientos de soledad, angustia y vergüenza.

Respecto a los servicios de salud, Flores Cisneros señala que el personal, tanto femenino y masculino, tienen que tomar en cuenta el dolor que implica el parto y las representaciones que del cuerpo tiene cada una de estas mujeres, que requieren de un trato humano, respeto y comprensión.

El estudio señala que las emigrantes se encuentran en plena etapa reproductiva, pues tienen entre 20 y 34 años de edad, se unieron en matrimonio entre los 13 y 20 años, pocas saben leer y escribir, son bilingües, hablan español y su lengua materna y todas las mujeres tuvieron a su primer hijo antes de los 20 años.

En el libro Migración Interna en México y Salud Sexual y Reproductiva colaboraron también los investigadores Gerardo A. Montero, Nancy Jiménez, Juan López, Nallely Luna Buendía y Aidé Rodríguez, entre otros, y fue realizado en coordinación con el Consejo Nacional de Población y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), [Hhttp://www.cimacnoticias.comH](http://www.cimacnoticias.comH)

*"...Quiero hacer notar la importancia de los procesos migratorios como una barrera cultural, aunque en nuestros países ya se viene dando adecuaciones culturales en ciudades intermedias y grandes. Sin embargo, cuando se dan migraciones a otros continentes, donde existe una multiculturalidad y difícilmente una interculturalidad en cuanto a relaciones sociales y menos aún en salud, los problemas que ya se vienen superando en nuestros países, están siendo un nuevo contexto, por lo que creo que es importante compartir estas experiencias con países desarrollados receptores de población indígena migrante..."*

**Pablo Aguilar Alcalá, Bolivia**

Las tendencias apuntan hacia una significativa "feminización" de las corrientes migratorias en América Latina y el Caribe, con características específicas.

Entre las mujeres migrantes se registran mayores cantidades de embarazos no deseados, menores tasas de uso de anticonceptivos y en general menor utilización de los servicios de salud reproductiva que entre las mujeres que no son inmigrantes.

Aunque al migrar suelen elevar sus ingresos, muchos emigrantes confrontan dificultades para acceder a bienes y servicios. Los inmigrantes sin estatus legal son especialmente vulnerables a experimentar dificultades para tener acceso a servicios apropiados de salud en el país de destino, debido a su condición irregular.

Los problemas de acceso, sin embargo, no afectan solo a quienes están en situación irregular, pues existen evidencias sobradas de que muchos inmigrantes indígenas o procedentes de zonas rurales reciben una atención en salud deficiente en las zonas de destino, incluso dentro de su propio país, debido a barreras culturales y lingüísticas, falta de información y deficiente organización de los servicios de salud.



# 7

Reflexiones sobre lo aprendido



## Cohesión social y equidad en salud. Retos de futuro

La salud es un bien social importante no sólo por sí mismo, sino también porque es condición imprescindible para el logro de otros bienes sociales como la educación, el trabajo o la plena participación en la comunidad. La salud es causa, motor y consecuencia del desarrollo humano y de la cohesión social, y un elemento esencial para el desarrollo económico, pues genera empleo, renta e innovación. La falta de acceso a la salud compromete no sólo el derecho a la salud, sino también la esencia misma de la cohesión social y el desarrollo social.

La equidad es, en sí misma, un factor poderoso de cohesión social, que genera y protege la salud de la comunidad. Aún con niveles de desarrollo macroeconómico y gastos de salud similares, los países con una mayor equidad en el reparto del ingreso tienen mejores resultados globales en salud.

En América Latina, pese al importante desarrollo de la región, persisten marcadas condiciones de inequidad que afectan a los más pobres y vulnerables, generando situaciones indignantes de carencia, que ameritan una respuesta urgente al más alto nivel político.

Los sistemas de protección social son, desde la perspectiva de las políticas públicas, la mejor forma de respuesta frente a la inequidad en el reparto de bienes y sus efectos en la salud. El desarrollo de sistemas de protección social integrados, con cobertura universal de salud y financiación pública, basados en la atención primaria y en la participación ciudadana, es un aporte fundamental a la cohesión social y un medio de lucha contra la exclusión social y la inequidad.

Por ello, es esencial el compromiso para lograr acceso universal a los servicios de salud, a partir del reconocimiento de la salud como un derecho humano, y partiendo del papel esencial que han de

jugar los poderes públicos para proteger la salud de toda la población.

Los gobiernos deben tomar en cuenta que la presencia / ausencia de cohesión social se puede apreciar por sus efectos a nivel del individuo y de la sociedad, que pueden ser medidos sobre la base de cinco parámetros: pertenencia / aislamiento, inserción / exclusión, participación / pasividad, reconocimiento / rechazo y legitimidad / ilegitimidad. Es necesario trabajar para situar cada uno de estos parámetros en valores positivos.

## Necesidad de políticas de reforma en materia de salud

Las políticas de reforma de la protección social en salud se han orientado fundamentalmente al logro de los objetivos siguientes:

- El fortalecimiento de la capacidad reguladora del Estado.
- La integración de sistemas segmentados y fragmentados.
- La descentralización de los establecimientos públicos.
- La separación de la financiación y la provisión públicas y la introducción de fórmulas contractuales entre ambos.
- La participación del sector privado en la gestión de la financiación pública y la provisión de servicios.
- La participación social.
- El aseguramiento universal que garantice un paquete de prestaciones a toda la población.
- La creación de operadores públicos y/o privados para la atención a los más pobres.

Aun cuando la extensión de la cobertura ha sido uno de los objetivos planteados, lo cierto es que los

procesos de reforma de la protección social de los años 90 no necesariamente han logrado extender la cobertura a las poblaciones más vulnerables. Los demás objetivos también están, en su mayor parte, lejos de haberse logrado satisfactoriamente: no siempre se ha alcanzado una mayor eficiencia, por lo general no ha mejorado la redistribución de la riqueza, la explotación de los recursos naturales continúa a favor de unos pocos y los más pobres siguen enfermando y muriendo sin recibir la atención que necesitan. Esto llama a la necesidad urgente de pensar si estas reformas han servido a la población, o si es necesario generar nuevas reformas, más justas, que promuevan la participación del ciudadano.

El interés por reformar los sistemas de salud y Seguridad Social es un fenómeno que se puede observar en la gran mayoría de los países. En América Latina, los proyectos de reforma del sector salud y de la Seguridad Social han tenido a veces una excesiva vinculación con intereses y programas políticos coyunturales. No es excepcional que los actores y decisores políticos lancen ideas y proyectos de reforma que tienden a satisfacer necesidades inmediatas, pero no tienen una visión a medio y largo plazo. Debido a la interferencia de poderosos grupos de interés involucrados, muchas veces los proyectos de reforma no definen claramente los objetivos y van dirigidos a conseguir metas políticas inmediatas en lugar de enfocar bien los problemas existentes e implementar medidas balanceadas y comprobadas.

Debido a estos motivos, en la elaboración estratégica de los planes políticos en materia de salud se han ido incorporado varios elementos que se consideran trascendentales, entre los cuales centramos particularmente el interés en:

- La correlación de los procesos sociales y la evolución sanitaria.
- La asignación de prioridades en la distribución de los recursos en la sociedad.
- La conformación de escenarios en donde es necesario dar respuestas sanitarias a los sectores de la población más desfavorecidos.

Los principales desafíos a los que se enfrentan los países de América Latina en materia de protección

social en Salud en el marco de estas reformas son los siguientes:

- Responder a los requerimientos, demandas y expectativas actuales con los recursos limitados disponibles.
- Mejorar la calidad de la atención.
- Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para las poblaciones más pobres.
- Lograr una cobertura universal de la población.
- Desarrollar mecanismos de solidaridad para distribuir los limitados fondos y ofrecer servicios de salud esenciales a la población rural e indígena más desfavorecida.
- Sustentar los logros y mantener los beneficios que sus sistemas de salud ya han establecido.
- Enfrentar con éxito los nuevos contextos económicos regionales, y las crecientes y nuevas demandas de los servicios de salud.
- Encontrar nuevas formas alternativas e innovadoras de financiamiento para los sistemas de salud.
- Crear organizaciones más flexibles y dinámicas, acordes con los nuevos contextos políticos-institucionales de cada región.
- Transformar los sistemas fragmentados con múltiples prestadores-operadores en sistemas únicos o Integrados que funcionen bien.

Las Políticas de Salud están muy condicionadas al desarrollo social, económico y político del país. Por tanto, la accesibilidad a un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado depende en muchas circunstancias de las características sociales, económicas y culturales de la persona afectada, así como de las características del propio sistema de salud.

La redistribución de los recursos de acuerdo a las prioridades sociales, y la necesidad de generar las condiciones orientadas a la inversión productiva que a su vez sea un factor promotor de empleo, constituye uno de los difíciles equilibrios no siempre bien interpretados por la sociedad dada las justifi-

cadras urgencias que ésta tiene, especialmente en los sectores más desfavorecidos.

En los países con escasez de recursos, seguramente se planteen dilemas ante la imposibilidad de dar cobertura sanitaria en forma adecuada a todos los sectores de la sociedad, dejando librada a la capacidad económica de la persona la posibilidad de acceder a tratamientos que le permitan extender o mejorar su calidad de vida. Esta realidad obliga a pensar en el establecimiento de un sistema dinámico e integrador que compatibilice el equilibrio en la asignación y en la distribución de los recursos con la finalidad de intentar una mejor calidad de vida en el mayor número de personas durante el período más extenso posible.

### ¿Reformas o cambios?

Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, existen diferencias entre estos dos términos. Por un lado, **reformar** consiste en “volver a formar, rehacer” (primera acepción) o “modificar algo con la intención, por lo general, de mejorarlo” (segunda acepción). Mientras que  **cambiar** hace referencia al hecho de “dejar una cosa o situación para tomar otra”, o “convertir o mudar algo en otra cosa distinta”. Las diferencias son claras en cuanto al sentido de la acción, que en las reformas siempre es intencional, mientras que en los cambios puede no serla.

En materia de Salud, también existen matices de significación entre ambos términos. Diferentes políticos y analistas le atribuyen significados y connotaciones distintos. En algunos casos, los responsables de las Políticas de Salud han buscado magnificar pequeños cambios de la organización del sistema sanitario, etiquetándolos de “Reformas”. Resulta útil, pues, diferenciar entre reformas estructurales y cambios incrementales.

Para hacer frente a las limitaciones del sector sanitario, es necesaria una reforma institucional en la que se modifiquen dichas instituciones, las estructuras organizativas y los sistemas de gestión. De este modo, la reforma en el sector trata de definir prioridades, perfeccionar las políticas y reformar las instituciones a través de las cuales esas políticas se ejecutan.

Por otro lado, como los sistemas de asistencia sanitaria están inmersos en un proceso continuo de

cambio operativo cotidiano, es importante diferenciar los cambios evolutivos y graduales ordinarios del sistema respecto de las reformas estructurales fundamentales. No obstante, la distinción entre cambio evolutivo y cambio estructural es más bien arbitraria y subjetiva.

Si bien la reforma es entendida muchas veces como un concepto político que implica un proceso de cambio estructurado de arriba a abajo, con frecuencia se producen importantes transformaciones estructurales y organizativas que no responden a ninguna intención deliberada de los gobiernos, sino que están influidas por otros factores dentro, como la introducción de nuevas tecnologías o las dificultades económicas.

En cuanto a la dimensión del proceso, Berman sostiene que para que se produzca una reforma, los cambios deben perseguir la consecución de una serie de objetivos políticos<sup>1</sup>. Sin embargo, hay pruebas de que algunos programas de reformas han sido puestos en marcha sin un conjunto claro de objetivos. En términos de duración del proceso, Berman plantea que la reforma debe ser una modificación sostenida a largo plazo y no un cambio que se realiza “de una vez”.

Dado que tanto el planteamiento como el número y la diversidad de las medidas incluidas en un paquete de reforma varían sustancialmente entre países, los expertos que buscan evaluarlas deben especificar la definición que adoptan y distinguir entre sus elementos integrantes. Lo característico de las reformas es no debatir ni decidir sobre ellas como una única entidad homogénea, sino como un paquete de medidas distintas, cada una de las cuales debe evaluarse por separado. La importancia relativa de los temas varía entre los diferentes países y, por consiguiente, lo harán también el diseño y los objetivos de cada programa de reforma.

A partir de estas consideraciones, se pueden resumir los elementos claves de un marco de definición que puede usarse para caracterizar reformas específicas del sector sanitario:

---

<sup>1</sup> Berman, P., ed. (1995). *Health sector reform in developing countries*. Harvard University Press, Cambridge, MA, USA.

**Proceso:**

- Cambio estructural, más que gradual o evolutivo.
- Cambio en los objetivos políticos, seguido de cambio institucional, más que redefinición de objetivos únicamente.
- Cambio intencionado, más que “a lo que salga”.
- Cambio sostenido y de largo plazo, más que “de una vez”.
- Proceso político “de arriba abajo” dirigido por el gobierno nacional, regional o local.

**Contenido:**

- Diversidad de medidas adoptadas.
- Variable según las características específicas del sistema sanitario de cada país.

De esta manera, se podría definir como reforma un proceso que conlleva un cambio institucional y estructural sostenido y profundo, dirigido por el gobierno y que busca conseguir una serie de objetivos políticos explícitos.

Durante los últimos años, el término reforma se ha hecho cada vez más popular. Ahora bien, pese al extendido uso de este concepto y de haber ofrecido una definición como la anterior, podemos afirmar que no existe una definición consistente y universalmente aceptada de qué constituye una reforma del sector sanitario. Así como tampoco resulta una tarea sencilla diferenciar conceptos como “cambio” y “reforma” en el sector de la Salud.

## Estrategias de diseño, implementación y seguimiento de reformas futuras

A lo largo de este Informe se han presentado distintos procesos de reformas de la protección social en salud llevados a cabo en la región de América Latina. De esta revisión, surgen cuatro grandes reflexiones para el debate sobre las estrategias de diseño, implementación y seguimiento de reformas futuras en materia de salud:

- En primer lugar, se observa muy frecuentemente que existe una falta de coordinación entre las decisiones adoptadas por los ministerios de salud nacionales y las de otros ministerios asociados con la estrategia de inversión en saneamiento, infraestructura de agua y salud ambiental. Esta falta de coordinación limita la implementación de estrategias asociadas con los objetivos básicos de salud pública.
- En segundo lugar, se observa que la definición de objetivos de las reformas, en general, tiene un fuerte carácter político y una más débil consistencia técnica, debido tanto a una pobre caracterización de las necesidades a las que las reformas buscan dar solución como a la falta de una estructuración coherente de los objetivos de las reformas y a las limitaciones en la participación de los diversos actores implicados.
- En tercer lugar, se hace necesario un análisis en profundidad de la coherencia entre los objetivos y los instrumentos utilizados, a fin de subordinar estos últimos a los primeros. La experiencia regional muestra que el proceso de descentralización, por ejemplo, si bien acerca la toma de decisiones en materia de política de salud a las necesidades de la población, requiere de la formación de recursos humanos que sean capaces de llevar a cabo el cambio, como también de una redefinición del papel que debe jugar el gobierno central ante estos procesos.
- En cuarto lugar, las limitaciones en la participación de los diversos actores implicados atentan no sólo contra la dinámica del proceso de reforma y sus tiempos de aplicación, sino también contra el alcance de los objetivos planeados originalmente. Este hecho se encuentra asociado con la necesidad de considerar la historia del sistema de salud, sus características, el modo histórico de toma de decisiones, y las normativas y reglamentaciones que fueron definiendo la estructura del sector hasta el presente.

## Reflexiones y propuestas sobre los procesos de reforma

El desarrollo tecnológico y el surgimiento de la Sociedad de la Información han provocado la necesidad de reestructurar la economía, el empleo y la producción. Estos cambios conllevan nuevas oportunidades de prevención y tratamiento y provoca problemas en cuanto a la accesibilidad, elegibilidad y priorización en salud.

La pobreza y la marginalización de grandes sectores de la humanidad se traducen en acentuadas inequidades sociales y de salud. Muchos servicios de salud padecen deficiencias sistémicas en cuanto a la generación y asignación de recursos, la administración, el equipamiento, la corresponsabilidad, la efectividad, la eficiencia y la capacidad resolutive. Los procesos de reformas se han planteado, por ello, la mejora de la infraestructura sanitaria para superar la escasez y la inaccesibilidad de las instalaciones de salud en las áreas rurales, que era consecuencia de las condiciones geográficas, de infraestructura, transporte o falta de recursos financieros.

Al mismo tiempo, los problemas de salud vinculados al envejecimiento de la sociedad, a la larga esperanza de vida, a estilos de vida poco saludables, y a amenazas medioambientales confrontan a los sistemas de salud de la gran mayoría de los países en vías de desarrollo con una creciente demanda que hace cada vez más imprescindible implementar sistemas efectivos y sustentables de salud.

Por otra parte, las reformas de salud han sido objeto de gran debate en América Latina desde el inicio de los años noventa, aunque este debate no ha estado acompañado siempre del necesario rigor metodológico, pues, por un lado, hay sectores que afirman, sin hacer evaluaciones en profundidad sobre los motivos que llevan al éxito o al fracaso de las mismas, que los instrumentos utilizados en la reforma no han sido los apropiados, y, por otro, desde otras posiciones se afirma que las reformas han producido mejoras de eficiencia en la gestión y los servicios, sin que estas apreciaciones estén basadas en una adecuada evidencia factual o estadística.

Hay, además, algunos elementos que, con mucha frecuencia, no han sido tomados en cuenta en los procesos de implementación de las reformas de salud: entre ellos destacan el compromiso político de los actores involucrados en consensuar y avanzar con el proceso de reforma y el grado de resistencia de determinados actores relevantes, como los profesionales de salud, en su implementación.

La realidad de América Latina muestra claramente que si no hay consenso de los actores en cuanto al proceso de implementación y si los incentivos para que se logren este consenso no están puestos, difícilmente se podrá lograr un buen resultado en la implementación de los instrumentos de reforma, por más adecuados que éstos sean al proceso de cambio deseado.

El gran desafío para América Latina es la gran proporción de población rural o indígena, aislada, que provoca dificultades para generar redes de atención. Un segundo aspecto a resolver es cómo respetar las características y culturas locales. Ambos desafíos se unen al concepto de un sistema nacional de salud con características de equidad, cobertura universal, gratuidad y eficiencia, y atención primaria regionalizada.

La prestación de servicios públicos de salud con carácter de asistencia sanitaria básica, es considerada un derecho humano, y por tanto, debiera estar garantizado por los gobiernos. Estos servicios se consideran una política clave en la reducción de la pobreza, ya que el sector privado, al no tener incentivos monetarios, no brinda a la población vulnerable servicios adecuados ni suficientes.

Es necesario un énfasis especial en las poblaciones rurales y los pueblos indígenas, por la extrema vulnerabilidad que tienen estos grupos en algunos países de la región, donde las brechas de inequidad son realmente importantes. Los sistemas de salud deben ser capaces de dar respuesta a las necesidades de todos los ciudadanos, sin caer en escenarios de discriminación positiva o negativa, pero a la vez deben trabajar de forma especial con las poblaciones que tienen peores indicadores sociales y económicos.

La gran dispersión de las poblaciones y la falta de vías de acceso, dificulta la llegada de la salud a los pobres, que esta siendo solventado a partir de distintas estrategias que van desde médicos comunitarios, equipos móviles, paquetes de atención, etc.

## Propuestas

**Establecer mecanismos de coordinación institucional asociados con las características propias del país.** Para ello, es primordial instituir normativas coherentes y flexibles y un modelo de información que permita establecer un diagnóstico certero de las necesidades de la demanda, y la construcción de una matriz de indicadores que den lugar a las reformas. En este contexto, los organismos internacionales tienen un papel fundamental en brindar apoyo en esta dirección, es decir, contribuir con el conocimiento de la experiencia internacional al éxito de sistemas de salud en constante evolución.

### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...Uno de los problemas más serios en algunos países es la debilidad institucional. Con instituciones débiles, la autoridad moral y legal del Estado es poca y puede terminarse en una situación en la que el regulador (sector público) está secuestrado por el regulado (grandes empresas que operan en el mercado y consiguen que las leyes se hagan a su favor)...".*

**Beatriz González L-Valcárcel, España**

*"...Independientemente de la fragilidad, debilidad y fragmentación del Estado, es su obligación desarrollar todos los mecanismos para garantizar a las personas el derecho de acceso a la salud, además, como en el caso de Colombia, desde la constitución se establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado...".*

**Gina Carrioni Denyer, Colombia**

*"...A partir de la llegada del actual gobierno en Bolivia, la línea ha sido recuperar la rectoría del gobierno hacia los distintos operadores y articular el sistema segmentado hacia un sistema único de salud...".*

**Pablo Aguilar Alcalá, Bolivia**

**Implantar mecanismos de solidaridad financiera que permitan cubrir a los que no cuentan con recursos económicos, de forma que los que tengan más aporten más para que puedan acceder los que tengan menos.** Se debe trabajar bajo un enfoque de derechos y de solidaridad para que la salud no se convierta en un negocio.

### Aportaciones de los participantes en el curso

*"En España, un 70% más o menos del gasto sanitario es público. Los gobiernos regionales garantizan la cobertura de atención médica a todos los ciudadanos, y tienen sus propios hospitales...".*

**Beatriz González L. Valcárcel, España.**

*"...Es el Estado el que por obligación debe atender las necesidades de salud y educación de los ciudadanos, por el peligro evidente de la comercialización de la medicina y por la medicalización del servicio, atentando a la economía y bienestar del ser humano. Considero que en salud, es el Estado el que debe regular la prestación de la red de servicios, entregados por el sector público y a través de un sistema nacional de salud, debidamente descentralizado...".*

**Jorge Marcelo Barona, Ecuador.**

*"En El Salvador prácticamente el 75% de la población es atendida por el sistema público, el que desde hace 9 años, atiende gratuitamente a toda la población. La posición es bastante intervencionista, y el Ministerio de Salud es ente rector y prestador de la mayoría de los servicios de salud públicos. Es la institución que tiene más establecimientos a nivel nacional, lo cual garantiza el acceso de la población de áreas rurales alejadas de las principales ciudades...".*

**Eva María Mateu de Mayorga, El Salvador.**

*"En nuestro caso el gasto es mayoritariamente público, dado por la Caja Costarricense de Seguridad Social, quien es el encargado de prestar los servicios de salud, por otra parte tenemos al Ministerio de Salud quien es por ley el ente Rector, regulador, lo cual ha sido bastante beneficioso, pues se evita la duplicidad de funciones y por ende de gastos...".*

**César Augusto Gamboa, Costa Rica.**

**Promover el desarrollo de modelos de atención en salud integrales e interculturales.**

Dentro de las instituciones rectoras de la salud, sería muy positiva la existencia de una instancia que tenga a su cargo el trabajo con los pueblos indígenas, que además cuente con recursos humanos, físicos, y financieros.

**Aportaciones de los participantes en el curso**

*"El incremento de cobertura no sólo al sector indígena sino a toda la población, debe partir de la conciencia política y de la organización de un pueblo, que busque unidad en la diversidad y tolerancia e integración en las formas de encontrar soluciones. La conciencia social se deberá expresar en la constitución política de los países, marco legal que permitirá establecer políticas públicas estables y permanentes en el área de salud".*

**Jorge Marcelo Barona, Ecuador.**

*"Analizando la documentación sobre el desarrollo de la atención social en salud a la población indígena, se evidencia que aun con todo el desarrollo y cobertura de la Caja Costarricense de la Seguridad Social, el sector indígena no está debidamente atendido, por las múltiples dificultades que se enfrentan... además se debe considerar en la planificación la participación de la población, para que expresen sus inquietudes y se incluyan en las actividades del plan".*

**Teresa de Jesús Urbina, Nicaragua.**

**Favorecer la capacidad en la toma de decisiones estratégicas por parte de los organismos públicos,** que son los encargados de velar por el bienestar y la salud de todos los ciudadanos (incluyendo a trabajadores agrícolas y pueblos indígenas).

**Aportaciones de los participantes en el curso**

*"...La acción rectora de la salud en Costa Rica, con todo el sustento legal que tiene, puede establecer una planificación estratégica para desarrollar acciones integrales que involucren a todos los sectores. Se debe iniciar con la atención educativa y la promoción y divulgación de las bondades que los sistemas de Seguridad Social y Salud pueden ofertar a la población indígena...".*

**Teresa de Jesús Urbina, Nicaragua.**

**Implicar a todos los actores involucrados en los procesos de reforma.** Resulta imprescindible la participación en la toma de decisiones de los usuarios de los servicios y el reconocimiento de la diversidad existente en los países.

**Aportaciones de los participantes en el curso**

*"De acuerdo a nuestra experiencia el aspecto legal es básico, sin embargo, la rectoría se construye sobre todo en la concertación, negociación con los actores sociales, estos elementos logran mejores resultados que imponiendo solamente la ley, sino lo hacemos la resistencia sobre todo por parte de los servicios de salud se hace sentir con respecto a la rectoría".*

**César Augusto Gamboa, Costa Rica.**

*"Uno de los factores importantes es el involucramiento de la sociedad en general. La participación social de la población, entendida esta, no como el requisito a cubrir, es darle el valor que merece la población, como beneficiaria de los servicios y participe de las decisiones que se asuman. El compromiso de las autoridades locales, municipales, estatales y del país. La voluntad política, es fundamental para hacer posible la plena cobertura".*

**Keren Jemimah Vallejo Alvarenga, Honduras.**

*"...Se debe considerar la participación de la sociedad en el diseño, implementación y control de las estrategias de atención de la salud".*

**Juan Jesús Lucano Arana, Perú.**

**Formular acciones de protección social flexibles, bajo un enfoque intercultural.** Es necesario dejar de ofrecer los servicios de salud con un enfoque occidental, que sólo trabaja sobre el efecto o sea sobre la enfermedad, y cambiar por un enfoque intercultural que trabaja las causas o los determinantes.

**Aportaciones de los participantes en el curso**

*"...En la formulación de políticas públicas de carácter integral que busquen garantizar los derechos sociales de los indígenas y sus familias a lo largo del ciclo vital (desde la gestación hasta la vejez), el análisis debe ir más allá del concepto de salud -enfermedad y más allá de los conceptos de vulnerabilidad y riesgos y es allí donde el tema de los factores determinantes de la salud entran a jugar un papel fundamental.*

*De otra parte, dentro de los determinantes de la salud, se establece aquel relacionado con la pertinencia cultural y el reconocimiento de los derechos que tienen los pueblos indígenas, no solamente en el sector salud, con miras a disminuir las brechas (epidemiología intercultural), ser partícipes de la toma de decisiones políticas, redistribuir los ingresos y el poder, apoyar la gestión intersectorial desde las comunidades, colaborar en el*

*desarrollo de su autonomía y en los procesos sociales, incorporar a profesionales indígenas en los comités decisorios y generar un cambio de actitud, con una mayor calidad y calidez en la atención.*

*Además de recursos financieros es importante, en primer lugar, generar espacios de consulta con los pueblos indígenas al respecto de su interés (y necesidad) de participar en el sistema de protección social y de qué manera se participaría, así como espacios de concertación de las estrategias para el diseño de un modelo de atención en salud integral e intercultural que posibilite la inclusión de toda la población indígena y el acceso a la prestación de servicios de salud interculturales, con calidad y pertinencia...".*

**Gina Carrioni Denyer, Colombia**

## Reflexiones y propuestas sobre los objetivos de las Reformas

La definición de los objetivos fundamentales es imprescindible para analizar y evaluar la calidad de una reforma sectorial. Como requisito necesario de la gestión y del control sistemático de la calidad de las reformas emprendidas en el sector salud, hay que tener claridad y transparencia en cuanto a los criterios básicos y objetivos prioritarios de una reforma de calidad en el sector salud.

Cada sistema de salud es un reflejo de los valores éticos y morales que reinan en una sociedad. Conscientes de ello, es imprescindible definir y aclarar los criterios y valores que se consideraran fundamentales en todo proyecto de reforma:

- Para evitar arbitrariedades y desconcertos, hay que crear un marco legal y normativo transparente y universal, concertando directrices y estableciendo estándares y prioridades.
- Debido a la cantidad y al poder de los distintos grupos involucrados, no hay reforma exitosa sin un intento serio de equilibrar el poder y los intereses y asegurar la participación de todos los grupos afectados.
- Como condición fundamental de todo análisis y control de calidad, hay que imple-

mentar sistemas de información y de evaluación que permitan un análisis serio basado en evidencias. Para evitar decepciones parece imprescindible definir y plantear objetivos realistas que se pueden alcanzar dentro del período previsto.

Durante las últimas décadas y especialmente a lo largo de los noventa, América Latina ha experimentado profundos procesos de reorganización de sus sistemas de salud. Los objetivos perseguidos fueron variados, destacando:

- La redefinición en la estructura de financiamiento del sistema a fin de brindarle mayor sustentabilidad.
- La ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos y aislados.
- El incremento de la eficiencia en la prestación de servicios.

## Propuestas

**Llevar a cabo una sensibilización de la población haciendo hincapié en la promoción y educación en salud.** Se trata de un objetivo específico que implica una serie de acciones preventivas.

### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...La prevención es la base, pero además sólo nos hemos dedicado a hablar de enfermedad, tenemos que hablar de salud, de estilos de vida saludables, de determinantes de la salud, sin dejar de lado lo intercultural en la estrategia".*

**César Augusto Gamboa, Costa Rica.**

*"...Se debe contar con programas, planes y estrategias para abordar la salud en la población, considerando sus características propias para evitar rechazos por falta de interculturalidad. Dichas estrategias no sólo deben estar orientadas hacia la atención y recuperación de la salud, sino que además debe considerar un fuerte énfasis preventivo promocional, así como el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, vivienda, educación, etc., a fin de reducir el riesgo de enfermedad".*

**Juan Jesús Lucano Arana, Perú.**

**Reforzar la atención primaria, y la promoción de la salud con un enfoque integral, a través de la Seguridad Social.** La experiencia en Europa, en la mayoría de los sistemas, es que la Seguridad Social ha jugado un papel fundamental en la universalización de la asistencia sanitaria, partiendo de los grupos asegurados, extendiendo éstos, ampliando el ámbito familiar de personas protegidas y, en último término, dando el salto a la universalización. Este proceso ha ido acompañado de una financiación inicialmente basada en cotizaciones sociales, en la que cada vez ha ido teniendo más peso la aportación del Estado con cargo a los impuestos generales o específicos.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...El régimen público recibe una serie de críticas respecto a su organización y funcionamiento, sin embargo, debe resaltarse el hecho que las prestaciones que ofrece cubren fundamentalmente a las personas de menores ingresos de la población asegurada, como son los pensionistas, trabajadores del hogar, y trabajadores de menores ingresos. En este sentido el rol de la seguridad social es fundamental, debido que muchas de estas personas, por sus ingresos y las enfermedades que padecen, muchas veces difícilmente podrían financiar sus atenciones".*

**Juan Jesús Lucano Arana, Perú**

*"En Honduras, el papel de la seguridad social en el sistema sanitaria es aun incipiente, cubre el 15% de la población del país, ya que solo en las grandes ciudades cuentan con la infraestructura..."*

**Norma Ondina Bejarano, Honduras**

*"...La Visión de la Seguridad Social es aumentar la cobertura hasta llegar a un 50% de la población económicamente activa y por consiguiente mejorar el nivel de vida de un mayor porcentaje de la población".*

**Teresa de Jesús Urbina, Nicaragua**

*"...La Seguridad Social es la encargada de brindar los servicios de salud de prevención, urgencias, rehabilitación y prestaciones económicas. Tiene una cobertura del 100% del país, un cobertura contributiva del 87% y protege el 66% de la población económicamente activa..."*

**Jacqueline Castillo Rivas, Costa Rica**

**Llevar a cabo programas de formación a profesionales del ámbito sanitario, desarrollando los perfiles de atención más adecuados.** Los recursos humanos son de vital importancia para garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la

población. La calidad de estos recursos supondrá una mejora en la atención de la población, en general, y de los sectores más desfavorecidos en particular.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"... Es necesario trabajar con las universidades para sensibilizar el personal del ámbito de la Salud, mediante la formación en el tema de pueblos indígenas e Interculturalidad..."*

**Noly Coromoto Fernández Hernández, Venezuela**

## Reflexiones y propuestas sobre el diseño y gestión de los Sistemas de Salud

Las reformas de salud no son procesos meramente técnicos en los que simplemente baste definir problemas, plantear soluciones, y estimar costos y beneficios para finalmente escoger las alternativas más efectivas. A esta conclusión llegó la Conferencia Internacional "La Salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos", realizada en Santiago de Chile en marzo de 1999, y en la cual se analizaron los caminos seguidos en las reformas de los sistemas de salud y lo que aún quedaba por hacer.

En los países de América Latina, la toma de decisiones debe involucrar instituciones políticas que requieren de la participación y cooperación de distintos niveles de gobiernos, no sólo en el diseño y rediseño de políticas de salud, sino también en la formulación e implantación de las reformas en este ámbito.

En su diseño original, prácticamente todas las reformas del sector salud proponen mantener y fortalecer los principios de universalidad, equidad y solidaridad, pilares de todo Sistema de Salud.

Estos principios enunciados como pilares del sistema quieren decir:

- Que toda la población debe tener derecho a los mismos servicios de salud (principio de universalidad).

- Independientemente de sus ingresos (principio de equidad).
- A través de mecanismos redistributivos de quienes tienen mayores ingresos a quienes tienen menores (principio de solidaridad).

De ahí que uno de los objetivos de una política de seguimiento de la reforma sea el de contribuir a una implementación que sea coherente con los objetivos que esta reforma se ha planteado. Se trata de conocer hasta qué punto los cambios en el diseño, implementación y gestión están, efectivamente, contribuyendo a mejorar los niveles de equidad y eficiencia en salud. Para ello, se hace necesario describir y analizar los procesos asociados a dicha reforma, así como la dinámica del proceso de implementación y sus contenidos, tener en cuenta las distintas fases de avance y los actores involucrados, y también los mecanismos de gestión de la reforma. Este seguimiento podrá proveer de información relevante para analizar factores críticos y poder formular las medidas oportunas para mejorar los diseños de políticas de reforma en materia de salud.

Sin embargo, los principios postulados por una reforma pueden verse amenazados por el diseño o los instrumentos de gestión que esa misma reforma propone. La reforma del sector salud puede crear un nuevo modelo de organización a través de diferentes mecanismos como acuerdos contractuales entre entidades, centrales y desconcentradas, públicas y privadas, etc. En su conjunto, estas herramientas abren actualmente un conjunto de "portillos", tanto para la privatización de servicios, como para la fragmentación de los servicios del Sistema de Salud.

Cada uno de estos portillos debe abordarse en los propios términos del modelo de reforma que se propone. Esto quiere decir que no se aborda aquí la deseabilidad o adecuación del modelo propuesto en el papel, sino:

- Las inconsistencias entre la propuesta conceptual de reforma y su proceso de implementación, es decir entre el diseño y la gestión.
- Los riesgos que dicha inconsistencia conlleva para el sistema de salud y para los principios de la seguridad social.

A partir de estas consideraciones, se puede afirmar que las principales amenazas que el diseño, implementación y gestión de un modelo de reforma plantean a la Seguridad Social y a los Sistemas de Salud son las siguientes:

- El "soltar amarras" sin planificación, sin establecer lineamientos comunes y sin realizar una planificación estratégica de los servicios de salud provistos por el conjunto de proveedores.
- El negocio que representa la salud para los proveedores privados, y los espacios que la reforma está dejando a intereses particulares que contradicen el interés general de la población.
- La falta de acciones decididas para fortalecer la capacidad recaudadora de las instituciones y para invertir los recursos recaudados en el fortalecimiento de la gestión institucional.
- La falta de una participación ciudadana que permita contar con mecanismos para un conocimiento y rendición de cuentas en cuanto al rumbo estratégico de las instituciones, así como a un control social en materia de ejecución de los planteamientos de la reforma.
- La ausencia de una efectiva rectoría del sector, y la debilidad institucional de aquellas instituciones que deberían ejercer dicha rectoría.

Las políticas y reformas en materia de Salud que se basan en ideas que no han probado su efectividad y/o eficiencia, pueden traer consecuencias negativas, al emplear los escasos recursos en intervenciones que no tengan los resultados esperados. De ahí que todavía siga abierta la necesidad de generar estrategias para la reformulación, diseño y gestión de las políticas públicas en el sector salud de América Latina.

## Propuestas

**Integrar en los sistemas de salud las diferentes culturas que existen en cada país y otorgar cobertura a las diversas realidades.**

Se entiende la complejidad de las sociedades y la

necesaria integración de las diferentes culturas que en ella existen con el propósito de promover espacios de democracia, que permitan el armónico desarrollo de los ciudadanos, unidos en la diversidad.

En el campo de la salud, la Interculturalidad se expresa no sólo en las muy diversas formas de entender y manejar la salud y la enfermedad, sino en su interacción creativa y por lo tanto en el pluralismo médico, promoviendo el mutuo reconocimiento. La Interculturalidad se reconoce claramente en el tema indígena, en que colectivamente tienen definiciones de salud enfermedad que difieren con el sistema estatal, y que es necesario respetar y validar su existencia, sin obligar a que los pueblos indígenas se tengan que enmarcar dentro de un solo modelo, el modelo médico sanitario.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...En Panamá, la asistencia social para poblaciones agrícolas y pueblos indígenas constituye una debilidad. La ausencia de políticas y programas de asistencia social, desde nuestra perspectiva es un problema ético. La desagregación genera exclusión, desprotección y desigual distribución de los recursos o riquezas disponibles..."*

**Fania del Carmen Rivas de Roach, Panamá**

**Generar modelos de salud que realmente respondan a las características, necesidades y problemáticas de las poblaciones**, que tengan cobertura total, que sean accesibles, de calidad, eficientes y eficaces y que tengan en cuenta al individuo y a la colectividad, que sean modelos integrales y para el caso de los pueblos indígenas, interculturales. El apoyo del enfoque intercultural es fundamental para la extensión de la cobertura ante las barreras culturales que no hacen posible el acceso a la población, independientemente de su etnicidad. Este enfoque permite tener en cuenta a los grupos indígenas y otras minorías, desde su ubicación, respetando sus costumbres, para evitar

la generalización y lograr el enfoque de necesidades propias de cada pueblo o grupo.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...Creo que ambos términos (Interculturalidad y Multiculturalidad) son importantes y se deberían de incorporar al diseño de estrategias de salud. En El Salvador el tema de la interculturalidad lo llevan las organizaciones que representan a los pueblos indígenas, no es manifiesto en la agenda política actual; a pesar que este gobierno ha implementado una serie de políticas sociales buscando beneficiar a la población en extrema pobreza..."*

*"La Interculturalidad se vuelve una pieza clave en la extensión de servicios, ya que esta estrategia busca mejorar el acceso de salud a las poblaciones que se encuentran más alejadas de los cascos urbanos, de servicios básicos, personas que sufren la exclusión social, la pobreza, etc. Muchas de estas comunidades son pueblos indígenas, que se encuentran en las tierras que nadie quiere y que buscan una oportunidad en una sociedad que los margina; si se ofertan servicios extramurales y que lleguen a estas comunidades deben de contar desde el inicio con la interculturalidad para poder entender y respetar sus costumbres, la medicina tradicional y la cosmovisión. De lo contrario, esta prestación de servicio no logrará una inmersión comunitaria adecuada y el esfuerzo será en vano"*

**Eva María Mateu de Mayorga, El Salvador**

*"La Interculturalidad permite establecer estrategias y programas de extensión de la cobertura que guardan relación con la cultura de los pueblos. Aspectos que muchas veces no se consideran, razón por la que existen programas de salud que han fracasado, debido a que imponen una manera de ver la salud que no guarda relación con la forma como la ve la población objetivo... La mayoría de estos segmentos no coberturados se encuentran básicamente entre los agricultores y comunidades indígenas, ubicados en zonas alejadas de las ciudades, debido a que el desarrollo de los sistemas de Seguridad Social parten de la ciudad hacia el campo..."*

**Juan Jesús Lucano Arana, Perú**

**Es necesario entregar desde las políticas públicas una señal de respeto a la diversidad y a los derechos de las personas, a partir del enfoque intercultural.** Esto sin duda, allana el camino para integrar a los pueblos originarios a los distintos ámbitos de la seguridad social.

Además, si se plantean frente a los problemas de salud programas con la posibilidad de elegir la atención de medicina estatal o medicina tradicional indígena, con un reconocimiento y respeto entre

ambas, aseguradas por el estado, se obtendría mayor protección social y acceso a la atención de salud.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"El enfoque intercultural como apoyo para la extensión de la cobertura de la protección social para los pueblos indígenas propone avanzar más allá de la dimensión científica y técnica con la que se identifica al modelo institucional de atención a la salud, incorporando, como un elemento innovador por su impacto en la planeación de los servicios y para disminuir las barreras culturales en el acceso a los servicios de salud, elementos que permitieran potenciar la dimensión social y cultural del proceso salud-enfermedad-atención".*

*"Se ha señalado y criticado a la medicina institucional como una medicina que resta importancia a la dimensión psicológica, social y cultural del proceso salud-enfermedad-atención, enfocando los mayores esfuerzos a brindar al personal del sistema médico, una visión orientada a la esfera biológica y tecnológica, en detrimento de una visión que impulse el estudio integral del ser humano, de su cultura y sus repercusiones en la salud".*

*"La omisión de un enfoque intercultural ha ocasionado una práctica médica desarticulada, sin el "ojo clínico social" que debe tener el personal de salud, sin base en las necesidades sentidas por la población y sin compromiso de su impacto ni seguimiento en la población que utiliza los servicios. "Ver con nuevos ojos" propiciará actitudes de respeto, comprensión y apertura por parte del personal de salud hacia la población que atiende, considerando especialmente la enorme cantidad de población multicultural indígena y mestiza, enriqueciéndose con ella. Por otra parte, permitirá ubicar las necesidades y expectativas de la población no sólo indígena, sino toda la amalgama de poblaciones y mentalidades diferenciadas por el género, religión, preferencias sexuales, o el nivel económico".*

**Noly Coromoto Fernández Hernández, Venezuela**

*"Es fundamental el intercambio de políticas que apoyen el enfoque intercultural, ya que con este, a través de las diferentes estrategias se puede ir avanzando en el desarrollo de procesos que tiendan a disminuir las inequidades y abordando los problemas sanitarios para el desarrollo de modelos de salud integrales y culturalmente adecuados".*

**Isabel Margarita Banda Montenegro, Chile**

**La implementación de una política pública en salud específica para la población indígena requiere de los siguientes elementos:**

- Efectuar un análisis de la situación de salud de la población (en este caso de los pueblos indígenas), para lo cual se puede utilizar la metodología de Análisis de la Situación de Salud (ASIS) con una perspectiva intercultural.
- Identificar, conjuntamente con los pueblos indígenas, las necesidades sentidas de las comunidades y sus problemáticas en salud (entendida desde el análisis de los determinantes de salud) y definir estrategias o líneas estratégicas de intervención a las mismas.
- La asignación de recursos financieros que permitan ejecutar planes, programas y proyectos elaborados por las propias comunidades.
- Formar personal indígena y no indígena para la implementación de estas estrategias.
- Conformar equipos itinerantes multidisciplinarios a atender a las comunidades indígenas sin acceso a los servicios.
- Fortalecer la medicina tradicional como enfoque integral para el bienestar personal y comunitario a partir de la conservación del equilibrio o armonía entre la comunidad y la naturaleza, el rescatar la sabiduría ancestral y las leyes de origen que, de acuerdo a las culturas, garantizan la salud de los ecosistemas, las comunidades y los individuos.
- Capacitar y sensibilizar los recursos humanos de la medicina occidental y funcionarios públicos, sobre la visión de la salud y la enfermedad en las culturas de los grupos étnicos, para que tengan una mayor comprensión del tema de la salud en estas poblaciones, puedan adecuar sus diagnósticos y prácticas y contribuyan a la preservación de la medicina tradicional y apropiación de la política del reconocimiento.
- Diseñar, implementar, hacer seguimiento y evaluar, conjuntamente entre el Estado y

los pueblos indígenas, una política de extensión de la cobertura de la protección social en salud, entendida ésta como el conjunto de mecanismos destinados a procurar que la población tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud mediante la asignación de recursos de diverso origen.

- Implementar programas de capacitación e información a la población indígena sobre sus derechos a la protección social, encaminados a disminuir las barreras de acceso a la salud y que les brinden elementos para el fortalecimiento de sus organizaciones sociales propias.
- Implementar programas de sensibilización, capacitación e información sobre los pueblos indígenas, sus características, necesidades y problemáticas, a las entidades encargadas a nivel nacional y regional de la implementación de la protección social.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...Los pueblos indígenas tienen particularidades no sólo culturales y lingüísticas, sino que también tienen patrones y problemas de salud específicos, que requieren de una adaptación de los programas de monitoreo y control a sus respectivas realidades..."*

**Noly Coromoto Fernández Hernández, Venezuela**

*"...Para garantizar el aumento de la cobertura a la protección social de la población indígena, es necesario que quede plasmado en una política pública de protección a pueblos indígenas, la cual sea liderada desde la presidencia de la República, regulada por el Ministerio de Salud como ente rector e implementada por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud..."*

**Eva María Mateu de Mayorga, El Salvador**

**Ofrecer diversidad en los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de los trabajadores agrícolas y pueblos indígenas.** Para ello, se requiere de nuevos enfoques que tengan en cuenta las características específicas de cada país.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...Deberían respetar la diversidad cultural en que se halla inmersa la oferta de servicios de salud. Me parece que una de las debilidades de los procesos de reforma o de extensión de cobertura incluso de la misma protección social radica en haber descontextualizado las intervenciones de sus procesos históricos de reivindicación étnica y cultural de los pueblos y nacionalidades..."*

**Luis Fernando Calderón, Ecuador**

*"...Las prestaciones en salud que se brinden a la población indígena, deben estar de acuerdo a sus necesidades y forma como ellos perciben la salud, la enfermedad con pleno respeto a su identidad cultural en el que exista un diálogo abierto incluyente y respetuoso..."*

**Evangelina Zitle Ferro, México**

**Articular la medicina tradicional con la medicina occidental.** Se podría hablar de modelos médicos pluriculturales que suman materias médicas y saberes como respuestas potenciales para enfrentarse a los procesos de salud-enfermedad, ampliando los modelos explicativos, así como los perfiles epidemiológicos convencionales.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"La gestión y el desarrollo de modelos pluriculturales implican altos niveles de participación social así como de respeto a los procesos históricos de los Pueblos y Nacionalidades en el ámbito de sus Derechos Colectivos."*

**Luis Fernando Calderón, Ecuador**

*"Se debe mejorar el acceso a la medicina oficial disminuyendo las barreras de distancias, lenguaje y trato entre otras, y entregar las prestaciones que esta medicina ofrece para la mejoría de la calidad de vida de la población indígena (vacunas, cáncer y enfermedades crónicas, por ejemplo). Por otro lado, se debe facilitar el acceso a la medicina indígena para tratar las enfermedades que así lo requieren y establecer un conocimiento, comunicación, respeto y posibilidad de derivación fluida entre ambos sistemas. Lo importante es la posibilidad de elegir la atención que se necesita"*

**Wilma Verónica Berg, Chile**

*"En Venezuela los pueblos y comunidades indígenas tienen derecho al uso de su medicina tradicional y de sus prácticas terapéuticas para la protección, el fomento, la prevención y la restitución de su salud integral. Este reconocimiento no limita su derecho de acceso a los demás servicios y programas del sistema nacional de Salud, los cuales deberán prestarse en un plano de igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicios respecto al resto de la población nacional"*

**Noly Coromoto Fernández Hernández, Venezuela**

**Crear centros de atención con especialidad en los pueblos indígenas.** Los profesionales de la salud que trabajen en poblaciones indígenas deben conocer las culturas del pueblo donde operan.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...Su modo de proceder es distinto, estas áreas geográficas tienen otra realidad, su existencia es diferente de aquellos que habitan en las urbes. Son otros escenarios, totalmente diferentes. Por ello, el Estado, a través de los gobiernos locales y regionales, debe construir un modelo de salud de atención integral con un enfoque intercultural aceptando sus costumbres y tradiciones ...".*

**Alemerth Coasaca, Perú**

**Asegurar una prestación de servicios basada en la Atención Primaria en áreas rurales como iniciativa de extensión de cobertura.** Deben priorizarse las áreas rurales de muy difícil acceso, extrema pobreza, desnutrición, altas tasas de mortalidad materna y perineonatal, etc. Los principales beneficiarios serían los trabajadores agrícolas y algunas zonas focalizadas indígenas.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...Esta estrategia se hizo a través de la subcontratación de equipos multidisciplinares (compuestos por médico, enfermera y promotor de salud, opcionalmente nutricionista) que pertenecían a un Organización No Gubernamental. Al inicio del 2005, todo parecía funcionar y la experiencia que se retomaba de Guatemala se veía como exitosa...".*

**Eva María Mateu de Mayorga, El Salvador**

**Dotar a los hospitales, postas y centros de atención de los instrumentos y el material necesario para poder atender adecuadamente a la población, cualesquiera que sean sus características.** Se hace indispensable la movilización de recursos para garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población. Estos recursos, tanto humanos como materiales, tienen como destinataria a la población en su conjunto y se traducen en servicios de promoción, prevención y protección de la salud.

**Ampliar la cobertura de los trabajadores agrícolas a partir de las siguientes consideraciones:**

- Replantear las condiciones de acceso al Sistema de Seguridad Social que se ajusten a las necesidades de los trabajadores agrícolas y de sus familias.
- Favorecer la agrupación de los trabajadores agrícolas, a fin de que estén en posibilidades de autogestionar sus aportaciones a otras modalidades de aseguramiento.
- Buscar espacios legislativos, en los que se conozcan y se atiendan las demandas de los trabajadores agrícolas.
- Incluir en los Sistemas de Salud, como una prioridad de atención a la población agrícola, redes de servicios en unidades de primer contacto y de hospitalización tanto general como de especialidad, acorde a la epidemiología laboral.
- Generar empleos mejor remunerados que hagan atractivo el trabajo agrícola.
- Capacitar en el uso de nueva tecnología y proporcionar los apoyos económicos requeridos para su desarrollo.

#### Aportación del Grupo de trabajo sobre extensión de la protección social a trabajadores rurales (Ciudad de México, junio 2008)

- Promover pactos sociales bajo una rectoría fuerte:
  - Protección social una prioridad nacional con voluntad política.
  - Involucrar los sectores y actores interesados.
  - Creación de grupos de trabajo intersectoriales.
- Desarrollar un enfoque integral de protección social:
  - Generar un consenso con los sectores involucrados respecto a lo que es protección social y competencias sectoriales.

- Compromiso de las instituciones a nivel de salud, empleo, justicia, fiscalidad, educación, seguridad social, seguridad ciudadana, servicios básicos, vivienda, género, diversidad étnica e interculturalidad.
- Considerar la protección social como un derecho y política de estado.
- Modelos de financiación de la protección social que consideren:
  - Contribuciones complementarias o substitutivas sobre la comercialización del producto.
  - Subsidios del estado.
  - Desarrollar paquetes básicos de servicios y prestaciones (salud, educación, pensiones).
  - Incentivos a la formalización relacionados con créditos e incentivos fiscales.
  - Otros.
- Adecuación normativa sobre protección social que tome en cuenta la intersectorialidad:
  - Actualización, modificación y/o creación.
  - Generación de capacidades para cumplimiento de las normas.
  - Difusión normativa.
- Promover convenios con poblaciones rurales para extensión de coberturas.
- Desarrollar alternativas para facilitar el acceso a la protección social por medio de servicios integrales itinerantes.
- Desarrollar abogacía sobre el tema hacia los decisores de políticas y formadores de opinión.
- Desarrollo de recurso humano en protección social:
  - Desarrollar un sistema de formación continua en servicio para todos los niveles y sectores.
  - Incorporar la protección social en el sistema educativo.
- Control Social y rendición de cuentas.

**Establecer prestaciones mínimas nacionales en salud para toda la población, garantizadas por el Estado.**

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"... Es obligación de los estados ofrecer garantías en la salud, a fin de permitir la expresión productiva de sus ciudadanos. Garantizados en la solución de los problemas de salud, al transformar el sistema de prestación de servicios de mercantilizado en humanista, se potencia el poder productivo de un pueblo..."*

**Jorge Marcelo Barona, Ecuador.**

### Reflexiones y propuestas sobre financiamiento de la protección social en salud

En muchos países, el acceso a una atención de salud de calidad se ha ido considerando un derecho del ciudadano, que todavía se niega a la mitad de la población mundial.

Al mismo tiempo, nos enfrentamos a un círculo vicioso, es decir, el crecimiento del PIB, aún cuando es positivo, no alcanza el nivel del crecimiento demográfico, así que los ingresos per cápita disminuyen, a la vez que la población crece. Por estos motivos no hay suficientes recursos disponibles para una protección social efectiva. La situación se agrava aún más debido a la distribución desigual de los recursos.

Los factores económicos de interés en el marco de la protección social en Salud son los siguientes:

- La situación económica global de los países se traduce en una posible disminución del financiamiento público de la salud.
- El gasto en atención de salud en algunos países se basa cada vez más en el gasto privado de los hogares.
- En muchos lugares se implementan y aumentan las tarifas al usuario, lo cual tiene efectos desfavorables en el acceso y la equidad.
- La inexistencia o las condiciones precarias de la protección social hacen que una enfermedad puede llevar al colapso financiero de un hogar.

- En muchos países del mundo, una enfermedad catastrófica tiende a ser la mayor causa de empobrecimiento.
- Frente a la actual crisis económica, social y política, el crecimiento económico está lejos de resolver los problemas sociales, y menos aún lo conseguirá la implementación de mecanismos de mercado.

Es un hecho evidente que la población mundial está envejeciendo, lo que conduce al incremento del gasto en salud ya que las personas mayores suelen necesitar servicios de salud con más frecuencia y de forma regular. Al mismo tiempo, el envejecimiento de la población dará como resultado una sociedad con menos personas económicamente activas y con más gente económicamente inactiva.

En muchos países, la implementación de esquemas aseguradores puede resultar en una manera factible de organizar o reorganizar el sector salud. Hay unanimidad de que la creación de seguros médicos representa un paso decisivo para solucionar los actuales problemas.

Los sistemas de seguros de salud ofrecen una serie de ventajas frente a otros mecanismos o enfoques de reforma:

- Relativa facilidad de creación e implementación de estos sistemas, menores dificultades administrativas que los planes de pensiones o de desempleo.
- Generación de recursos dedicados a cuestiones específicas con un alto grado de participación ciudadana.
- Facilitación del acceso a los servicios de salud en el momento de necesidad mediante la superación o, por lo menos, disminución de las barreras económicas.
- Prevención de la pobreza protegiendo al mismo tiempo eficazmente los ingresos y los bienes familiares de los gastos económicos que supone la atención médica cara.
- Mejoramiento de la cobertura de la población con las siguientes consecuencias sociales:
  - Igualdad de acceso a los servicios de salud.

- Mitigación y superación de la pobreza.
- Promoción de la cohesión social y equidad.
- Mayor flexibilidad y aceptación de los sistemas de seguros de salud, a diferencia de los planes de pensiones, porque ofrecen beneficios inmediatos y accesibles en corto plazo.

### Microseguros<sup>2</sup>

En un contexto de baja capacidad financiera e institucional del Estado, los planes de microseguro pueden aportar recursos complementarios (medios financieros, recursos humanos, etc.) que benefician al sector de la protección social en su conjunto, y contribuyen a facilitar y mejorar la capacidad de actuación de este sector.

Si bien es evidente que desde una perspectiva más estatista se prefieren otros modelos, es necesario no cerrar la visión al objetivo principal que es el que la población acceda a los servicios que le aseguren la salud. Con los planes de microseguros de salud se facilita la utilización de servicios de salud a través de la reducción de las barreras financieras que demoran el acceso. En algunos casos, la calidad de la atención se mejora cuando mediante este procedimiento se firman acuerdos con proveedores de servicios de salud sobre la calidad de la ejecución (disponibilidad de medicamentos, la presencia efectiva del personal sanitario, el uso eficaz de protocolos de tratamiento, etc.). Este contrato con los proveedores también contribuye a aumentar la transparencia en la facturación y, por ende, a mejorar la forma en que se administra el sector de la salud.

Los microseguros como mecanismo de extensión de la protección tienen algunos **valores** añadidos o ventajas comparativas respecto a los sistemas clásicos de seguridad social.

- Cuentan con la capacidad de llegar a los grupos excluidos de los seguros sociales, como la mayoría de las categorías de los

<sup>2</sup> Tomado de: ILO-STEP; GTZ (2006) *Micro-insurance: a component of social protection*, ed. GTZ, OIT/STEP.

trabajadores en la economía informal y los trabajadores rurales.

- Los costos de transacción que son necesarios para llegar a estas poblaciones se han reducido, ya que los planes de microseguro se administran con frecuencia por organizaciones de la sociedad civil que generalmente tienen sede en la proximidad o vecindad de sus poblaciones destinatarias; su personal incluye a los trabajadores sociales que se utilizan para trabajar y comunicarse con estas poblaciones, etc.
- El Micro-paquete de beneficios de seguro se diseña, en la mayoría de los casos, en estrecha colaboración con la población objetivo. Esta participación es mayor en las asociaciones de beneficio mutuo donde la elección del paquete es el resultado de una votación en asamblea general. En otros tipos de planes de microseguro, menos participativos, los grupos destinatarios suelen ser consultados, por ejemplo, a través de encuestas de hogares. Como resultado de ello, el paquete de beneficios es a menudo personalizado es decir, responde a las necesidades de cobertura de la población y asequible con las contribuciones.
- Suelen registrar menos problemas de fraudes y abusos que los sistemas centralizados de protección social ya que regularmente los miembros se conocen entre sí, pertenecen a una misma comunidad y comparten los mismos intereses. Esta proximidad social puede ayudar también en la distribución del producto. Sin embargo, se plantea el problema de la sostenibilidad de los sistemas a pequeña escala y que la debilidad de la presión social para pagar las contribuciones en forma regular como resultado altos niveles de deserción. Algunos sistemas atienden esta cuestión del abandono de cuotas a través de la puesta en práctica de contratos de seguros de grupo (como cooperativas).

Un creciente número de Estados consideran la posibilidad del microseguro como una herramienta para la extensión de la protección social, y lo incluyen en sus estrategias para este propósito. En varios países los planes de microseguro ya forman parte del proceso de diseño y aplicación cada vez

más coherente e integrada en los sistemas de protección social.

El desarrollo de microseguro está en curso, con una proliferación de nuevos sistemas. Esto demuestra que estos planes responden a una demanda real y que contribuyen, al menos en el plano local, a atender determinadas situaciones. Sin embargo, los microseguros afrontan **problemas** que limitan su contribución a la extensión de la protección social:

- La población total cubierta en la mayoría de los países queda lejos de alcanzar a quien lo necesita (poblaciones excluidas de los sistemas oficiales de protección social). De hecho, muchos de estos microseguros (en particular en África) tienen grandes dificultades para extender su zona geográfica o alcance socio-laboral, y aumentar así el número de socios. Muchos planes de microseguro tienen una viabilidad y sostenibilidad precarias.
- La baja cobertura y la precaria sostenibilidad están vinculados con una baja capacidad de gestión (no existen recursos financieros suficientes para contratar personal profesional) y con insuficiencias de los sistemas de información (dificultades para producir información y seguimiento de las operaciones del sistema).
- La capacidad de pago de los beneficiarios es con frecuencia muy baja, lo que conduce también a una cobertura limitada a falta de subvenciones.
- La mayoría de estos programas no asumen las funciones que desempeñan normalmente los regímenes oficiales de seguridad social, tales como la redistribución y la solidaridad entre los segmentos más ricos y más pobres de la población, y no llegan a los segmentos más pobres de los grupos excluidos (los que no pueden contribuir).
- En muchos países el marco legislativo y los reglamentos no están adaptados a estos regímenes y no facilitan su ampliación.
- Los microplanes de seguros son en su mayor parte organizaciones autónomas. Pueden perseguir objetivos que no están en consonancia con la estrategia de protección social del gobierno y sus promotores pue-

den estar poco dispuestos a participar en el diseño y puesta en marcha de sistemas nacionales de protección social, puesto que esta participación podría amenazar su autonomía.

Para superar las limitaciones mencionadas con anterioridad se sugieren tres vías:

- Que los sistemas de microseguro se mejoren e impulse su desarrollo (en términos de población cubierta, ámbito de aplicación del paquete de beneficios, capacidad técnica y financiera, etc).
- Que se desarrollen los vínculos con otros agentes e instituciones (por ejemplo, la externalización de funciones de gestión), así como otros componentes de la protección social y el sector de la salud (la contratación de servicios con proveedores de servicios de salud a nivel local, pero también definiendo marcos contractuales a nivel nacional).
- Que el microseguro se integre de manera coherente y equitativa en los sistemas nacionales de protección social.

#### **Mutua del Campo. Salud por un córdoba al día.**

*¿Usted cree que es posible, a como está la vida, atender su salud y la de su familia por un córdoba diario, 30 mensuales, 360 anuales? Pues esto es lo que ha logrado con la organización la Mutua del Campo. Un ejemplo vivo de cómo la unión hace la fuerza. Marvin Valdivia, presidente del Comité Mutual de Jalapa, amplía más: "En esta situación que vivimos, que a todos nos cobija por igual la pobreza y el abandono, no podíamos quedarnos sin hacer nada ante la falta de atención de la salud que estamos viviendo, por eso nos decidimos a crear un sistema mutual de salud que beneficiara a las personas que no tenemos como pagar medicinas ni médicos privados. Porque están los centros de salud y los médicos, pero las medicinas están en las farmacias privadas.*

*¿Qué es un sistema mutual? Las "mutuas" son asociaciones de ayuda mutua, de socorro mutuo, para resolver un problema común. En el mundo existen mutuas desde hace cientos de años. Hay mutuas de salud, de ahorro y préstamo, para construcción de viviendas, para proveer insumos... En Nicaragua la Mutua del Campo es la primera mutua de salud, que a través de un pequeño pago protege a sus afiliados y a sus familias del campo y la ciudad.*

*¿Cómo se puede hacer con un pago tan pequeño para brindar atención médica y medicamento? Hemos comprobado que de 100 afiliados se enferman al mes unos 30, entonces, los 70 que no se enfermaron, ayudan a los que se enferman. El bueno vela por el enfermo. Hoy por ti mañana por mí. Así, entre todos, aquí en Jalapa nos hemos organizado hasta 600 personas en 15 comités mutuales para tener acceso real a la salud.*

*Hoy tenemos un sistema mutual de salud propio con nuestro médico, nuestra enfermera y el medicamento que necesita cada paciente que llega para curarse..." De esta forma con la ayuda del Fondo de Cooperación para el Desarrollo (FOS) y de la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), ya existen tres mutuas de salud en Jalapa, La Fundadora (Jinotega) y en San Marcos (Carazo), y hay movimientos mutuales en Somoto, La Dalia, San Ramón, Matagalpa, Estelí y Managua, lo que supone unas diez mil personas por todo el país.*

*"Mutua quiere decir que todos aportamos para nuestra salud. Así decidimos tener nuestra propia clínica mutual para, poniendo entre todos un granito, garantizar una atención médica de calidad..."*, explica doña Blanca Herrera, promotora del Comité Mutual de Pasmata, y vocal del Comité Mutual de Jalapa, que amplía más sobre los beneficios que les da su clínica:

*"Aquí en Pasmata, no hay Centro de Salud. Tenemos que ir al de Tauquil pero allí sólo hay una enfermera. Entonces sólo íbamos para ponernos una inyección, a pasar control las embarazadas o los niños. Para pasar consulta con un doctor teníamos que ir a Jalapa, pero como nunca hay medicamento en los hospitales, sólo la receta nos daban. Se sufría muchísimo. Aquí la mayor parte de la gente somos campesinos y obreros agrícolas con un salario de 400 córdobas quincenal. ¿Cómo íbamos a ir donde un médico privado y ajustar para los medicamentos? Ahora, pagando 360 córdobas de una sola vez o en dos cuotas al año, el afiliado, que es el que paga, recibe su consulta médica y su medicamento completo, las veces que lo necesite en ese año, pero además la familia (el cónyuge y los hijos menores de 15 años) también se benefician con la consulta gratuita y la venta del medicamento al costo, porque este es un proyecto social, no un negocio privado.*

*Otra ventaja de nuestra clínica es que aunque sólo tenemos un médico general, si alguien necesita una operación se le da una referencia para el hospital y se manda con todo lo que necesita: gasa, guantes...¡Porque allá hasta el hilo para coserte te piden! Todo esto lo aporta nuestra clínica y después de la operación, cuando ese paciente regresa con su receta médica sellada, también se le apoya con el medicamento que le hayan mandado y se le da seguimiento a su recuperación. Con todas estas ventajas yo que soy agricultora, tengo afiliadas a mis cuatro hijas..."*

## Propuestas

### Se ha debatido intensamente sobre la oportunidad del establecimiento de sistemas de copago para acceder a los servicios de salud.

Este sistema consiste en el aporte de dinero que realizan los afiliados al sistema, correspondiente a una parte del valor del servicio que se demanda y que tiene como finalidad financiar el sistema. Sin embargo, la práctica del copago es contestada desde algunos sectores, al entender que ello produce una fuerte inequidad en el sistema y, desde otra perspectiva, puede ser un freno para grupos sociales, ya que puede limitar el acceso a los servicios de salud de las personas de menores ingresos.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...En el caso de Nicaragua, es difícil concebir el copago sanitario en vista de su subdesarrollado y de una población en su mayoría empobrecida con limitaciones de poder de pago... Sin embargo considero que de lograrse un crecimiento económico en los sectores agrícola, industrial y turístico en un mediano y largo plazo, podría ser aplicado el copago sanitario para mejorar la atención en la salud y la seguridad social..."*

**Teresa de Jesús Urbina, Nicaragua**

*"...Personalmente comparto el cobro del copago para la población asegurada activa como medio para evitar el sobre uso de los servicios pero este deberá estar estrictamente normado y comunicado a la población. La idea es la de garantizar un número de servicios cubiertos sin límites de demanda y sin copagos extras. Y otros de acceso limitado, a una determinada cantidad por año, por lo que superada esta demanda se establecería un cobro de copago en la utilización de los servicios..."*

**Carmen Frutos de Almada, Paraguay**

*"En Chile, en el sistema público, existe copago diferenciado de acuerdo al tipo de prestaciones y al ingreso de los cotizantes. En Atención Primaria, no hay copago para facilitar el acceso al sistema. En los niveles secundarios de especialidad, cirugía y hospitalización copagan los cotizantes, de acuerdo a grupo de ingresos..."*

**Wilma Verónica Berg, Chile**

*"Pienso que el copago trae consigo inequidades en cuanto se deja fuera del acceso a prestaciones que contemplan copago a sectores de menores ingresos, que en el caso de Chile, se atiende gratuitamente en la atención pública y que generalmente lo hace en condiciones más precarias (en cuanto a tiempo y calidad)..."*

**Natalia Elisa Rebolledo Robert, Chile**

*"La aplicación del copago como herramienta para la regulación de la demanda, sin consideración alguna de grupos vulnerables genera inequidad. Si aceptamos que unos de los pilares de la seguridad social es la solidaridad, el copago debe contemplar este criterio..."*

**Pablo Adolfo Saavedra Valicenti, Argentina**

*"...el copago no se está invirtiendo en el mejoramiento de la calidad de los servicios y por ende no está apoyando el financiamiento del sistema; el recaudo se está quedando en las empresas, no se está reinvertiendo en el sistema..."*

**Gina Carrioni Denyer, Colombia**

*"...Ante esta situación creo que se debe de valorar el copago según ingreso, considerando si se garantiza acceso a un sistema de salud equitativo, con personal para atender consulta externa y emergencias que disminuya tiempos de espera, establecimientos a nivel nacional, la parte preventiva fortalecida para incidir en el autocuidado y corresponsabilidad, además del acceso a medicamentos..."*

**Eva María de Mateu Mayorga, El Salvador**

*"...La experiencia paraguaya enseña que en la materia no podemos adoptar posiciones absolutas e inamovibles; si en algunos sistemas el copago rompe principios de equidad, en otros sistemas puede servir para fortalecerla. Todo depende de las particularidades en cada Estado y de la sabiduría de quienes deban tomar las respectivas decisiones"*

**Pedro Halley, Paraguay**

*"La verdad que en mi País no hay equidad en el pago al Seguro Social, ya que el techo es el mismo para todos y los que tienen mayores ingresos pagan lo mismo que los que tienen bajos ingresos. Eso hace que no sea equitativo, por lo tanto, no estoy de acuerdo con el copago..."*

**Keren Jemimah Vallejo, Honduras**

*"Es difícil no vincular el copago con inequidad en el acceso a los servicios o programas sociales: salud, vivienda, recreación, pensiones etc. ya que limita el número de personas que se beneficiarían con el servicio. Pero un copago bien administrado también puede mejorar el acceso a aquellos que por circunstancias económicas, geográficas, culturales o sociales no pueden acceder a servicios de salud... Es necesario garantizar los costos de la seguridad de salud, esto implica tecnologías, acceso a servicios a poblaciones geográficamente difíciles y esto requiere de logísticas costosas. Por lo tanto, es necesario que el copago lo asuma tanto el Estado a través de diferentes mecanismos, como el ente empleador y los trabajadores, de manera que esto dé mayor garantía de acceso a la población y sostenimiento"*

**Noly Coromoto Fernández Hernández, Venezuela**

**Introducir mecanismos de aseguramiento social.** La experiencia sugiere que puede convertirse en un instrumento idóneo para aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos, especialmente con la utilización de un paquete de servicios que sirva como parámetro de comparación en la redistribución de fondos. Sin embargo, la falta de estudios sobre perfil epidemiológico y/o diferencias de riesgo entre regiones de un mismo país, pueden llegar a desvirtuar los alcances de este instrumento.

La instrumentación de cambios en mecanismos de pagos debe estar precedida por un análisis específico para cada país o región de las estructuras en el mercado prestador, las relaciones de poder entre los distintos actores participantes, financiadores, prestadores, clínicas, médicos e intermediarios, a fin de poder prever los verdaderos incentivos que se generan a partir de la incorporación de estos mecanismos alternativos de remuneración.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...Para la realidad de las comunidades indígenas en Venezuela el aseguramiento social en salud todavía no cubre la totalidad, podríamos decir que tenemos actualmente un 65% en cobertura, las adecuaciones interculturales estarían en un 45% de la red de establecimientos. Un seguro obligatorio de asistencia social en salud no es fácil de implementar en las comunidades indígenas en fronteras, dispersas y de difícil acceso. Allí la modalidad estaría enfocada en un modelo de atención intercultural."*

**Noly Coromoto Fernández Hernández, Venezuela**

**Incrementar los gastos de salud para favorecer la extensión de la atención social en salud a poblaciones agrícolas e indígenas.** Este incremento se debe a la lejanía donde están ubicados los sectores indígenas, a la reorganización del sistema y a las limitaciones en las vías de comunicación.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...Creo que los sistemas de salud sufren las consecuencias de no contar con un adecuado sistema previsional. En Perú por ejemplo, se separó el antiguo IPSS en dos instituciones, la ONP dedicada al tema de pensiones y EsSalud como la entidad de Seguridad Social en Salud."*

*Lo que ha ocurrido, es que EsSalud, al ser una entidad que brinda cobertura básicamente a trabajadores del sector formal, no ha extendido su cobertura más allá del crecimiento formal de la economía... Hay una población relativamente joven, que se encuentra laborando sin acceso a los servicios de la seguridad social en salud y sin aportar a un fondo pensionario a futuro. El problema es que esta población cuando llegué a la edad de la jubilación no contará con un seguro de vejez y por tanto, continuarán sin la cobertura de salud de la seguridad social..."*

**Juan Jesús Lucano Arana, Perú**

**Parece de interés la posibilidad de compatibilizar las prestaciones de regímenes públicos y privados.** Sin embargo, conviene recordar la natural tendencia del mundo de la empresa privada a seleccionar a los pacientes más rentables, práctica conocida en el mundo de la gestión sanitaria como selección adversa de riesgos.

#### Aportaciones de los participantes en el curso

*"En Colombia, gracias a la implementación del Sistema General de Seguridad Social Integral, se da el derecho irrenunciable a la salud, convirtiéndose en un servicio público, regulado y vigilado por el Estado, quién permite la intervención y participación de lo privado pero bajo su vigilancia..."*

**Yoleine Núñez Córdoba, Colombia.**

*"...A partir de la llegada del actual gobierno en Bolivia, la línea ha sido recuperar la rectoría del gobierno hacia los distintos operadores y articular el sistema segmentado hacia un sistema único de salud. Desde una perspectiva estatista y de ministerio, veo esto como bueno, sin embargo desde mi perspectiva, veo que no toda la población puede acceder a la salud y los recursos son insuficientes en mi país, por lo que por las características del sistema, todavía son necesarios otros prestadores para brindar salud a toda la población..."*

**Pablo Aguilar Alcalá, Bolivia.**

## Reflexiones y propuestas sobre gestión de la información

La falta de estadísticas vitales o de clasificación por grupos étnicos, sexo y edad, dificulta la generación de políticas y procesos de gestión basados en datos probatorios. Esto representa una amenaza para la formulación de prioridades y para los sistemas de seguimiento y evaluación apropiados para las poblaciones indígenas.

Las políticas nacionales y los acuerdos internacionales orientan a algunos países en la elaboración de programas centrados en los pueblos indígenas y asignan fondos específicamente para los servicios sociales indígenas. Sin embargo, la ejecución de estas políticas en gran parte no cuenta con una buena coordinación y no incluye una participación indígena uniforme en la elaboración o ejecución de estas iniciativas. La falta de comunicación, así como la desintegración y la duplicación de esfuerzos en todos los niveles, impiden la difusión de las enseñanzas extraídas y restringen la sistematización y el uso de la información para entregar productos finales a la sociedad. Además, no se han abordado adecuadamente temas como los derechos de propiedad colectiva, las patentes, la protección de la diversidad biológica y la preservación.

Se requiere un mayor esfuerzo en la ejecución de investigaciones epidemiológicas a nivel analítico o explicativo, que permitan identificar más claramente los factores causales o de riesgo que determinan esas desigualdades, lo que a la vez facilitaría aun más diseñar políticas y programas más efectivos. Ello debe abarcar los ámbitos cuantitativos y cualitativos, estos últimos resultan verdaderamente complejos debido a que es imprescindible un abordaje profundo de aspectos culturales, concepciones y actitudes de las poblaciones indígenas que tienen relación con la salud.

Las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas. El sesgo hacia la medicina e intervención occidental puede ser ofensivo o inapropiado para los profesionales de la medicina tradicional. Encontrar personal sanitario que hable y comprenda los idiomas indígenas es difícil, y la comunicación deficiente entre los prestadores y

los clientes en todos los niveles compromete el acceso a una atención de calidad.

Específicamente, la OPS propone las siguientes líneas estratégicas de acción para la cooperación técnica, para ser desarrolladas entre los años 2007 y 2011:

- Velar por la incorporación de la perspectiva indígena en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio y en las políticas nacionales de salud.
- Mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas, a fin de fortalecer la adopción de decisiones basadas en datos probatorios a escala regional y nacional, y las capacidades nacionales de supervisión.
- Integrar el criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de atención primaria de la salud.
- Forjar alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos clave a fin de promover un avance mayor en pos de la salud de los pueblos indígenas.

La segunda de estas líneas estratégicas de acción pone énfasis en el fomento de la sistematización y el análisis de la información disponible para la incorporación de las variables de pertenencia étnica, el sexo y edad en los sistemas nacional e infranacional de información de seguimiento y evaluación.

Al mismo tiempo, entre los profesionales de la asistencia sanitaria se promoverán aptitudes transculturales, analíticas y de gestión. Se concebirá un programa de investigaciones operativas que contribuya a mejorar la comprensión de la salud de los pueblos indígenas usando, siempre que sea posible, el conocimiento ancestral como referente.

Los indicadores propuestos para monitorear el avance y evaluar los resultados alcanzados pueden ser de utilidad para orientar y desarrollar las actividades necesarias en el logro de los objetivos propuestos.

- Número de países con poblaciones indígenas que cuentan con sistemas de estadísticas vitales y salud pública para vigilar y evaluar la salud de los pueblos indígenas.

- Existencia de una biblioteca virtual regional con datos, marcos conceptuales, métodos y experiencias pertinentes para la salud de los pueblos indígenas y métodos interculturales de atención de salud.
- Número de países con proyectos de investigaciones operativas sobre cuestiones como la armonización de los conocimientos de los pueblos indígenas y del conocimiento convencional sobre la salud, y las prácticas vinculadas con instituciones oficiales y académicas.
- Existencia de un curso de capacitación sobre la inequidad, igualdad y no discriminación en el acceso y uso de los servicios de salud debido al grupo étnico que sea compatible con las normas y tratados internacionales y regionales sobre derechos humanos, ratificados por los Estados Miembros de la OPS; por ejemplo, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial Internacional, entre otros.
- Incorporación del tema de la salud de los pueblos indígenas en la próxima edición de La Salud en las Américas.

### Algunas experiencias

Durante los años 2006 y 2007 Colombia y Venezuela firmaron un convenio para realizar un Análisis de Situación de Salud (ASIS) binacional y priorizar los problemas de salud pública del área de frontera. Dentro de esta propuesta de ASIS se incluyeron indicadores para población indígena.

En el año 2007 se llevó a cabo una reunión de concertación del ASIS para ámbitos de frontera de los países andinos, el trabajo adelantado entre Colombia y Venezuela sirvió como marco de referencia para la propuesta definitiva de guía para el análisis de situación de salud de la zona fronteriza, siguiendo la metodología ASIS, con la cual se pretende obtener información de frontera de cada país, la cual servirá de insumo al plan de salud fronterizo (PASAFRO).

De acuerdo con el Documento Guía para el Análisis de Situación de Salud para las fronteras en ámbitos

de Frontera de los Países Andinos (Abril 2008), este ASIS tiene como propósitos:

- Definir las necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia en la zona de integración fronteriza.
- Formular de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento en la zona de integración fronteriza.
- Construir de escenarios prospectivos e interculturales de salud para orientar la toma de decisiones en la zona de integración fronteriza.
- Permitir la toma de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de las poblaciones de los espacios de frontera con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.
- Facilitar la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la disseminación de información en salud.

La metodología consiste esencialmente en dimensionar los hechos de salud y su distribución en la población de acuerdo a las variables de tiempo, lugar y persona, y detectar los factores condicionantes representados por las variables socioeconómicas culturales, demográficas y medioambientales, así como las características de la respuesta social (representada por los recursos y su organización). Es importante tomar en cuenta que la identificación de los determinantes sociales es la base del trabajo intersectorial para hacer frente a problemas como educación, alimentación, nutrición, déficit de servicios básicos, al mismo tiempo, constituyen variables que permiten priorizar grupos hacia los cuales conducir de manera especial las intervenciones en salud.

La metodología se operacionaliza con la conformación de seis perfiles, cada uno de ellos integrado por un grupo de indicadores:

1. Perfil del entorno territorial (Calendario de festividades, siembra cosechas y de otras actividades de producción, otros hitos importantes, Sitios sagrados –para caso indígenas).

2. Perfil demográfico (Distribución por pueblos indígenas, gitanos, mestizos, afro descendientes, blancos teniendo en cuenta las variables de distribución por sexo, edad y área urbana y rural).
3. Perfil socioeconómico (Promedio de años de escolaridad en mayores de 15 años por sexo y grupo étnico, Organización social (poblaciones especiales), Ubicación de los pueblos indígenas, Resguardos Indígenas (nombre territorio en Colombia).
4. Perfil de mortalidad.
5. Perfil de morbilidad (Causas de atención hecha por médicos tradicionales, Primeras causas de morbilidad sentida por la comunidad).
6. Perfil de recursos, servicios y cobertura en salud ( Coberturas de atención de parto no institucional por personal capacitado o calificado, Número de médicos tradicionales (donde aplique), Área de especialidad de los médicos tradicionales (donde aplique), Otro personal indígena capacitado en áreas de salud (donde aplique), Centros de medicina tradicional (donde aplique), Hospitales culturalmente adaptados (donde aplique), Número de chinchorros o hamacas hospitalarios por institución (donde aplique).

## Propuestas

**En términos de desafíos y contribuciones futuras, la epidemiología debe trabajar para aportar mayor evidencia relacionada con la situación de salud diferenciada en poblaciones específicas: trabajadores agrícolas, pueblos indígenas u otros.**

La vigilancia epidemiológica debe estar enfocada a las condiciones de riesgo de cada grupo específico. El avance de esta materia será de gran valor para intervenir con calidad en los procesos de salud enfermedad de los trabajadores agrícolas y las poblaciones indígenas.

### Aportaciones de los participantes en el curso

*"...En el sistema de seguridad social de Ecuador, lamentablemente esta actividad está casi anulada por los procesos neoliberales privatizadores, que eliminaron el departamento de epidemiología en el año 2000 y ahora hay escasas acciones de este tipo..."*

**Jorge Marcelo Barona, Ecuador**

*"...Es importante ver que la epidemiología es cruzada por lo político, y acciones de seguridad nacional como lo son la vigilancia y control de enfermedades se ven dificultadas por procesos de descentralización, autonomías, aspectos concernientes al marco legal existente y el momento histórico..."*

**Pablo Aguilar Alcalá, Bolivia**

**Introducir mejores procesos de información, registro y análisis epidemiológico en los sistemas de seguridad social.** Es necesario incorporar la variable etnia a los sistemas de información de manera que permita visibilizar las inequidades y brechas en las comunidades indígenas.

La epidemiología debe aportar más en el conocimiento de la situación de salud de las comunidades indígenas y de áreas rurales, no sólo a través de la vigilancia, sino a través de la investigación, el análisis de la situación de salud y de la evaluación del impacto de las políticas y los programas implementados (Ricardo Batista, 2008).

Actualmente, la epidemiología debe de ser más amplia, más comprensiva, con una teoría de causalidad de la enfermedad más integral, que reconozca la historia y distintas maneras de entender la salud y la enfermedad, así como también sus determinantes, especialmente los aspectos socioculturales. Esta rama de la Salud se hace cada día más necesaria para la transformación de una sociedad más equitativa.

### Aportaciones de los participantes en el curso

*"En el caso de El Salvador, en el área de epidemiología los datos que se recolectan y aparecen en la vigilancia diaria y dentro del sistema de estadísticas oficiales no contemplan la dimensión étnica. Actualmente no hay propuestas que evidencien la necesidad de contar con ellos. Lo más cercano con lo que se cuenta son indicadores que pueden obtenerse por área urbana o rural"*

**Eva María Mateu de Mayorga, El Salvador**

*“En Chile, se cuenta con información de etnias, factores determinantes e indicadores de salud desagregados a nivel de comunas, con la dificultad de interpretar algunos (como la mortalidad infantil por ejemplo) en lugares con poca población. En la Región de la Araucanía, que es la que concentra la mayor cantidad de población mapuche en áreas rurales, se realizó hace un par de años un estudio, financiado por el FONASA...”.*

**Wilma Verónica Berg, Chile**

*“...En Nicaragua, no hay políticas exclusivas de atención en salud a los trabajadores agrícolas ni a las comunidades indígenas. Los resultados de las acciones de investigación y estudios epidemiológicos serán insumos importantes para las instituciones que tienen bajo su responsabilidad el desarrollo de políticas y atenciones hacia estos sectores...”.*

**Teresa de Jesús Urbina, Nicaragua**

*“...La falta de estadísticas sobre el estado de la salud en territorios indígenas, y aun de la categoría “indígena” en los formularios nacionales de epidemiología, son un reflejo de lo invisible que ha sido tradicionalmente esta problemática para el estado venezolano...”.*

*“El Ministerio de Salud de Venezuela viene desarrollando desde 2004, actividades centradas en Salud y Pueblos Indígenas, pasando progresivamente a ser una Dirección General con presencia en 8 estados del país; constituyéndose desde el año 2006, en una unidad técnica específica. A partir de estas informaciones epidemiológicas preliminares se evidenciaron brechas de mortalidad y de los diferentes patrones de morbi-mortalidad entre pueblos indígenas, marginalidad en la estructura social y con los modos de vida de los pueblos indígenas...”.*

*“Actualmente en Venezuela, después de dos años de discusión se incorpora la variable etnia a los sistema de información epidemiológica como primer paso para conocer los determinantes del estado de salud de las poblaciones indígenas y, a partir de ellas tomar decisiones adecuadas que garanticen un acceso a la salud equitativamente, eficiente y adecuado a las realidades culturales particulares de los pueblos indígenas”.*

**Noly Coromoto Fernández Hernández, Venezuela**

*“En el caso de Colombia, la epidemiología ha cumplido un papel fundamental en la definición de las prioridades en salud pública que se deben atender, pero desafortunadamente la información que se genera es global, y no se ha logrado una discriminación o diferenciación para el caso de los grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, gitanos y raizales)... Gracias a estudios epidemiológicos se ha logrado establecer enfermedades por grupos poblacionales entre los cuales se cuentan los indígenas”.*

**Gina Carrioni Denyer, Colombia**

*“En el caso de Bolivia, se han hecho varios documentos de diagnóstico a partir de Epidemiología en distintos momentos, sin embargo, la dinámica acelerada de los determinantes de la salud, que hace que estos escenarios cambien rápidamente, surgiendo problemas de salud relacionados con condiciones ambientales (enfermedades relacionadas con agua principalmente) u otras endémicas como la rabia-malaria que se hacen epidémicas estacionalmente...”.*

**Pablo Aguilar Alcalá, Bolivia**

*“La epidemiología en Panamá ha contribuido al análisis de la situación de salud y a la vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria. Se dispone de una sección de análisis y tendencias en salud, que corresponde a la Dirección de Planificación, por lo que los datos disponibles para el análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas, han sido objeto de revisión, identificándose la necesidad de mejorar el registro y el sistema de información sobre este tema...”.*

**Fania del Carmen Rivas de Roach, Panamá**

*“...Específicamente en la Seguridad Social no tenemos actualmente indicadores que midan desigualdades sociales o poblaciones que están excluidas, pero se está trabajando para ello por medio de un programa de salud familiar mostrando las desigualdades del sistema. Además de lo anterior, no tenemos indicadores de vulnerabilidad. Este nuevo enfoque de epidemiología es la epidemiología social...”.*

**Engels Alexis Sandoval Coello, Honduras**

*“En México, la epidemiología ha sido un apoyo muy importante pues nos ha ayudado a evitar la propagación de enfermedades causadas por vectores como es: el dengue hemorrágico, la gastroenteritis producida por shigela, y diarreas que ha ocasionado enfermedades como el cólera”.*

**Luis Fernando Cab Nicoli, México**



# A1

Bibliografía

Documentación generada en el curso on line  
"Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección  
Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas"

Enlaces de interés



## Bibliografía

- ALMEIDA, C., (2002), "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90". *Cad. Saúde Pública*, vol.18, no.4, p.905-925
- ARIZA, J. F. (2007), "Equidad de etnia en Salud en Bogotá, Colombia, 2007", en *Seminario Internacional de Equidad en Salud: posiciones e implicaciones*, del Doctorado Inter facultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- ARRIAGADA, I., ARANDA V. y MIRANDA F. (2005), "Políticas y Programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas", en *Serie Políticas Sociales*, número 114, Santiago de Chile.
- ARTAZA BARRIOS, Osvaldo; SACOTO AÍZAGA, Fernando; YGLESIAS BEDOYA, Arturo; YÁÑEZ MONTEVERDA, Leopoldo; MARTÍNEZ MARTÍN, Félix; TORRES-GOITIA, Javier (2004), *Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la Subregión Andina*, Ed, Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue.
- BANCO MUNDIAL (2007), *Más allá de la supervivencia: proteger a los hogares contra la crisis de salud en América Latina*, Banco Mundial, Stanford University Press, Washington, DC
- BOLIS, M., (2005), El derecho a la salud desde el enfoque de la extensión de la protección social, en *Jornadas Subregionales de Defensores de Derechos Humanos*, San José, Costa Rica, 14-16 de marzo.
- BONILLA GARCÍA A. y GRUAT J.V. (2003), *Protección Social, una Inversión durante todo el Ciclo de Vida para propiciar la Justicia Social, reducir la Pobreza y fomentar el Desarrollo Sostenible*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
- BRUMER, A., (2002), "Previdência social rural e gênero", *Sociologías*, número 7, p.50-81
- CHAVES GARCIA, M., CARDOSO MOREIRA A. y ALMEIDA, C., (2006) "Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas", *Cad. Saúde Pública*, vol.22, número 2, p.295-305
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL (2005), *Panorama 2005. El nuevo patrón de desarrollo de la agricultura en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL (2006), *Panorama Social de América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL (2006), *Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, CEPAL, Santiago de Chile.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL (2006), *Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, CEPAL, Uruguay.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL (2007), *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL (2007), "La cohesión social en los países desarrollados: conceptos e indicadores" en *Serie de Estudios estadísticos y prospectivos*, núm. 55, Santiago de Chile.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL (2007), *Panorama Social de América Latina 2007*, CEPAL, Santiago de Chile.

DE SOUSA SANTOS, B. (1999): *Reinventar la Democracia. Reinventar el Estado*. Sequitur, Madrid.

DURÁN VALVERDE F., (2006), "El impacto de un mercado laboral informal en la viabilidad de las instituciones de seguridad social. Mercado laboral informal y estrategias para aumentar la viabilidad de las instituciones de seguridad social" en *Conferencia Regional Americana*, Belice, 28-31 de mayo.

ESPINOZA, H. y RIOS, Vanessa (2006), *Mecanismos de protección social de salud en el sector informal urbano del Perú*, Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación (CEDEP), Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).

ESPINOZA, M., (2003), *Trabajo Decente y Protección Social*, OIT, Santiago de Chile.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (Coord.) (2004): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ediciones Abya-Yala, Quito.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (Coord.) (2006): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural*. Ediciones Abya-Yala, Quito.

FORASTIERI, V., (2000), *Programa de la OIT sobre Seguridad y Salud en la Agricultura. El reto para el siglo XXI: prestar servicios de seguridad y salud en el trabajo a los trabajadores del agro*, OIT

FREIJE S., (2001), "El Empleo Informal en América Latina y el Caribe: Causas, consecuencias y recomendaciones de política" en *Primer Seminario Técnico de Consulta Regional sobre Temas Laborales*, Panamá.

FUNDACIÓN ACCESO PÚBLICO (2007), "Una mirada a los seguros materno infantil", en *Boletín Electrónico Datos y Hechos*, 3, La Paz (Bolivia).

FUNDACIÓN INTERNACIONAL Y PARA IBEROAMÉRICA DE ADMINISTRACIÓN Y

POLÍTICAS PÚBLICAS, FIIAPP, (2008), *Políticas e instituciones incluyentes: reformas hacia la Cohesión Social en América Latina*, FIIAP, EUROsocial. Madrid.

GARCÍA M., (2006), *Avances, Obstáculos y Desafíos de la Reforma del Sistema de Protección Social en Salud en República Dominicana: Función Financiamiento*, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud, Santo Domingo.

GERSCHMAN, S., (1999), "Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud: Un balance del final del milenio." *Cad. Saúde Pública*, vol. 15, no. 2, pp. 293-302.

GIRÓN, S. L., MATEUS, J. C. y CASTELLAR, C. E. (2006) "Análisis de costo-efectividad de dos intervenciones para el control de la malaria en el área urbana de Buenaventura, Colombia", en *Revista Biomédica*, 26:379-386.

GUERRA DE MACEDO C., (2001), "La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano", en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, número 19, febrero, Caracas.

HERNÁNDEZ GÓMEZ, L. (2002), "Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana", en *Revista Cubana Salud Pública*, vol. 28, número 3.

HOLST J., WEIBE I., (2004), *Universalidad con solidaridad. Protección social y financiamiento de salud en América Latina*, The Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Frankfurt.

HOLST, J. (2002): *Protección Social en Salud. Su significado*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador.

HOLST, J. (2003), *Universalidad con Solidaridad: Protección Social y el Financiamiento de la Salud en América Latina – Principios Básicos de los Países Europeos en Política Social*, The Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) y CEPAL

INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE LACRSS (2002), *Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la*

República Dominicana, Organización Panamericana de la Salud.

INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE LACRSS (2002), *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina*, Organización Panamericana de la Salud.

JACQUIER, C. (2003), "La protección social en la agricultura", *Educación obrera*, N°. 131-132: 35-40

JIMÉNEZ LARA, A. (Coord.) (2007): *Extensión de cobertura de la Protección Social en Salud en los sectores Agrario e Indígena: Bibliografía, modelos y experiencias clave en América Latina y Europa. Documento Técnico*. OISS y Programa EUROsociAL Salud, Madrid.

JIMÉNEZ LARA, A. (Coord.) (2007): *Extensión de cobertura de la Protección Social en Salud en los sectores Agrario e Indígena. Dossieres Nacionales*. OISS y Programa EUROsociAL Salud, Madrid.

LEVCOVITZ, E., (2006), "Nuevas estrategias para extender la protección en salud. Desafíos de la protección social para la organización de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe", en *Conferencia Regional Americana*, Belice, 28-31 de mayo.

LÓPEZ, I. (Coord.) (2007): *Género y políticas de cohesión social. Conceptos y experiencias de transversalización*. Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIAPP), Madrid.

MACEIRA, D., (2007), "Actores y reformas en salud en América Latina", *Nota Técnica de Saúde*, número 1/2007, Banco Interamericano de Desarrollo.

MACHINEA, J. L., (2006), *Los desafíos de la protección Social en América Latina y el Caribe*, Fundación Carolina, Santiago de Chile.

MADIES, C., CHIARVETTI, V. S. y CHORNY, M. (2000), "Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud", *Revista Panamericana de Salud Pública*, julio-agosto, vol. 8, número 1-2, p.33-42

MARTÍN CARRETERO, J.M. (2008): *Participación de la sociedad civil y cohesión social*. Fundación

Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIAPP).

MESA-LAGO, C., (2005), *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, CEPAL, Santiago de Chile.

MESA-LAGO, C., (2006) "La extensión de la cobertura de salud en América Latina: problemas y políticas" *Conferencia Regional Americana*, Belice, 28-31 de mayo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (Guatemala) y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002), *Protección Social en Salud: Guatemala*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, OPS, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), Guatemala.

NACIONES UNIDAS (2008), *Objetivos de desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

O'NEILL, J., BARTLETT, J., MIGNONE J., (2006), *Best Practices in Intercultural Health*, Banco Interamericano de Desarrollo

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO -STEP; GTZ (2006) *micro-insurance: a component of social protection*, ed. GTZ, OIT/STEP.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT (2002), *El trabajo decente y la economía informal*, Conferencia Internacional del Trabajo, OIT, Ginebra

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT (2005), *Panorama Laboral 2005. América Latina y el Caribe*, OIT, Perú.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS (1999), "Elementos para el Análisis Comparado de la Extensión de la Cobertura Social en Salud en América Latina y el Caribe", en *Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS: Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*, México, 29 de noviembre al 1 de diciembre.

OMÁN, J., (2003), *Universalidad en Solidaridad: Protección Social y el Financiamiento de la Salud en América Latina – Sinopsis de las Estrategias de*

*Reforma de los Sistemas de Salud en Europa*, The Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) y CEPAL

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN, FAO, (2005), *El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación 2005*, FAO, Roma.

ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL, OISS (2007), *Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos*. Secretaria General de la OISS.

ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL, OISS (2007): *IV Premios OISS. Protección social en Salud*. Secretaría General de la OISS, Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006), *Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud, OMS*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002), *Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo*, 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2004), *Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia*, UDAPE-OPS/OMS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2006), *La salud de los pueblos indígenas en las Américas*, 138ª Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, 19-13 de junio.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007), *Exclusión social en salud. Paraguay 2007*, Programas de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud/Tecnología, y Prestación de los Servicios de Salud - Paraguay, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) y AGENCIA SUECA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (ASDI), (2007), *Diálogo Social -*

*Como Herramienta para la Extensión de la Protección Social en Salud*, Washington, D.C.: OPS,

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS, *Iniciativa Salud de los pueblos indígenas. Lineamientos estratégicos y plan de acción 2003-2007*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS, *Programa Salud de los pueblos indígenas en las Américas. Plan de acción 2005-2007*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS/ Organización MUNDIAL DE LA SALUD, OMS (2001), *Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud*, Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Washington DC.

PERTICARA, M., (2008), "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos" en *Serie Políticas Sociales*, núm. 141, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago de Chile.

PETRERA M., OPS/OMS Perú (2004), Factibilidad Económica de la Extensión de la Protección Social en Salud. Aplicación al caso peruano, *XI Curso Taller OPS/OMS CIESS Legislación de Salud: Marco Regulatorio para la Extensión de la Protección Social en Salud*, México DF, 6-10 septiembre.

PORTO, S. M. (2002), "Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en sistemas de salud", en *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4):939-957.

PROGRAMA ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS CONTRA LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LA POBREZA STEP, (2001), *Hacia un trabajo decente: Una protección social en salud para todos los trabajadores y sus familias. Marco conceptual del programa STEP en materia de extensión de la protección social en salud*, Oficina Internacional del Trabajo.

QUESADA CAMACHO, J.R., MASIS IVERSON, D. et als. (1997): *Costa Rica Contemporánea: Raíces del Estado Moderno*. Universidad de Costa Rica.

REY, P. y REY, J. "¿Diecisiete sistemas distintos de salud?", en *El País*, 6 de Mayo, 2008. Madrid.

- RODRÍGUEZ DE BASTIDAS, M. E. (Coord.) (2006): *Derechos y deberes de los grupos étnicos en el marco de la protección social*. Ministerio de la Protección Social, Bogotá.
- ROSENBERG., H., y ANDERSSON, B., (2000), "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, volumen 8, número 1-2, p.118-125.
- SALLERAS SANMARTÍ, L., (1985), *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid.
- SALTMAN, R. B. y FIGUERAS, J. (1997): *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- SANS, M, y HIDALGO, P. C., (2002) "Los sistemas de salud de Cuba y Uruguay en el contexto de América Latina: una reflexión", *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 7, no. 1, pp. 169-173.
- SECRETARIA DE SALUD (México) (2004), *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*, Secretaria de Salud, México, Distrito Federal.
- SEVILLA, F. (2006): *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*. Fundación Alternativas. Documento de trabajo del Laboratorio Alternativas 86/2006. Madrid.
- SOJO, A., UTHOFF, A., Editores (2007), *Cohesión Social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago de Chile
- SOTO, E. "La necesidad de articular políticas en la reforma del Sistema de Salud", en *DiarioSalud.net*, 13 de Junio, 2008.
- TITELMAN, D., UTHOFF, A., y JIMÉNEZ, L. F. (2000), "Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, julio-agosto, vol. 8, número 1-2, p.112-117
- ULYSSEA, G., (2006), "Informalidade no mercado de trabalho brasileiro: uma resenha da literatura. *Revista de Economia Política*, vol. 26, número 4, p.596-618
- UNIDAD DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS y MINSAL (Coord.) (2006): *La experiencia internacional en materia de reconocimiento de la medicina tradicional indígena. Estudio de derecho comparado en cinco países de América*. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL), Santiago de Chile.
- UNIDAD DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS y MINSAL (Coord.) (2006): *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL), Santiago de Chile.
- UTHOFF, A., VERA C. y RUEDI N., (2006), Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe en *Serie: Financiamiento para el Desarrollo*, número 169, Santiago de Chile
- WHITEHEAD, M. y DAHLGREN, G.: *The concepts and principles for tackling social inequities in health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

## Documentación generada en la 1ª Edición del Curso on-line “Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas”

AGUILAR ALCALÁ, P.: *La extensión de la protección social en Salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas con Interculturalidad. La experiencia de Bolivia.*

BATISTA MOLINER, R.: *Epidemiología aplicada a la Salud de trabajadores agrícolas y pueblos indígenas.*

CARRIONI DENYER, G.: *Antropología en Salud.*

FREIRE, J. M.: *Visión general de los sistemas de Salud en el sector agrícola en Europa.*

GAMBOA, C. y CASTILLO RIVAS, J.: *El sistema costarricense de protección social en Salud en el sector agrario. Evolución de la cobertura de la Seguridad Social en Costa Rica.*

GAMBOA, C. y CASTILLO RIVAS, J.: *El sistema costarricense de protección social en Salud en el sector agrario. El sistema de Salud y de Seguridad Social en Costa Rica.*

GAMBOA, C. y CASTILLO RIVAS, J.: *El sistema costarricense de protección Social en salud en el sector agrario. Situación de la población indígena.*

GONZÁLEZ LÓPEZ, B.: *Economía de la Salud.*

JACOB SÁNCHEZ, F. M., y JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, A.: *Financiación, organización y gestión de los sistemas de Seguridad Social.*

JACOB SÁNCHEZ, F. M. y JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, A.: *Las reformas de los sistemas de Seguridad Social en Europa e Iberoamérica.*

KLASSEN, E.: *La experiencia de la Interculturalidad y extensión de la cobertura en Salud de la población indígena en Paraguay.*

MENEU DE GUILLERNA, R.: *Conceptos básicos de Salud.*

NUÑEZ, D.: *La experiencia francesa en materia de cobertura de las poblaciones agrícolas vía el papel de la mutualidad social agrícola y su transferibilidad a través del ejemplo de un proyecto en Túnez.*

PANIZO ROBLES, J. A.: *Concepto, evolución y estructura de la Seguridad Social.*

PANIZO ROBLES, J. A.: *Las prestaciones de los sistemas de la Seguridad Social.*

PANIZO ROBLES, J. A.: *Cobertura de la protección social en Salud del sector agrícola en España.*

RIVAS ANTÓN, A.: *Visión histórica-estrategias de reforma y cambio en América Latina para la extensión de cobertura de protección social en Salud.*

SÁEZ SALGADO, M.: *Protección en Salud a pueblos indígenas e Interculturalidad.*

SCHILLING MENDOÇA, C.: *La atención en Salud en las áreas de agricultura familiar de Brasil.*

TREJO SANDOVAL, M.: *Redes comunitarias de Salud con especial referencia a la experiencia en México y la zona maya.*

## Enlaces de interés

### Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS)

<http://www.oiss.org/>

Portal de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), organismo internacional de carácter técnico y especializado que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por el idioma español y portugués mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social.

### Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III

<http://fcsai.isciii.es/>

La Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III fue creada en marzo de 2000, teniendo la naturaleza de Fundación del sector público estatal, promovida por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). El objetivo de la Fundación es la cooperación internacional en el campo de la salud.

### Programa EUROsociAL

<http://www.programaeurosocial.eu/>

EUROsociAL es una iniciativa de cooperación técnica de la Comisión Europea para promover la cohesión social en América Latina a través del intercambio de experiencias entre administraciones públicas responsables de la administración de la justicia, la educación, el empleo, la fiscalidad y la salud. Su objetivo es fortalecer capacidades institucionales de gestión de políticas públicas en estos sectores para transformarlas en auténticos vectores de cohesión social.

### Programa EUROsociAL Salud

<http://salud.programaeurosocial.eu/>

El objetivo del proyecto EUROsociAL Salud es fortalecer los conocimientos, capacidades y vínculos entre actores políticos e institucionales latinoamericanos del área de salud con sus pares europeos, para contribuir al desarrollo sostenible de políticas públicas de salud orientadas a la reducción de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social.

### Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP)

<http://www.fiiapp.org/>

Creada en 1997, la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP) es un instrumento de carácter fundacional para la acción exterior en el ámbito de la cooperación para la gobernabilidad democrática y el fortalecimiento institucional. Opera al servicio del sector público y moviliza en el ámbito internacional el "saber hacer" de los empleados y empleadas públicos y las buenas prácticas existentes en el conjunto de las administraciones públicas españolas.

### Organización Panamericana de la Salud. Sección sobre la salud de los pueblos indígenas.

<http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig-home.htm>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y

actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

### **Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)**

<http://www.eclac.org/>

Portal de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas. La CEPAL colabora con sus Estados miembros en el análisis integral de los procesos de desarrollo y promueve el desarrollo económico y social mediante la cooperación para la integración a escala regional y subregional, la planificación de proyectos de cooperación técnica, la organización de conferencias y reuniones de grupos intergubernamentales y de expertos y la incorporación de la perspectiva regional sobre los problemas mundiales en los foros internacionales.

### **Fondo Indígena**

<http://www.fondoindigena.org/index.shtml>

El Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe, Fondo Indígena, es el único organismo multilateral de cooperación internacional especializado en la promoción del autodesarrollo y el reconocimiento de los derechos de los Pueblos Indígenas.

Se creó en 1992, mediante Convenio Constitutivo, en la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Madrid, España. De esta forma, es uno de los Programas de Cooperación Iberoamericana.

### **Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPI)**

<http://www.sisppi.org/>

El Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPI), desarrollado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), se enmarca en el Proyecto "Sistema de Información para Pueblos Indígenas (SIPI)", del Fondo Indígena, el cual surge para contribuir al acceso y calidad de los recursos de información para y sobre los pueblos indígenas. Esta iniciativa responde a demandas de

organizaciones indígenas y de instituciones gubernamentales que requieren de información pertinente, confiable, oportuna y de calidad sobre los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas.

### **Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario. Banco Interamericano de Desarrollo**

[http://www.iadb.org/sds/IND/index\\_ind\\_s.htm](http://www.iadb.org/sds/IND/index_ind_s.htm)

La Unidad de Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario (SDS/IND) del Departamento de Desarrollo Sostenible (SDS) se creó en 1994 para apoyar el trabajo del Banco integrando en forma sistemática los temas relacionados con los pueblos indígenas en sus políticas y proyectos y, además, promover la pertinencia sociocultural de las operaciones. SDS/IND juega un papel importante en la promoción de un desarrollo que sea compatible con las aspiraciones y derechos colectivos e individuales de los pueblos indígenas. En este marco, esta Unidad cumple el rol de contribuir a la calidad sociocultural de las operaciones, apoyando en forma proactiva la identificación temprana de proyectos de apoyo a los pueblos indígenas. La Unidad, también, contribuye a la revisión de la calidad de otros proyectos para evitar, mitigar o compensar impactos negativos sobre pueblos indígenas, buscando su participación y acuerdo. La Unidad, además, está encargada de la implementación de la Política Operativa de Reasentamiento Involuntario (1998) y de temas relacionados con el desarrollo comunitario.

### **Economía Informal y Formación**

<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/informal/index.htm>

El sitio "Economía informal" pretende, mediante la puesta a disposición de un banco de recursos, colaborar en el análisis y mejor comprensión de las situaciones que día a día debe enfrentar un número cada vez mayor de mujeres y hombres latinoamericanos. Intenta transformarse en una herramienta para presentar instrumentos y marcos de referencia sobre las políticas que permiten abordar de manera más adecuada las necesidades de la economía informal y, por ende, avanzar hacia la igualdad de oportunidades.

**Estrategias y técnicas contra la exclusión social y la pobreza**

<http://www.ilo.org/public/spanish/protection/secsoc/step/index.htm>

STEP es un programa mundial de Departamento de Seguridad Social de la OIT, centrado en las poblaciones pobres y excluidas en la economía informal así como en el medio rural. STEP trabaja en dos ámbitos complementarios: la extensión de la seguridad social en el ámbito de la salud y los enfoques integrados de lucha contra la exclusión social a nivel local.

**Asociación Internacional de la Seguridad Social**

<http://www.issa.int/span/homef.htm>

La Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) es una organización internacional que agrupa esencialmente a organizaciones e instituciones encargadas de administrar cualquiera de los aspectos de la seguridad social en los diferentes países, es decir todas las formas de protección social obligatoria que, en virtud de las legislaciones o de las prácticas nacionales, forman parte integrante de los regímenes de seguridad social de dichos países.

**Fortalecimiento de los sistemas de salud en América Latina**

<http://www.lachealthsys.org/>

Este portal ha sido diseñado para destacar el compromiso de la OPS/OMS y la Agencia de los

Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) con la mejora de los sistemas de salud en la Región de las Américas. El sitio electrónico actualizado incluye tres nuevas secciones: (1) Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP); (2) Sistemas de Información en Salud; y (3) Rectoría.

**Observatorio de la Seguridad Social Rural**

[http://www.renatre.org.ar/oiss/oiss\\_1.html](http://www.renatre.org.ar/oiss/oiss_1.html)

El Observatorio de la Seguridad Social Rural tiene por finalidad llevar a cabo, en grado de especialización, actividades de investigación y documentación en el ámbito social de esa actividad productiva. A tal fin, mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de las variadas experiencias existentes en Seguridad Social, el Observatorio permite alcanzar su máxima expresión en materia de investigación continua bajo formas de colaboración recíproca, no por simple interés académico sino con la finalidad esencial de aportar ideas y proyectos que resulten de utilidad para promover el bienestar social de los habitantes de los países iberoamericanos. En apoyo de esos propósitos, la mecánica propia del Observatorio permite acceder al conocimiento de las novedades que se produjeran en ese ámbito para su sistematización y posterior difusión para apoyar la toma de decisiones en la temática de la Seguridad Social Rural.

# A2

Entrevista a Noly Coromoto Fernández Hernández

Experiencias aportadas por los participantes en el curso on line  
"Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección  
Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas"



## Entrevista a Noly Coromoto Fernández Hernández



**Noly Coromoto Fernández Hernández es Directora del Servicio de Salud Indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Pertenece a la comunidad indígena Wayuu, asentada en el noroeste de Venezuela.**

**Pregunta:** *¿Podría decirnos cuáles son los principales objetivos de la Dirección Nacional de Salud Indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud del Gobierno Bolivariano de Venezuela?*

**Respuesta:** Las acciones en salud intercultural llevadas a cabo en la República Bolivariana de Venezuela han estado orientadas en el marco constitucional de 1999, donde se establecen los lineamientos fundamentales del Sistema Público Nacional de Salud; en particular basados en el artículo 122 que establece que “los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos”. Asimismo, se inscriben en el marco de la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas del 2005 la cual, en el capítulo sobre la salud y la medicina indígena, desarrolla el derecho de los pueblos y comunidades indígenas al uso de su medicina tradicional y sus prácticas terapéuticas, la incorporación de la medicina tradicional indígena al Sistema Nacional de Salud, la participación indígena en los programas y servicios de salud, el uso de los idiomas indígenas en la atención en salud, la capacitación y formación del personal de salud y la definición y coordinación de las políticas de salud con la participación de los pueblos y comunidades indígenas.

Con la finalidad de viabilizar la implementación de estos imperativos jurídicos, éticos y políticos se constituyó en el 2004 un espacio de participación de los pueblos y comunidades indígenas en el Ministerio de Salud. En 2005 se formaliza la creación de la Dirección de Salud Indígena (DSI) alcanzando rango de Dirección de Línea adscrita al Despacho del Ministro (Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud) con el objetivo de transversalizar el enfoque intercultural en las políticas, agendas, planes, programas, proyectos y redes de atención del Sistema Público Nacional de Salud.

Las funciones de la DSI son:

1. Elaborar, formular y evaluar estrategias a nivel nacional para el abordaje y la caracterización de las condiciones de vida y salud de los pueblos y comunidades indígenas.
2. Formular, controlar y evaluar planes, programas y proyectos a nivel nacional en materia de salud indígena con un enfoque intercultural.
3. Coordinar y articular estrategias, planes, programas y proyectos con las demás unidades del Ministerio y Direcciones Estadales de Salud, así como los demás entes y órganos de la administración pública vinculados a la materia.
4. Incorporar y articular el enfoque intercultural y la medicina tradicional al conjunto de servicios y programas del Sistema Público Nacional de Salud garantizando la atención en salud de los pueblos y comunidades indígenas con pertinencia cultural y lingüística, respetando sus conocimientos y saberes.
5. Diseñar conjuntamente con la Dirección General de Investigación y Educación

programas de capacitación, formación e incorporación del recurso humano indígena en el Sistema Público Nacional de Salud, así como la sensibilización y formación del personal de salud en materia de interculturalidad.

6. Desarrollar mecanismos de participación de los pueblos y comunidades indígenas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud, respetando la organización propia, autoridades legítimas, sistemas de comunicación e información y las lenguas de los integrantes de los pueblos y comunidades indígenas involucrados.
7. Velar por la preservación, fortalecimiento, rescate y revitalización de la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas indígenas para la protección, prevención y restitución de su salud integral.
8. Asesorar y supervisar en las Direcciones Estadales de Salud con registros de población indígena, la correcta ejecución de los planes, programas y proyectos que en la materia establezca el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

**Pregunta:** *La medicina tradicional y la occidental han vivido mucho tiempo de espaldas una a otra, ignorándose mutuamente. ¿Se ha conseguido tender puentes y lograr un verdadero intercambio de conocimientos y saberes entre ellas?*

**Respuesta:** Estos puentes recién se están tejiendo. Se han estado llevando a cabo una serie de actividades en ese reconocimiento de quienes son los otros actores que tienen conocimiento del arte de curar. Entre ellas:

- A nivel de Universidades en Pregrado y Postgrado: foros y charlas sobre medicina tradicional.
- En el Sistema Público Nacional de Salud: inducción a médicos venezolanos egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba en materia de interculturalidad y medicina tradicional, encuentro de médicos tradicionales por pueblos con el sistema público nacional de salud, encuentro de saberes entre médicos tradicionales con defensores de salud, cursos de para-

médicos interculturales con docentes de médicos tradicionales y occidentales.

- Consultas de médicos tradicionales a pacientes hospitalizados en Barrio Adentro 3. Consulta de chaman en el Centro Diagnóstico de Puerto Ayacucho Barrio Adentro 2.

Pensamos que, aunque hay avances en estas armonizaciones, hay que seguir trabajando más en nuestras universidades y en el fortalecimiento de nuestra medicina tradicional, en la conservación de nuestros recursos naturales.

**Pregunta:** *Uno de los problemas al que han de enfrentarse los cargos públicos es la falta de confianza que, a veces, los ciudadanos tienen en las instituciones. ¿Ocurre eso en el ámbito de la salud en Venezuela? En caso afirmativo, ¿Qué medidas se han adoptado para mejorar la confianza de la población en el sistema de salud?*

**Respuesta:** Se han adoptado diversas medidas para mejorar la confianza de los ciudadanos en el sistema de salud, entre las que destacan las siguientes:

- Diagnósticos de situación de salud con enfoque sociocultural, incluyendo conocimiento de los recursos terapéuticos locales oficiales e indígenas y del contexto sociocultural de la población.
- Participación en el diseño, gestión y evaluación de las experiencias con los líderes y profesionales indígenas.
- El equipo de salud considera los diagnósticos de los especialistas en medicina ancestral y articula procedimientos de referencia y contrarreferencia de usuarios.
- Desarrollar competencias en la comunicación intercultural ligada al desarrollo de una política de desarrollo de recursos humanos en interculturalidad.
- Estas medidas se han basado en identificar juntos su situación de salud, la constante consulta previa de los planes, programas y proyectos. El hacerle entrega formal de los establecimientos a las comunidades, una participación directa y protagónica del comité de salud en la gestión de los establecimientos de salud. El éxito de Ba-

rrio Adentro se dio por la colaboración de las comunidades al permitir alojar a los médicos cubanos en sus casas y mientras otros facilitaban sus viviendas como consultorios populares mientras se construían las instalaciones propias. Estos comités de salud llevan la contraloría sanitaria.

**Pregunta:** Comparando la situación actual de salud de los pueblos indígenas con la existente hace unas décadas, ¿Cuáles son, en su opinión, los principales retos que se ha logrado superar?

**Respuesta:** Entre los muchos retos superados, yo destacaría los siguientes:

- El reconocimiento de la medicina tradicional en el contexto jurídico constitucional: en 9 países tienen leyes relacionadas con la medicina indígena.
- La participación directa y protagónica de los pueblos indígenas en el Ministerio en materia de diseño de políticas.
- La creación de la Dirección de Salud Indígena en el Ministerio como Unidad técnica asesora: 11 países tienen una unidad técnica gubernamental a cargo de los temas indígenas, incluida la medicina indígena.
- La incorporación de indígenas en el sistema público nacional de salud: defensores de salud en las comunidades, vacunadores indígenas, facilitadores interculturales en los hospitales, 28 médicos indígenas trabajando en sus comunidades.
- La construcción de nuevos establecimiento del primer nivel de atención en comunidades indígenas, igual mente del segundo nivel con tecnología de punta (Barrio Adentro 1 y 2).

- La consulta previa a los pueblos indígenas para los planes, programas y proyectos de salud.

**Pregunta:** ¿Cuáles son, desde su punto de vista, los principales desafíos a los que actualmente se enfrenta la atención en salud a los pueblos indígenas en la región?

**Respuesta:**

Los desafíos también son muchos. Entre ellos, los más importantes son los siguientes:

- Armonizar los sistemas de salud convencional e indígena.
- Consolidar las experiencias en marcha.
- Validar metodología, instrumentos y protocolos de atención culturalmente.
- Fomentar la sensibilización y capacitación de recursos humanos existentes.
- Documentar las mejores prácticas en cuanto a seguridad y eficacia de las medicinas indígenas en el abordaje de problemas prioritarios.
- Apoyar la formulación y/o evaluación de políticas que promueven el bienestar de los pueblos indígenas que consideren la protección y desarrollo de la medicina tradicional indígena.
- Avanzar en la discusión sobre la propiedad intelectual colectiva del conocimiento y otros aspectos relacionados con los marcos regulatorios considerando los acuerdos internacionales.

## Experiencias aportadas por los participantes en el curso on line “Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas”

### Chile: Afiliación extendida trabajadores Temporeros

#### (Experiencia aportada por Isabel Margarita Banda Montenegro y Natalia Elisa Rebolledo)

En el año 2001, El Fondo Nacional de Salud (FONASA) creó un programa que beneficia a los trabajadores temporales garantizando su protección en salud y la de su familia. Para ello, determinó condiciones especiales que han permitido que los trabajadores temporales acreditados en FONASA, en caso de quedar sin trabajo, sigan manteniendo el derecho a la salud durante los 12 meses siguientes, con sólo acumular 60 días o 4 meses de cotizaciones dentro del año anterior a su última cotización presentada.

Esta Afiliación Extendida les permite acceder junto a su familia a todos los beneficios de FONASA en sus dos modalidades (institucional y de libre elección), durante los doce meses posteriores a la última cotización presentada.

#### Plan, Programa o Proyecto en el que se inscribe:

Políticas de afiliación a grupos vulnerables del Fondo Nacional de Salud.

#### Lugar en el que se desarrolla:

A lo largo de todo el país.

#### Fecha de inicio y finalización de la actuación:

Inicio año 2001 y sigue vigente.

#### Población destinataria:

Todas las personas que trabajan por temporadas o de manera intermitente y que cotizan el 7% para salud en FONASA. Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica de 2006, el número de trabajadores temporales asciende a 677. 713 personas, de éstas el 47,9% se dedican a actividades agrícolas.

#### Entidades que participan:

Fondo Nacional de Salud (FONASA).

#### Tipo de financiación:

Pública y con el aporte de los trabajadores que regulares que cotizan su 7% de salud a FONASA.

#### Objetivos:

**General:** Garantizar el acceso a la salud a trabajadores temporeros en concordancia con el resto de los beneficios de seguridad social.

**Específico:** Lograr incorporar masivamente a trabajadores temporeros con al menos 60 días de cotizaciones, para que puedan acceder a los beneficios de salud, con lo cual avanzamos en materia de Protección Social de la población.

#### Contenidos clave:

Es un programa que apunta a dar protección en salud a un sector de la población desprotegido de ésta, con el propósito de asegurar y garantizar el acceso, calidad y oportunidad en la entrega de las prestaciones y servicios médicos a estas personas, y así puedan sentir y valorar la protección entregada y potenciar la pertenencia a FONASA.

La Afiliación Extendida les permite acceder junto a su familia a todos los beneficios de FONASA en sus dos modalidades (institucional y de libre elección), durante los doce meses posteriores a la última cotización presentada.

#### **Resultados:**

Como resultado del plan implementado al 31 de marzo de 2008, se registran vigentes como beneficiarios de FONASA, en calidad de cotizante o carga, 769.466 personas, con esto se da cumplimiento a la meta que se tenía a diciembre del 2007, y para el presente año la meta es superar el 64.8 % de Temporeros beneficiarios de FONASA según estimado temporeros nivel País.

#### **Factores de éxito de esta experiencia:**

El compromiso de las direcciones regionales, por lograr los objetivos planteados, el compromiso de la dirección y las herramientas comunicacionales que se han puesto a disposición a lo largo del proyecto para mantener informados a los beneficiarios.

#### **Límites y dificultades:**

Una de las dificultades es desde la perspectiva de los empleadores, que no contratan a sus trabajadores y así quedan desprotegidos de salud.

Asimismo existe falta de información de los empleadores sobre los tipos de contrato necesarios para que sus trabajadores puedan acceder a la Afiliación Extendida. Los empleadores y las empresas intermediarias cumplen un rol fundamental en este tema, por lo que se debe sensibilizar sobre las ventajas de contribuir a la protección social en salud de sus trabajadores e informarles sobre la forma que deben adoptar los contratos para facilitar el cumplimiento de los requisitos, especialmente para el caso de los trabajadores por turno o jornada, en donde operativamente se complica la contratación diaria.

#### **Impacto de estas intervenciones:**

El impacto creo que ha sido buena, ya que estos beneficiarios se sienten parte de FONASA, esto se ha visto en las actividades en terreno, donde la gente agradece este beneficio y las mayores consultas que se reciben en sucursales sobre el beneficio de la afiliación extendida.

## **Chile: Hospital Intercultural de Nueva Imperial, región de la Araucanía**

**(Experiencia aportada por Pedro Pablo Valenzuela Quijada)**

#### **Plan, Programa o Proyecto en el que se inscribe:**

Financiamiento por parte del estado de un proyecto de medicina intercultural con administración por las propias comunidades.

#### **Lugar en el que se desarrolla:**

Nueva Imperial, Región de la Araucanía, Chile.

#### **Fecha de inicio y finalización de la actuación:**

Este proyecto de inicio hace aproximadamente tres años con la reposición del Hospital de Nueva Imperial y la construcción del Hospital Intercultural aledaño a dicho establecimiento. El proyecto comienza a operar en noviembre 2006 y continúa a la fecha.

#### **Población destinataria:**

Población mapuche, beneficiaria del FONASA, de las comunas costeras (6) y de Nueva Imperial.

#### **Entidades que participan:**

Asociación de comunidades mapuches, Servicio de Salud Araucanía Sur y FONASA.

#### **Tipo de financiación:**

Financiación inicial por parte del FONASA. FONASA transfiere los recursos al servicio que es quien compra basado en la figura legal del DFL 36/1980 que dice que las prestaciones que requiera el servicio de salud y no puede realizar con su capacidad instalada puede comprarlas a privados.

Actualmente la financiación ha quedado a cargo del Programa de Pueblos Indígenas.

#### **Objetivo:**

Otorgar prestaciones de medicina tradicional mapuche a cargo de cultores mapuches (machis,

componedores y otros) que son validados por la comunidad.

**Contenidos clave:**

Las atenciones son otorgadas en un recinto hospitalario construido ad hoc, con administración de las propias comunidades mapuches, con cultores mapuches que están validados por las comunidades desde donde vienen, con un sistema de hospitalización, entrega de fitofármacos, preparación del lawen, etc.

Aún hay dificultades con la derivación y contradervación a la medicina occidental pero, se avanza.

**Factores de éxito de esta experiencia:**

Experiencia innovadora, pone los énfasis en las demandas de las personas, valida la diversidad, acepta otras formas de ver los conceptos de salud y enfermedad. Rescata conocimientos ancestrales de salud, válidos para muchas personas mapuches y no mapuches.

**Límites y dificultades:**

El sistema de financiamiento que incorpora el pago por prestación es muy inadecuado, porque descontra las demandas de mayores recursos.

La decisión de trasplantar la salud mapuche a un sistema tipo hospital no ha concitado un acuerdo unánime, pero para quienes se han atendido dentro de este programa ha sido bueno.

## Honduras: Programa Acceso

**(Experiencia aportada Engels Alexis Sandoval Coello)**

**Lugar en el que se desarrolla:**

San Miguel las Lajas.

**Fecha de inicio y finalización de la actuación:**

Programado para el año 2008.

**Población destinataria:**

Comunidades rurales.

**Entidades que participan:**

Secretara de Salud.

**Tipo de financiación:**

Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional ASDI.

**Objetivos:**

Promover el acceso de los servicios de salud por medio de la descentralización de servicios y los nuevos modelos de participación social con comunidades y municipalidades organizadas para la prevención y promoción de la salud.

**Contenidos clave:**

Un equipo de salud voluntario que brinda APS a una comunidad de menos de 1.000 habitantes.

**Resultados:**

No disponibles hasta el momento.

**Factores de éxito de esta experiencia:**

La participación Social y una Comunidad Organizada.

**Límites y dificultades:**

La auto sostenibilidad a largo plazo ya que la financiación es dado por organismos externos.

## México: Salud y nutrición para los pueblos indígenas

### (Experiencia aportada por Luis Fernando Cab Nicoli)

El Programa se basa en cuatro principios rectores: 1° la atención integral a la salud y nutrición de los pueblos indígenas que les permita un desarrollo humano y social pleno; 2° el respeto irrestricto a las tradiciones y cultura indígenas; 3° el arraigo de los servicios en la comunidad y 4° la aplicación de acciones con estricto apego al cuidado del equilibrio ambiental.

En su primera fase, el programa busca romper el círculo vicioso entre pobreza y enfermedad. Para ello, incluye dos componentes cuya efectividad está plenamente comprobada: la nutrición y el saneamiento ambiental.

El componente de nutrición consiste en la dotación gratuita de suplementos multivitamínicos para las niñas y niños de 6 a 24 meses de edad y para las mujeres embarazadas y en período de lactancia, como complemento del suplemento alimenticio que actualmente se distribuye a través del PROGRESA.

En materia de saneamiento ambiental se incluyen acciones para elevar la disponibilidad de agua potable, introducir el uso de letrinas y mejorar las condiciones de la vivienda.

Para el cabal cumplimiento de los propósitos del programa se han desarrollado tres líneas estratégicas principales: comunicación educativa a la población general, capacitación para el personal de salud con un enfoque transcultural y promoción de la participación comunitaria.

### Plan, Programa o Proyecto en el que se inscribe:

Proyecto en coordinación con la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

**Lugar en el que se desarrolla:**

El Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, se instrumentará en todos los municipios donde exista población hablante de lenguas indígenas en el país.

En el año 2001 quedarán incluidos en el Programa 361 municipios de alta o muy alta marginación de acuerdo con la clasificación del Consejo Nacional de Población, distribuidos en 13 entidades federativas: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán. En los años subsiguientes se fueron incorporando progresivamente el resto de los municipios con población indígena hasta alcanzar al 100 por ciento.

**Fecha de inicio y finalización de la actuación:**

Inicio en el año 2001 y finalizó en el 2006.

**Población destinataria:**

Niños, ancianos, mujeres embarazadas indígenas.

**Entidades que participan:**

Gobiernos de los estados de Yucatán, Sinaloa, Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

**Tipo de financiación:**

Pública.

**Objetivo:**

Mejorar el nivel de salud y nutrición de la población indígena del país, y de esta forma disminuir la brecha existente entre sus indicadores de salud y los del resto de la población.

**Objetivos específicos:**

- Coordinar los programas que realizan las instituciones de salud para alcanzar la equidad en salud y nutrición de los pueblos indígenas, mediante el desarrollo de modelos y proyectos innovadores de intervención.
- Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud y nutrición de la población indígena, mediante la implantación

- y operación de mecanismos de coordinación con instituciones públicas y privadas.
- Incorporar la participación ciudadana en los procesos de planeación, ejecución, control y evaluación de las acciones en salud aplicados en las zonas indígenas.
  - Reforzar los programas de atención a indígenas que se encuentran en circunstancias especiales, como son: los migrantes, los jornaleros agrícolas, y los que habitan en zonas fronterizas y urbano-marginales.
  - Promover mediante acciones concertadas entre las instituciones del sector salud, los derechos sexuales y reproductivos de la población indígena.
  - Reforzar programas de saneamiento ambiental en: protección de fuentes de abastecimiento de agua, mejoramiento de la vivienda, reducción de emisiones por consumo de leña y biomasa (instalación de estufas tipo lorena), disposición sanitaria de excretas, manejo seguro de plaguicidas y eliminación de plomo en loza vidriada.
  - Promover, a través de programas y acciones concretas, la relación entre la medicina institucional y las medicinas tradicionales y domésticas indígenas, de forma armónica y respetuosa.
  - Desagregar por población indígena y por sexo la información de los sistemas institucionales de salud, que permitan su procesamiento veraz y oportuno para su utilización en la planeación, ejecución y control de los programas de salud y nutrición.
  - Impulsar programas locales y regionales de comunicación educativa en salud y nutrición con enfoque de género, diseñados con base en investigación formativa y evaluación de mensajes.
  - Incorporar en la capacitación al personal que participa en la atención de la población indígena, el enfoque intercultural y de género que les permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud-enfermedad de estas poblaciones para proporcionar una mejor atención.

- Mejorar el estado de nutrición de los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad, y de las mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Adaptar los servicios de salud a los valores sociales, culturales, religiosos y espirituales de los pueblos indígenas.

#### **Contenidos clave:**

Alimentos balanceados para esta población.

#### **Resultados:**

Se logró disminuir la desnutrición en las poblaciones participantes sobre todo en los albergues escolares indígenas.

#### **Factores de éxito de esta experiencia:**

La comunicación en su idioma con los pueblos indígenas.

#### **Límites y dificultades:**

Mayormente presupuestario y es un proyecto sexual.

#### **Impacto de estas intervenciones:**

En 2003, se atendieron y tramitaron ante los servicios estatales de salud de 14 entidades federativas, 131 solicitudes de organizaciones indígenas, de las cuales 71 fueron para construcción de unidades de salud; 34 de apoyo a los servicios de salud con personal médico, medicamentos y material de curación; cuatro correspondieron a una atención especializada y 22 a otros apoyos.

Se integró el Proyecto de Salud, Agua y Saneamiento para disminuir la prevalencia de tracoma en San Juan Cancuc en el estado de Chiapas, el cual se realizó con la participación de instituciones como IMSS-Oportunidades, Secretaría de Desarrollo Social, Comisión Nacional de Agua, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y diversas dependencias a nivel estatal y municipal, donde se destacan tres grandes acciones, una destinada a la infraestructura de agua y saneamiento, otra a la salud con detección, prevención y atención específica de casos, y una tercera de promoción de la

salud sobre el problema del tracoma y estrategias adecuadas de comunicación educativa.

Se organizaron y realizaron eventos de capacitación con profesionales expertos en el enfoque intercultural en salud, dirigidos a personal de salud que atiende población indígena, lográndose efectuar:

- 5 seminarios regionales, donde participaron 21 entidades federativas para la sensibilización de 175 directivos de saludes estatales y jurisdiccionales.
- 2 cursos específicos para 152 capacitadores en Salud Intercultural.
- 3 cursos de capacitación en tres entidades federativas a personal de salud operativo para 3 redes de servicios de salud, con énfasis en interculturalidad en salud, a los que asistieron 120 prestadores de servicios de salud y 48 elementos comunitarios como enlaces interculturales.

Se participó con el IMSS-Oportunidades en la capacitación sobre la promoción de la salud a personal que atiende a población indígena del estado de Hidalgo.

Se impulsó la creación de redes de servicios de salud intercultural, a partir de un hospital y 10 unidades de salud de primer nivel de atención en su área de influencia, ubicados en zonas de elevada concentración de población hablante de lengua indígena, donde se instrumentarán servicios de salud de calidad, con alto contenido de sensibilidad cultural, concretándose en los siguientes aspectos:

- Áreas físicas de las unidades.
- Equipo, instrumental e insumos de salud.
- Personal de salud debidamente capacitado.
- Recurso comunitario como enlaces interculturales debidamente capacitados y apoyados económicamente.

En 2004 se realizaron acciones en el Programa de Salud, Agua y Saneamiento para disminuir la prevalencia de tracoma en San Juan Cancuc en el estado de Chiapas, cuya acción se ha previsto extender a 4 municipios más de los Altos, tomando en cuenta la prevalencia de este mal.

Se acordó conjuntamente con IMSS-Oportunidades y COFEPRIS la reproducción del Manual de Operación en Saneamiento Básico para comunidades indígenas, con un tiraje que permitiera ampliar su cobertura.

Se efectuaron 5 cursos de capacitación con enfoque intercultural, dirigidos a personal de salud y enlaces interculturales (personas de la comunidad), que atienden a población indígena en los estados de Chihuahua, Guerrero, Oaxaca y Puebla.

Se ha iniciado un proceso razonado de incorporación de familias indígenas al Sistema de Protección en Salud, tomando en cuenta la capacidad de atención con base en la infraestructura de servicios.

Para responder a uno de los principales problemas de nutrición que afectan a los niños de población indígena, como las deficiencias en micronutrientes, principalmente hierro, zinc, vitamina C y complejo B, que ocasionan anemia, con prevalencia en aproximadamente 55 por ciento de niños menores de 2 años (de acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999), durante 2003 se continuó con la línea estratégica de suplementación con micronutrientes para este grupo.

La suplementación con micronutrientes tuvo una cobertura de 404 783 niños de 6 a 24 meses en 594 municipios con 26 137 localidades, donde vive una población indígena estimada de 7.8 millones, de la cual 4.4 millones son hablantes de alguna lengua indígena; esta atención representó la administración de 72 115 380 dosis de solución para niños.

Se llevó a cabo el desarrollo tecnológico del suplemento multivitamínico con minerales para niños de 6 a 24 meses de edad, para mejorar su sabor y asegurar su aceptación y consumo.

Durante el ejercicio 2004 la cobertura para la suplementación con micronutrientes abarcó 379.136 niños de 6 a 24 meses de 594 municipios con 26.137 localidades.

## Nicaragua: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)

**(Experiencia aportada por Teresa de Jesús Urbina)**

El Modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC): El modelo de Salud Familiar y Comunitario se ha iniciado en el año 2008 y está dirigido a la población en general, su aplicación logrará penetrar hasta las zonas rurales y por consiguiente a los territorios donde habita la mayoría de la población indígena de Nicaragua: la Costa Atlántica y la región central del país.

**Plan, Programa o Proyecto en el que se inscribe:**

Plan Nacional de Desarrollo humano 2008/2012.

**Lugar en el que se desarrolla:**

Nacional.

**Fecha de inicio y finalización de la actuación:**

Inicia en el año 2008 y está planificado hasta el 2012.

**Población destinataria:**

Está dirigido a toda la población de Nicaragua.

**Entidades que participan:**

Ministerio de Salud, OPS/OMS, Proyecto PRONICAS USAID, INSS.

**Tipo de financiación:**

El financiamiento está dado en tres regímenes:

- El Contributivo: Las cotizaciones de los afiliados del INSS en regímenes de enfermedad común, maternidad y riesgos profesionales.
- No Contributivo: Se financia con las asignaciones del Presupuesto General de la República y contribuciones especiales.
- El voluntario: Proviene de los usuarios, familiares o empresas, aportes de los afiliados para financiar planes adicionales a los obligatorios en la ley de General de Salud, los copagos y cuotas moderadoras enteradas por los beneficiarios.

**Objetivos:**

- Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces de calidad y calidez, capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y promoción de salud.
- Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
- Proteger de epidemias a la población.
- Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.
- Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

**Contenidos clave:**

Tiene tres componentes básicos:

- Provisión: Se sustenta en un sistema integrado de servicios de salud que se define como un conjunto de servicios de salud organizado de manera específica y complementaria, teniendo interrelación necesaria entre ellas para ser capaz de ofrecer atención con calidad y responder a los problemas de salud de una problemática definida. Es una red de servicios articulados.
- Gestión: Permite identificar quien y sobre que recursos se toman decisiones para el cumplimiento de los objetivos del MOSAFC, es un conjunto de procesos, procedimientos y actividades que se estructuran y funcionan de forma desconcentrada, permitiendo el proceso de descentralización.
- Financiamiento. Para efectos de financiamiento del estado de salud familiar y comunitaria se debe considerar la equidad en base a dos componentes básicos:
  - Fuentes de financiamiento: Identifican el origen de los recursos con que se cubren las asignaciones presupuestarias, sean fiscales, pro-

pios y recursos externos (prestamos y donaciones).

- o La forma de asignación de los fondos: Se refiere a como se distribuyen los fondos.

#### **Resultados:**

La salud de la población mejora con las estrategias aplicadas.

Participación espontánea de la población en los consejos del poder ciudadano.

Integración de todos los actores claves del territorio institucional y no institucional.

#### **Factores de éxito de esta experiencia:**

La continuidad y persistencia en la estructuración de los planes de salud orientadas por el gobierno actual.

La voluntad política del gobierno en fomentar la participación de la comunidad en la resolución de sus problemas de salud.

#### **Límites y dificultades:**

La dificultad ha sido la resistencia al cambio en los actores que desarrollan este nuevo modelo, se estuvo bajo la influencia del neoliberalismo durante 17 años y es por eso que hasta en el 2008 se inicia la ejecución de este modelo de atención en salud.

#### **Impacto de estas intervenciones:**

La implantación del MOSAFC ha iniciado en el año 2008 y aún no se tienen datos estadísticos; pero el hecho de involucrar a la comunidad en la solución de los problemas de atención en salud, será un éxito cuando los pobladores sientan la atención directa del médico y enfermera familiar que les visitaran en su propio hogar, deberá incidir en la prevención de las enfermedades que tradicionalmente afectan a la población.

## **Perú: Seguro de Salud para Productores Cafetaleros**

**(Experiencia aportada por Juan Jesús Lucano Arana)**

**Plan, Programa o Proyecto en el que se inscribe:**

Seguro de Salud Agrario.

**Lugar en el que se desarrolla:**

Inicialmente en las zonas de ceja de selva o selva de los departamentos de Junín y Cajamarca.

**Fecha de inicio:**

Fecha probable de inicio agosto 2008. Sin fecha específica de finalización.

**Población destinataria:**

Inicialmente productores cafetaleros. Posteriormente se proyecta incorporar a otros gremios de productores agrarios.

**Entidades que participan:**

EsSalud, Junta Nacional del Café. OIT.

**Tipo de financiación:**

Privada. Se incorporará a los trabajadores al Seguro de Salud Agrario. Realizarán el pago de sus aportes en función a las cosechas y a un fondo solidario de la organización a la que pertenecen.

**Objetivos:**

Extender la cobertura incorporando inicialmente a más de 50 mil familias.

**Contenidos clave:**

Participación de la organización campesina y en algún momento dados los problemas de financiamiento del seguro participación del estado o de una organización internacional.

**Resultados:**

Población con cobertura de salud y económicas. (Se está induciendo a la población a inscribirse en un plan de seguro de vejez).

**Factores de éxito de esta experiencia:**

Participación de la organización agraria y de sus asociados.

**Límites y dificultades:**

La mayor preocupación pasa por crear mecanismos de oferta asistencial en las zonas donde residen los cafetaleros y EsSalud no cuenta con oferta propia.

**Impacto de esta intervención:**

Se espera mejorar la calidad de vida de la población y extender la experiencia hacia otros gremios de cafetaleros.

## Venezuela: Misión Barrio Adentro

**(Experiencia aportada por Noly Coromoto Fernández Hernández)**

La salud pública, como herramienta de transformación social, forma parte de las políticas del Estado venezolano. Barrio Adentro se construye en el contexto de la transformación social iniciada en Venezuela en 1998, cuya nueva estructura social se fundamenta en la Constitución de 1999 y que incluye la prohibición de privatización de los recursos naturales y de los servicios públicos en materia de salud y educación, el desarrollo de misiones sociales, la igualdad en acceso a la enseñanza, el modelo de desarrollo endógeno, la protección del ambiente, la seguridad alimentaria y la reforma agraria.

La Misión Barrio Adentro forma parte sustancial del proyecto de inclusión social planteado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. Aunque la Misión se inició en 2003 como una acción médica asistencial de la cooperación humanitaria de la República de Cuba en un barrio circunscrito de Caracas, se convirtió en un programa de salud pública nacional destinado a saldar la deuda en atención en salud. El incremento vertigi-

noso en cobertura sanitaria alcanzado en menos de un año fue posible gracias a la incorporación al trabajo comunitario en salud de millares de médicos, técnicos, oftalmólogos y odontólogos cubanos y cubanas. Este modelo de trabajo, basado en la atención a necesidades y demanda de servicios, ofrece una alternativa a los modelos predominantes basados en la oferta de servicios y la competitividad comercial del mercado. A cinco años de iniciarse, se constata que la población venezolana antes excluida del sistema de salud está ahora provista con atención integral en salud.

**Fecha de inicio:**

Surge el 16 de abril de 2003, en el marco del Convenio Venezuela-Cuba, como respuesta del estado venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud, constituyéndose como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria Integral, prevista en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en el Proyecto de Ley Orgánica y Sistema Público Nacional de Salud.

**Población destinataria:**

Presta cobertura a toda la población.

**Entidades que participan:**

Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

**Objetivo:**

Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida.

**Objetivos Específicos:**

- Implantar un modelo de gestión participativo que responda a las necesidades sociales de los grupos de población excluidos, mediante la organización y participación de las comunidades apoyadas en la contraloría social como expresión de poder popular.
- Fortalecer la Red Ambulatoria aumentando su capacidad resolutive mediante la implantación, consolidación y extensión de

consultorios populares, haciendo énfasis en la Promoción de Salud y Calidad de Vida.

- Potenciar capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios mediante la educación y formación presente.

#### Medios:

Creación de Consultorios y Clínicas Populares, además de los hospitales del pueblo, dentro de las comunidades de poco acceso a los ya existentes.

Ubicación de médicos en las comunidades, quienes van a los hogares haciendo mucho más accesible la salud a cada venezolano.

#### Logros/Beneficiados:

- 617 mil familias atendidas.
- 1779 mil vidas salvadas.
- 18.400.000 casos atendidos.

#### Fases del Programa:

El Plan Barrio Adentro se ha desarrollado en varias fases:

- **Una primera fase** de experimentación entre abril y junio de 2003 que consistió en medir el impacto y el apoyo de las comunidades, la constitución de los primeros Comités de Salud, la adaptación de los médicos y médicas cubanas y la evaluación de las enfermedades más frecuentes en cada localidad. Esta fase piloto se desarrolló en el Municipio Libertador a través del Institu-

to de Economía Local (IDEL) de la alcaldía de dicho municipio.

- Una **segunda fase** entre junio y agosto de 2003 que consistió en la expansión del Plan Barrio Adentro hacia diversos estados del territorio nacional.
- Y una **tercera fase**, entre septiembre y diciembre de 2003, que consistió en la extensión masiva del Plan hasta alcanzar todos los estados y el distrito capital, llegando a un total de 10.179 médicos y médicas en todo el territorio nacional, cada uno de los cuales realiza 26 actividades médicas diarias que incluyen consultas, educación para la salud, actividades de preparación de líderes comunitarios, promoción de salud, visitas directas a pacientes enfermos, es decir, todo tipo de actividades relacionadas con la salud integral de las 250 familias que están a su cargo.

#### Contenidos clave:

En la implementación y desarrollo de la Misión Barrio Adentro juega un papel fundamental la comunidad organizada, quien participa activamente a través de los Comités de Salud, entre otras organizaciones. Además la Misión Barrio Adentro se basa en el concepto de Salud Integral, el cual trasciende la vieja visión reduccionista, que asocia la salud exclusivamente a la Asistencia médica. Para la Misión Barrio Adentro la salud se relaciona con la economía social, la cultura, el deporte, el ambiente, la educación y la seguridad alimentaria, de allí la importancia de la organización comunitaria y la presencia de los médicos y médicas que cotidianamente viven en y con las comunidades.

# A3

Relación de participantes en los cursos y seminarios realizados en el marco de los intercambios



Listado de participantes en el Seminario "Estrategias para la extensión de la protección social". San José de Costa Rica, 23 al 27 de julio de 2007			
NOMBRE Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN	CARGO	PAÍS
Romel Yuri Rivero Herbas	Instituto Nacional de Seguros de Salud - INASES	Jefe de la Unidad Técnica de Salud	Bolivia
Nilma Paulo	Ministério de Previdência Social	Coordinadora de Regulamentação da Secretaria de Políticas de Previdência Social	Brasil
Julio César González Candia	Universidad de Santiago - USACH	Jefe de Carrera. Tecnólogo en Administración de Personal	Chile
Gladys Regina Olmos Gaete	Fondo Nacional de Salud - FONASA	Jefe Departamento de Control y Calidad de Prestaciones	Chile
Luis Aurelio Ovalle Díaz	Universidad de Santiago - USACH	Director Departamento de Tecnologías Generales	Chile
Maria Isabel Rodríguez Miranda	Fondo Nacional de Salud - FONASA		Chile
Gina Carrioni Denyer	Ministerio de Protección Social	Coordinadora Grupo Asuntos Étnicos y Género	Colombia
Gilberto Torres Torres	Ministerio de Protección Social		Colombia
Walter Calderón Sánchez	Caja Costarricense de Seguro Social	Departamento de Análisis	Costa Rica
Jacqueline Castillo Rivas	Caja Costarricense de Seguro Social	Departamento de Estadística	Costa Rica
César Gamboa Peñaranda	Ministerio de Salud	Director General de Salud	Costa Rica
Odilie Arias Jiménez	Caja Costarricense de Seguro Social		Costa Rica
Carlos Fabián Constante Bustos	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	Asesor técnico y responsable del sistema de información de la Dirección Actuarial	Ecuador
Marco Ochoa Medina	Ministerio de Salud Pública	Asesor de la Subsecretaria de Extensión de la Protección Social	Ecuador
Salvador Alejandro Perdomo	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social	Encargado de gestión administrativa y técnica	El Salvador
Rigoberto Dueñas Morales	Central General de Trabajadores de Guatemala- CGTG	Cargo: Responsable de Asesoría Jurídica	Guatemala
Mynor Rodolfo Robles Valle	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Jefe del Departamento Actuarial y Estadístico	Guatemala
Oliverto Hernández Muñoz	Confederación de Unidad Sindical de Guatemala - CUSG	Secretario General	Guatemala
José Ángel Lara Pinto	Instituto Hondureño de Seguridad Social	Técnico de la Gerencia de Planificación Estrategia	Honduras
Julio José López	Fondo de cooperación para el Desarrollo - FOS	Coordinador del POA del Proyecto FOS-UE	Nicaragua
Edward Antonio Martínez López	Fondo de cooperación para el Desarrollo - FOS	Coordinador del Proyecto de Salud Mutual en Nicaragua	Nicaragua
Enrique Donado Coto	Ministerio de Salud Pública	Funcionario de la Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud	Panamá
Pedro Agustín Ferreira Estigarribia	Instituto Previsional Social	Presidente del Consejo de Administración	Paraguay
Carmen Frutos de Almada	Instituto Previsional Social	Conducción de los procesos de elaboración de políticas, reformas legales, planificación, monitoreo y evaluación de los planes y políticas institucionales	Paraguay
Luciano Canales Cornejo	ESSALUD	Responsable de dirigir las labores de análisis económico	Perú
Ronald Rodríguez Aguirre	ESSALUD	Gerencia Estratégica de Prestaciones Primarias de Salud	Perú
Aníbal López Ravera	Banco de Previsión Social	Gerente de Área	Uruguay
Gabriela Pradere Peyre	Ministerio de Salud Pública	Representante	Uruguay

Listado de participantes en el Seminario "Extensión de la cobertura de la protección social en salud para el sector agrícola". Madrid (España), 24 al 28 de septiembre de 2007			
NOMBRE Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN	CARGO	PAÍS
Jose Carlos Baura Ortega	Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)	Consultor	España
Erika Minerva Diaz Muñoz	Fondo Nacional de Salud. FONASA	Fiscal	Chile
Enrique Donado Cotes	Ministerio de Salud	Médico Coordinador de Políticas de Salud para los pueblos indígenas	Panamá
Edvaldo Duarte Barbosa	Ministerio de Previdencia Social/MPS Brasil	Coordinador General de Estudios de la Seguridad Social de la SPS/MPS	Brasil
Jacqueline Castillo Rivas	Ministerio de Salud Costa Rica	Jefe Departamento de Estadística	Costa Rica
Carlos Gabriel Duarte Ciotti	Instituto de Previsión Social	Jefe de cálculos actuariales	Paraguay
Pedro Ferreira	Instituto de Previsión Social	Presidente de la Institución	Paraguay
Holman José Jiménez Ardila	Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)	Técnico	España
Julia de las Nieves Jorquera Rodríguez	Fondo Nacional de Salud.FONASA	Jefe Subdepartamento Gestión Regional	Chile
Silvia Teresa Ortega López	Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social	Asistente de Dirección	Guatemala
Salvador Alejandro Perdomo	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social El Salvador	Jefe de División	El Salvador
Alfredo Rivas Antón	Fundación CSAI. Ministerio de Sanidad y Consumo	Director General	España
Mynor Rodolfo Roble Valle	Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social	Jefe del Departamento de Actuarial y Estadístico	Guatemala
Claunara Schilling Mendoca	Ministerio de Salud Brasil	Vice-Directora de Atención Primaria	Brasil
Marcelo Setaro Montes de Oca	Ministerio de Salud Pública	Analista	Uruguay
Rosibel Vargas Gamboa	Ministerio de Salud Costa Rica	Jefe de Asuntos Internacionales	Costa Rica
Pablo Aguilar	OCS Eurosocietal Madrid	Técnico de Salud	España
René Alarcón Ayala	Ministerio de Salud y Deportes Bolivia	Director General de Seguros de Salud	Bolivia
José Ángel Lara Pinto	Instituto Hondureño de Seguridad Social	Técnico Planificación	Honduras
Laurence Moureau	ADECRI	Responsable del Proyecto	Francia
José Víctor Patiño Durán	Instituto Nacional de Seguros de Salud	Reponsable Unidad Operativa Desconcentrada Cochabamba	Bolivia
Roberto Enrique Muñoz Bustos	Fondo Nacional de Salud.FONASA	Director Regional Metropolitano y VI Región	Chile
Denis Núñez	Caja Central de Mutualidad Social Agrícola	Director Organización interna de la caja central	Francia

Listado de participantes en el Seminario "Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para Pueblos Indígenas". La Paz (Bolivia), 26 al 30 de noviembre de 2007			
NOMBRE Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN	CARGO	PAÍS
José Antonio Lara Pinto	Instituto Andino de Seguridad Social	Técnico de Planificación	Honduras
Eva Mateu de Mayenja	Ministerio de Salud	Jefa Unidad de Salud Comunitaria	El Salvador
Elena Castro de Montúfar	Ministerio de Salud Pública	Colaboradora Médica Despacho Ministerial	El Salvador
Eduard Klassen Baschman	ASCIM	Director de ASCIM	Paraguay
Jose M <sup>a</sup> Quizhpe	Ministerio de Salud	Director del área n° 10 de Saraguro-Loja-t	Ecuador
Gabriela Pradere	Ministerio de Salud Pública	Economista	Uruguay
Paula Carrasco	Ministerio de Salud Pública	Analista	Uruguay
Luis F. Guillén Picado	Ministerio de Salud	Director Regional	Costa Rica
Gina Carrioni	Ministerio de Protección Social	Coordinadora Asuntos Etnicos y Genero	Colombia
Fabiana Vaz de Melo	Ministerio de Salud	Asesora Técnica	Brasil
Jorge Grandez	ESSALUD	Asesor de Gerencia General ESSALUD	Perú
Gloria Lagos	ORAS-Organismo Andino de Salud	Sub Directora	Perú
Anais Rivera	Caja de Seguro Social	Médico	Panamá
Vidal Heriberto Herrera	Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social	Jefe del Departamento de Planificación	Guatemala
Enrique Donado	Ministerio de Salud	Coordinador Políticas de Salud para Pueblos Indígenas	Panamá
Silivo Ortega Rolon	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Asesor Médico del Vice-Ministerio de Salud	Paraguay
Nestor Chicaiza Guña	Ministerio de Salud Pública	Director Área B	Ecuador
Pedro Valenzuela	Fondo Nacional de Salud	Jefe comercial FONASA	Chile
Desiree Pérez Urbina	Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y la Seguridad Social	Directora de Seguridad Pública	Venezuela
Marte Trejo Sadoval	Asociación Mexicana de Hospitales	Consultor	México
Margarita Sáez Delgado	Ministerio de Salud	Encargado Programa Salud y Pueblos Indígenas	Chile
Roberto Sawyers Copelano	Caja Costarricense de la Seguridad Social	Director General de Servicios Médicos Región Huetar Atlántica	Costa Rica
Claudia Molina Moreno	Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Jefe Dpto. Planificación Estratégica	El Salvador
Pablo Aguilar Alcalá	EUROSOCIAL	Tecnico en Salud	España
Holman José Jiménez Ardila	Organización Iberoamericana de la Seguridad Social	Técnico	España
Alfredo Rivas Antón	Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III	Director General	España
Eduardo Ayllón	Ministerio de Salud y Deportes	Asesor de Despacho	Bolivia
Rene Alarcón	Ministerio de Salud y Deportes	Director General de Seguridad Social	Bolivia
Gabriela Ayoroa	Ministerio de Salud y Deportes	Directora General Administrativa	Bolivia
Carmen Salinas	OPS	Apoyo Administrativo	Bolivia
José Luis Baxeiras	AECI	Responsable de Salud	Bolivia
Juan Carlos Auza	OISS	Representante	Bolivia
Dilma Flores	Banco Mundial en Bolivia	Coordinadora Programa	Bolivia
Dominga Chinchilla	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia
Martin Machicado	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Benigna Urapuca	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia
Marlene Yucra	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia

Higinio Segundo Rojas	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Miriam Ávila Pereira	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia
Amawatta Carlos Yujra	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
David Keremba Mamani	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Lourdes Murillo	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia
Roxana Miranda	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia
Arsenio Mamani	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Bienvenida Zacu	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia
Fidel Bautty	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Isaac Chiqueño	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Máxima Chura Quispe	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia
Toribia Pomacusi Chipana	Ministerio de Salud y Deportes	Delegada	Bolivia
Carlos Yucra Mamani	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Carmelo Quenta Alejo	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Luis Paz Mendoza	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Julio Salazar	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Isaac Ávalos	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Alipio Cuila Barrenoso	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia
Victor Medinacelly	Ministerio de Salud y Deportes	Delegado	Bolivia

Listado de participantes en el Curso Online "Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas" (Actividad común a los Intercambios 1 y 2)			
NOMBRE Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN	CARGO	PAÍS
Pablo Adolfo Saavedra Valicenti	Obra Social del Personal Técnico Aero-náutico	Asesor Consejo Directivo	Argentina
Andrés Ignacio Resa	Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores RENATRE	Administrativo Profesional de la Gerencia General	Argentina
Pablo Aguilar Alcalá	Oficina Cordinación EUROsocial Salud	Técnico en Salud	Bolivia
Abraham Matías Arnéz	Universidad Católica Boliviana - Instituto de Desarrollo Rural	Médico responsable del departamento de extensión	Bolivia
Francisco José Do Nascimento Moreira			Brasil
Isabel Margarita Banda Montenegro	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Profesional Departamento de Operaciones (Enc. Procesos)	Chile
Pedro Pablo Valenzuela Quijada	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Jefe Gestión Comercial	Chile
Natalia Elisa Rebolledo Robert	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Profesional Subdepartamento Gestión Regional	Chile
Wilma Verónica Berg K.	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Directora Regional Sur	Chile
Gina Carrioni Denyer	Ministerio de Protección Social	Coordinadora Gurpo Asuntos Étnicos y Género	Colombia
Yoleine Núñez Córdoba	Seguro Social	Técnico Servicio Administrativo	Colombia
Jacqueline Castillo Rivas	Caja Costarricense del Seguro Social	Jefe Departamento de Estadística	Costa Rica
Cesar Augusto Gamboa	Ministerio de Salud	Jefe de Unidad de Análisis de Situación de Salud	Costa Rica
Jorge Marcelo Barona V.	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	Médico asesor de la Subdirección Provincial de Salud de Pichincha	Ecuador
Luis Fernando Calderón	Ministerio de Salud Pública	Director Nacional de Salud Intercultural	Ecuador
Eva María Mateu de Mayorga	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Jefa de la Unidad de Salud Comunitaria	El Salvador
Engels Alexis Sandoval Coello	Instituto Hondureño de Seguridad Social	Coordinador Nacional Programa Integral en Salud Familiar y Comunitaria	Honduras
Keren Jemimah Vallejo Alvarenga	Instituto Hondureño de Seguridad Social	Analista Evaluador de Proyectos	Honduras
Evangelina Zitle Ferro	Servicio de Salud de Yucatán SSY	Cordinadora Estatal de Interculturalidad en Salud y del Sistema Integral de Calidad	México
Luis Fernando Cab Nicoli	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	Coordinador de Profesionales	México
Teresa de Jesús Urbina	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social	Directora de Afiliación	Nicaragua
Fania del Carmen Rivas de Roach	Ministerio de Salud	Coordinadora de Asuntos Indígenas	Panamá
Carmen Frutos de A.	Instituto de Previsión Social	Directora de Planificación	Paraguay
Pedro Halley	Instituto de Previsión Social	Analista de Proyectos (...)	Paraguay
Alemerth Coasaca N.	Hospital III Puno - EsSalud	Red de Gestión Hospitalaria	Perú
Juan Jesús Lucano Arana	Seguro Social de Salud, EsSalud	Analista	Perú
Gloria Aida Lagos de Eyzaguirre	Organismo Andino de Salud	Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional	Perú
Noly Coromoto Fernández Hernández	Ministerio de Salud	Directora Nacional de Salud Indígena	Venezuela

# A4

Perfil de las instituciones miembros del Consorcio EUROsociAL Salud



## Socios Fundadores

### Unión Europea

#### IRD, Institut de Recherche pour le Développement, París, Francia.

Creado en 1944, el Instituto de Investigación para el Desarrollo, IRD, es un establecimiento público francés de carácter científico y tecnológico, situado bajo la tutela de los ministerios encargados de la Investigación y de la Cooperación. Las acciones del Instituto tienen como objetivo responder a los grandes desafíos del desarrollo en los campos social, de la salud, del medio ambiente, de los medios naturales y de los recursos vivos.

El IRD tiene una gran experiencia en la coordinación de proyectos internacionales multilaterales y bilaterales. Está presente, desde hace más de 60 años, en programas de cooperación y asistencia técnica en más de 40 países, ocho de ellos de América Latina. Cuenta con más de dos mil profesionales con vasta experiencia, 760 de ellos investigadores. Todas sus actividades son implementadas en estrecha colaboración con instituciones del Norte y del Sur.

Los estudios desarrollados en el campo de la salud y la sociedad conciernen las grandes enfermedades, el desarrollo urbano, la pobreza y sus determinantes, así como su relación con los riesgos del medio ambiente.

Los proyectos del IRD tienen una importante lógica intersectorial y por eso tienen gran repercusión en procesos de inclusión y cohesión social en varios continentes. Su presencia como líder del consorcio EUROsociAL Salud está justificada por su larga experiencia en la cooperación científica en salud aplicada al desarrollo de los países del

Sur y por su presencia en América Latina a través de una red de Representaciones permanentes. El IRD coordina las actividades de las áreas temáticas II, *Buena Gobernanza de Sistemas y Servicios de Salud* y IV, *Políticas de Salud y Control de Riesgos* del Proyecto EUROsociAL Salud.

#### FCSAI, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III. Madrid, España.

FCSAI está constituida como fundación del Sector Público Estatal de España

Es el instrumento del Ministerio de Sanidad y Consumo así como del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) para la Cooperación Internacional al Desarrollo.

FCSAI actúa en el marco de la política internacional de Cooperación al Desarrollo que dirige el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España financiado a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID), Agencia que concede a FCSAI subvención nominativa anual.

Además de los representantes de los citados organismos en su Patronato se integran representantes del Ministerio de Hacienda y del Instituto de Crédito Oficial.

Son fines propios de FCSAI:

- Dar a conocer la experiencia española en materia sanitaria y de mejora de la salud, difundiendo los logros del Sistema Nacional de Salud Español.
- Facilitar la cooperación en el ámbito sanitario, con énfasis en los aspectos de formación, transferencia de conocimientos,

intercambio de profesionales sanitarios y ayuda técnica.

- Ayudar a los gobiernos de los países receptores de acciones de cooperación sanitaria a fortalecer sus sistemas sanitarios y medioambientales con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la población.
- Apoyar y contribuir a la formación y actualización de los responsables de la planificación sanitaria.
- Estudiar, analizar y difundir las necesidades en materia sanitaria de los países que son prioridad de las actuaciones de la Fundación.
- Colaborar en programas y actividades de investigación y formación promovidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y sus Organismos Públicos.

En EUROsocial salud, FCSAI es responsable y coordina, junto con la OISS, el área temática I, *Desarrollo de la Protección Social en Salud*, sin duda el tema más candente relevante para la cohesión social en salud. Igualmente coordina el área temática III, con sus tres componentes (*Atención Primaria, Calidad de los Servicios Clínicos, Política del Medicamento*). Para todo ello la Fundación cuenta con las capacidades del Ministerio de Sanidad y Consumo, del conjunto del Sistema Nacional de Salud y del Instituto de Salud Carlos III. Así mismo cuenta con la colaboración de instituciones de la UE y América Latina a las que ha puesto en contacto para el programa EUROsocial.

En su Plan 2008, viene ejecutando, entre otros, programas de fortalecimiento del sector salud en Egipto, Jordania y Mozambique, de capacitación para la prevención y reducción de desastres en Asia y África Subsahariana, y un programa de cooperación y ayuda sanitaria de emergencia, el proyecto ESTHER de la Red Solidaria contra el Sida, un curso de formación de personal sanitario de países africanos, fortalecimiento del sector salud de Guinea Ecuatorial (con componentes de centro de referencia para el control de endemias

y lucha contra el paludismo) y actividades de investigación a nivel nacional e internacional.

### Fondazione Angello Celli, en asociación con las Regiones Italianas de Emilia Romagna, Marche, Toscana y Umbria, Italia.

Esta fundación tiene una importante capacidad de liderazgo como muestra el que haya podido atraer al Consorcio EUROsocial Salud a tres importantes regiones italianas y promover la participación del Ministerio de Salud de Italia. La fundación posee una importante experiencia en cooperación, destacando su condición de coordinador del proyecto *Health for all in Latin America*, en el marco del programa europeo de cooperación ALIS, de EuropeAid. Es socio del proyecto europeo *Changing health system in Latin America*, impulsado por la DG XII (Investigación). Igualmente es socio del proyecto (clase A) de la Organización Mundial de la Salud *Inequality of access to prevention, therapy and information*, que se desarrolla en Brasil, y socio del proyecto *Health for all, all in health*, en el marco del programa europeo *European Union against Racism* de la DG V (Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades).

La Fundación Angello Celli y las Regiones Asociadas participan bajo la figura del Comitato Italiano por la Salud, en las actividades de EUROsocial, particularmente en las áreas temáticas IV, línea temática *Trasplante de Órganos* y V. *Promoción de políticas saludables en la comunidad para los sectores más vulnerables y excluidos*.

### Organismos Internacionales

#### OISS, Organización Iberoamericana de Seguridad Social

Es un organismo internacional, de carácter técnico y especializado, que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por el idioma español y portugués mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social. Integra a 195 instituciones de Seguridad Social de

22 países (19 de América Latina, dos de Europa y uno de África), disponiendo de delegaciones en muchas de sus capitales.

Entre los proyectos que lleva a cabo destaca: el *Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social* —relacionado con los movimientos migratorios— impulsado desde sus inicios por la OISS, que fue aprobado por la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Santiago de Chile en noviembre de 2007, y firmado ya por 13 países, cuyo objetivo es la implementación de un instrumento único de coordinación de las legislaciones nacionales en materia de pensiones que, con plena seguridad jurídica, garantiza los derechos de los trabajadores migrantes y sus familias, protegidos bajo los esquemas de Seguridad Social de los diferentes Estados Iberoamericanos; el *Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos*, que contiene un sustrato informativo comparado de las principales magnitudes que influyen y condicionan la evolución de dichos sistemas; y el proyecto sobre *Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos*. Ha sido socio del proyecto *Red de solidaridad de las personas ciegas de Latinoamérica (Red-Social)*, de la iniciativa ALIS de EuropeAid.

La OISS realiza actividades de formación de recursos humanos mediante la impartición de cinco Masters en *Dirección y Gestión de Bienestar Social y Servicios Sociales* (8ª Ed. Curso 2008-2009), *Prevención y Protección de Riesgos Laborales* (9ª Ed. Curso 2008-2009), *Dirección y Gestión de los Sistemas de la Seguridad Social* (12ª Ed. Curso 2008-2009), *Dirección y Gestión de Servicios de Salud* (7ª Ed. Curso 2008-2009), y en *Dirección y Gestión de Planes y Fondos de Pensiones* (6ª Ed. Curso 2008-2009).

Asimismo, la OISS presta cooperación, asistencia y apoyo técnico a la modernización de la gestión de los sistemas de Seguridad Social, impulsa el desarrollo de la Seguridad Social en Iberoamérica y cuenta con una línea estable de trabajo dedicada al impulso de las políticas de seguridad y salud laboral, en el marco de la cual se está consensuando una Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo que, una vez adoptada, se constituirá como el instrumento básico para

conformar el marco general donde se desarrollen las políticas de Seguridad y Salud en la Región a medio y largo plazo.

La OISS se ha encargado de la coordinación técnica de los dos intercambios realizados en el marco del área temática I (*Extensión de la Protección Social en Salud*) del proyecto EUROsociAL Salud.

## América Latina

### INSP, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

El INSP tiene gran experiencia de colaboración en el desarrollo de políticas públicas de salud, evaluación de programas, investigación y formación de recursos humanos, tanto en el propio México como en la Región Latinoamericana. Tiene importantes cuadros profesionales con larga experiencia en investigaciones y procesos de formación en salud. Cuenta con Centros de investigación en Salud Poblacional, Sistemas de Salud, Enfermedades Infecciosas, Información para toma de decisiones, Regional de investigación en Salud Pública y Encuestas Nacionales e Información en salud.

En EUROsociAL Salud, el INSP es responsable técnico de la línea temática de *Reforma y Financiación* del área temática II (*Buena Gobernanza en Sistemas, Hospitales y Servicios de Salud*), y co-responsable de la línea de intercambio sobre *Epidemiología y Salud Ambiental* dentro del área temática IV (*Políticas de Salud Pública y Control de Riesgos*).

### Fundación ISALUD, Buenos Aires, Argentina.

La Fundación ISALUD tiene experiencia con programas de investigación y formación de recursos humanos a través de la Universidad ISALUD. Ha realizado importantes estudios locales y regionales en el campo de la salud. Cuenta con cuadros profesionales con vasta experiencia en servicios y organismos de gobierno. Tiene varios programas en salud en cooperación con universidades del país y con órganos internacionales.

En EUROsociAL Salud, la Fundación ISALUD es responsable técnico de la línea temática de *Go-*

*bernanza de Hospitales* dentro del área temática II (*Buena Gobernanza en Sistemas, Hospitales y Servicios de Salud*), y de la línea temática de *Medicamentos Esenciales* dentro del área temática III (*Servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud, de calidad, y con acceso eficiente y equitativo a los medicamentos*).

### ENSP, Escola Nacional de Saude Publica, (Fiocruz) Brasil.

Es la mayor Escuela de Salud Pública de América Latina, con cuadros académicos con gran experiencia en investigación, formación de recursos y cooperación técnica en Brasil y en América Latina. Han desarrollado muchos proyectos en apoyo a programas de gobierno en salud en la perspectiva de la expansión de la atención, del desarrollo de la gestión, de mejora de la calidad de servicios y de la inclusión social en Brasil. Es responsable de los más importantes programas de formación en salud pública en Brasil.

En el ámbito EUROsocial Salud, la ENSP es responsable técnico de la línea temática de *Atención Primaria de Salud* dentro del área temática III (*Servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud, de calidad, y con acceso eficiente y equitativo a los medicamentos*), y de la línea temática de *Tecnologías de la Información- Comunicación en Salud* dentro del área temática V (*Promoción de políticas saludables en la comunidad para los sectores más vulnerables y excluidos*).

### FONASA (Fondo Nacional de Salud), Chile.

FONASA es responsable del aseguramiento de recursos para la asistencia pública en salud de más de 80% de la población chilena. Fomenta y coordina importantes programas y acciones de salud primaria. Es la institución de Seguridad Pública en Salud para los habitantes de Chile, y tiene la misión de garantizar a sus beneficiarios la protección social en salud de manera universal, solidaria y equitativa, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.

En EUROsocial Salud, FONASA es co-responsable en el área temática I, *Extensión de la Protección*

*Social en Salud* y responsable del intercambio sobre *Participación Social en Salud* del área temática II (*Buena Gobernanza en Sistemas, Hospitales y Servicios de Salud*).

## Miembros Asociados

### ADECRI (Agence de coopération internationale en sécurité sociale), Francia.

La ADECRI fue creada en 1995 por la red de cajas de seguridad social de Francia con el fin de acompañar a los países emergentes en el desarrollo o reforma de sus sistemas de protección social. La ADECRI cuenta con una red de expertos procedentes de 600 organismos repartidos por todo el territorio nacional, gracias a la cual dispone de las competencias de un auténtico centro de estudios. Es reconocida a nivel internacional como el representante francés de las cajas de seguridad social.

En el marco del Proyecto EUROsocial Salud, la ADECRI participa en los intercambios en materia de *Extensión de la Protección Social en América Latina, Buena Gobernanza y Financiamiento de la Salud*. Ha prestado apoyo a los países andinos mediante la creación de una Carta Andina de la Salud, ha realizado un estudio del sistema de jubilación de los servicios públicos en Guyana y proporciona apoyo a países de África, Asia y Europea Central y Oriental en todos los campos cubiertos por la protección social.

### Ministerio de Salud de Chile

Es la institución responsable de la rectoría, elaboración de normativa, formulación de políticas y supervisión de la salud en Chile. Cuenta con una Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, a partir de la cual desarrolla programas de cooperación bilateral, multilateral, horizontal y descentralizada.

En el marco de EUROsocial Salud, el Ministerio de Salud de Chile tiene la responsabilidad de la coordinación técnica de las líneas de intercambio de *Donación Voluntaria Altruista de Sangre* (con L'Établissement Français du Sang, el Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Sevilla y el Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra) y

*Donación Voluntaria Altruista de Órganos* (con la Fundación Angelo Celli y el Ministerio de Salud de Italia).

### Ministerio de Salud de Costa Rica

Es la institución responsable de garantizar la protección y mejoramiento del estado de la salud de la población costarricense a partir del ejercicio de

la rectoría y liderazgo institucional, con un enfoque de promoción de la salud y participación social, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.

En el marco de EUROsociAL Salud, el Ministerio de Salud de Costa Rica es responsable de las líneas de intercambio de *Epidemiología-Salud Ambiental* y *Salud Sexual y Reproductiva*.