



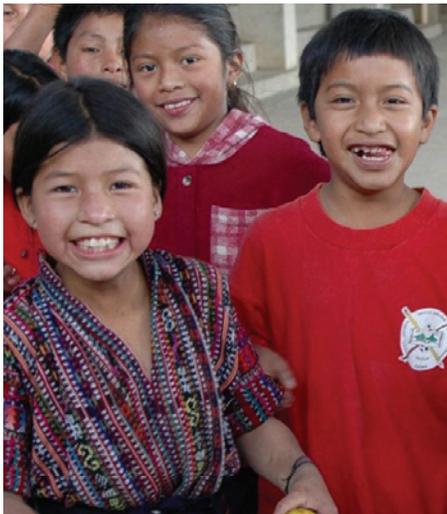
USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

**Diálogo para la
Inversión Social
en Guatemala**

ANÁLISIS DE POLÍTICA No. 8

La protección social en salud

Conceptos,
lecciones
aprendidas y
retos para
Guatemala



USAID Guatemala

¹Munro L. (2008) Risks, “Needs and Rights: compatible or contradictory bases for social protection.” Capítulo 2 en: *Social Protection for the Poor and Poorest: Concepts, policies and politics*. Editado por Barrientos A. y Hulme D. Palgrave, New York.

Presentación

LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD ES UN OBJETIVO DE POLÍTICA QUE concierne el desarrollo de los sistemas de salud y una alineación de los recursos financieros. Aunque la protección social en salud es un compromiso adquirido por los Estados a través de la legislación nacional y los compromisos internacionales, su efectiva garantía constituye uno de los mayores retos que afrontan tanto los países industrializados como los países en desarrollo. Además, no existe un modelo único para alcanzar dicho objetivo, sino más bien un conjunto de propuestas e instrumentos que en algunos casos son mutuamente excluyentes. La adopción de cualquiera de los enfoques o estrategias para la protección social conlleva implicaciones políticas y técnicas que deben ser reconocidas.

Con el ánimo de enriquecer el diálogo, en este octavo Análisis de Política se presentan los antecedentes y principales corrientes en materia de protección social de la salud, se analizan sus implicaciones de política y se plantean los pasos necesarios para su cumplimiento en el sistema de salud en Guatemala.

¿Qué es la protección social en salud?

Tres enfoques sobre la protección social

Para entender la “protección social en salud”, es necesario primero abordar el concepto más amplio de “protección social”. Munro identifica que la protección social tiene tres enfoques: de riesgos, necesidades y derechos¹. Aún cuando tienen aspectos en común, los tres enfoques no son del todo compatibles.

- *El enfoque de “riesgos”* en protección social sostiene que las imperfecciones del mercado (como las asimetrías de información,

www.proyectodialogo.org

Este documento está disponible en línea en:

http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_proteccion_08.pdf

incertidumbre sobre el futuro y el riesgo moral² entre otros) ocasionan distorsiones al punto que el sector comercial de seguros no cubre, o sólo cubre parcialmente, una gran cantidad de riesgos. Ello justifica que se organice una respuesta desde lo público para proveer servicios de salud, educación y seguridad social, entre otros. En el enfoque de “riesgos”, las medidas de protección social

están dirigidas a proteger o compensar la pérdida de beneficios que ocurren por las imperfecciones del mercado³.

- El enfoque de “necesidades” en protección social se centra en el imperativo de satisfacer necesidades humanas básicas para toda la población (salud, nutrición, educación, vivienda, abrigo, empleo y seguridad). Por lo tanto, las políticas de protección social deben asegurar que la población pueda satisfacer dichas necesidades en caso no sea posible a través de medios individuales o comunitarios⁴.

- El enfoque de “derechos humanos” en protección social es el que ha tenido mayor desarrollo a partir de la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos humanos y, en particular, del reconocimiento de la existencia de derechos económicos, sociales y culturales⁵. La protección social se ha desarrollado en este marco y plantea que los Estados tienen la obligación de garantizar la protección social de sus ciudadanos⁶.

A diferencia de los otros dos enfoques, que ven un rol para el Estado y la política pública sólo en aquellos casos donde hay fallas de mercado (enfoque de riesgo) o imposibilidad de satisfacer las necesidades por medios individuales o grupales (enfoque de necesidades), el enfoque de derechos en la protección social no se concibe sin la organización y supervisión desde el Estado.

Es importante reconocer las diferencias entre los tres enfoques arriba mencionados. Muchos de los debates actuales sobre mecanismos y estrategias para la protección social están de manera explícita o implícita (en la mayoría de casos), basados en los mismos. Se debe analizar si existe consistencia entre el enfoque de protección social adoptado (riesgos, necesidades o derechos) y los instrumentos de política que se emplean para alcanzar los objetivos o metas. No es extraño encontrar propuestas de extensión de la protección social que presentan contradicciones entre el enfoque o comprensión de la problemática a ser abordada, y los instrumentos de política y estrategia que se promueven, por ejemplo, proponer un enfoque de derechos y protección universal pero requerir un sistema que depende para su financiamiento del gasto de bolsillo de las personas que hacen uso de los servicios.

Tres enfoques, implicaciones distintas de política

| Enfoque | Elementos Destacados | Implicaciones de Política |
|-------------|---|--|
| Riesgos | <ul style="list-style-type: none"> • El mercado de salud es imperfecto • El sector público compensa las imperfecciones del mercado | <ul style="list-style-type: none"> • Afiliación obligatoria a un sistema de aseguramiento • Subsidios a la demanda • Incentivos a la oferta |
| Necesidades | <ul style="list-style-type: none"> • Hay necesidades básicas de todos • No todos pueden procurar satisfactores para sus necesidades | <ul style="list-style-type: none"> • Focalización de servicios y recursos en grupos poblacionales y/o regiones geográficas • Transferencias condicionadas a las familias |
| Derechos | <ul style="list-style-type: none"> • Todos los ciudadanos tienen derecho a las mismas condiciones de protección social • El Estado es responsable de garantizar este derecho para todos | <ul style="list-style-type: none"> • Aseguramiento público universal • Organización y supervisión del sistema desde el Estado |

Fuente: elaboración propia.

²El riesgo moral se refiere a la propensión de las personas a no invertir en un bien por tener asegurado su goce sin pago.

³Munro *Op. Cit.*

⁴*Ibid.*

⁵La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue firmada en 1948. NNUU 1948. El 16 de diciembre de 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), incluyendo el derecho a la salud, que entró en vigor el 3 de enero de 1976. Se considera que los DESC son universales (para todos), indivisibles (se deben cumplir en su totalidad), complementarios e inalienables, y que el Estado es responsable de garantizar los mismos. Guatemala se adhirió al Pacto el 19 de Mayo de 1988.

⁶Munro, *Op. Cit.*

La protección social en salud

Del concepto de protección social se deriva el concepto de protección social en salud. Existen dos conceptos que son ampliamente citados. Rosenberg y Anderson la definen como “la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan obtener servicios de salud de una manera adecuada, a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud en el país”⁷.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define protección social en salud como “el conjunto de medidas públicas (o privadas pero organizadas y reguladas por lo público) dirigidas a contrarrestar el estrés social y la pérdida económica (pérdida de productividad, paro laboral, ingresos disminuidos o pago de tratamiento) ocasionada por la enfermedad”⁸.

Es importante notar las diferencias entre ambos conceptos. Mientras que en el primero, el énfasis está en *recibir servicios de salud*, el concepto de la OIT hace énfasis en *reducir las consecuencias económicas de la enfermedad*. Ambos conceptos también se diferencian en el eje de intervención. En el primero el eje se encuentra al interior del sector salud. En el concepto de la OIT, el eje de la implementación sobrepasa al sector salud y, con una visión de sistema, involucra a otras instituciones (trabajo, asistencia social, seguridad social, etc.).

Es frecuente que el término “protección social en salud” se utilice como sinónimo de seguro social o de seguridad social. Varios autores indican que esto es un error, pues ambos son únicamente dos de los varios instrumentos disponibles para alcanzar el objetivo de la protección social en salud⁹.

¿Cuáles son los principios éticos inherentes a la protección social en salud?

En la literatura se identifican tres principios que son fundamentales en los sistemas de protección social: solidaridad, equidad y universalidad.

El principio de *solidaridad* significa una corresponsabilidad social de las personas sanas con las enfermas y de los más ricos con los que tienen menos recursos (subsidios cruzados)¹⁰. El principio de solidaridad no está asociado a la capacidad macroeconómica de un país o a su nivel de desarrollo económico. Aún en países muy pobres, la oportunidad de sobrellevar riesgos de salud y sus implicaciones económicas es mejor cuando se hace de forma colectiva, en contraste a una situación en donde cada individuo aislado deba afrontar el riesgo por su propia cuenta¹¹.

El principio de *equidad* en los sistemas de protección social se manifiesta de dos formas: uno es la equidad en el acceso, entendida como la ausencia de diferencias sistémicas en el acceso a servicios a causa de la estratificación socio económica o demográfica¹². El otro es la equidad financiera, la cual se manifiesta en la contribución proporcional que los hogares deben hacer para financiar un sistema de protección social, en función de su capacidad de pago.

La protección social en salud no es sinónimo de seguros sociales de salud o seguridad social. Ambos son únicamente dos de los varios instrumentos disponibles para alcanzar el objetivo de la protección social en salud.

⁷Rosenberg H. & Anderson B. (2000) “Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe.” *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2).

⁸International Labour Organization (2007) “Social Health Protection, an ILO strategy towards universal access to health care”. *Issues in Social Protection*, Discussion paper 19. Geneva.

⁹Kutzin J. (2007) “Myths, instruments and objectives in health financing and insurance”. Capítulo 3.1 en: *Extending Social Protection in Health: Developing countries’ experiences, lessons learnt and recommendations* GTZ/WHO.

¹⁰Wieczorek-Zeul H. (2007) “Social health insurance in Development Cooperation”. Capítulo 1.1 en: *Extending Social Protection in Health: Developing countries’ experiences, lessons learnt and recommendations* GTZ/WHO.

¹¹Diop A. (2007) “ILO’s Decent work agenda: Goal for fair Globalisation”. Capítulo 1.2 en: *Extending Social Protection in Health: Developing countries’ experiences, lessons learnt and recommendations*. GTZ/WHO.

¹²Braveman P y Gruskin S (2003) “Defining equity in health”. *J. Epidemiol. Community Health* 57; 254-258.

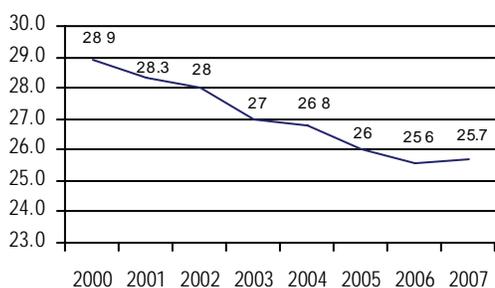
Las premisas en que se basó la universalización de la seguridad social nunca se consolidaron en muchos países. La OIT sostiene que, a pesar de ello, no se debe renunciar al imperativo de universalizar la protección social en salud. Sin embargo, para ello se necesitarán nuevas estrategias e instrumentos.

El tercer principio es el de la universalidad, que implica que los sistemas de protección social deben incluir a todas las personas de una sociedad o país. Sistemas de protección social que no tienen cobertura universal crean ciudadanía diferenciadas. La cobertura universal de la protección social se manifiesta tanto en el acceso efectivo y asequible a servicios de salud de calidad como en la protección financiera en caso de enfermedad. La protección financiera va desde evitar o reducir al mínimo los gastos de bolsillo, hasta mecanismos de seguro de empleo u otros que protegen ante las pérdidas del ingreso¹³.

En la práctica, los tres principios son interdependientes. Por ejemplo, la universalidad debe ser lograda con equidad y no a expensas de esta. Es decir, alcanzar la universalidad a través de carteras de beneficios diferenciadas (sea por capacidad de pago, condiciones de empleo o lugar de residencia) no es consecuente con la equidad ni con la solidaridad. Por otra parte, un mecanismo de solidaridad, como los subsidios cruzados, que distribuye el riesgo entre afiliados, es insuficiente si únicamente está disponible para un segmento de la población (por ejemplo, trabajadores del sector formal o en contextos urbanos).

¿Cuáles son las lecciones aprendidas sobre estrategias y mecanismos para alcanzar la protección social en salud?

Gráfica 1: Evolución de la cobertura del IGSS en Guatemala, como proporción de la PEA, 2000 a 2007



Fuente: IGSS (2000-2007) Memorias de labores, Guatemala.

La OIT ha sugerido que el sistema clásico de seguridad social (tripartito patrono, empleado y subsidio del Estado) ya no alcanza como respuesta ante la necesidad de protección social. Las premisas que sostenían la posibilidad de universalizar la seguridad social, tales como industrialización y empleo formal o estructurado, nunca se consolidaron en muchos países. A nivel global se observa un estancamiento y en muchos países existen tendencias hacia la pérdida de cobertura de la seguridad social¹⁴. Guatemala no es una excepción en ello. Durante el periodo 2000-2007, la proporción de la población económicamente activa (PEA) cubierta por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) cayó de 28.9% a 25.7%¹⁵ (ver Gráfica 1). La OIT sostiene que, a pesar de ello, no se debe renunciar al imperativo de universalizar la protección social en salud. Sin embargo, para ello se necesitarán nuevas estrategias e instrumentos.

Un eje central de las estrategias es el financiamiento, y para ello existe toda una diversidad de mecanismos, que van desde sistemas nacionales de salud financiados por el recaudo fiscal, contribuciones obligatorias a sistemas de seguridad social (tripartitos) y sistemas de aseguramiento privado sin ánimo de lucro (organizados o supervisados a través de instituciones públicas), hasta mecanismos de aseguramiento mutuales o comunitarios¹⁶.

La OIT advierte que la utilización de diferentes mecanismos debe abonar al propósito de alcanzar la universalidad, equidad y solidaridad. Algunos de los mecanismos que se utilizan actualmente (por ejemplo, asignar la población a diferentes segmentos de

¹³ILO Op. Cit.

¹⁴ILO Ibid.

¹⁵IGSS (2001-2007). *Memoria de Labores*. Guatemala.

¹⁶ILO Ibid.

afiliación por capacidad de pago) no contribuyen a ese propósito sino que únicamente ocasionan ciudadanías diferenciadas por riesgo¹⁷.

La expansión de la protección social a nuevos grupos de población frecuentemente está asociada con que estos reciban beneficios menores que aquellos a quienes el sistema ya atiende. Este ha sido el caso de Colombia (que diferencia entre segmento contributivo y segmento subsidiado) y México (que diferencia entre seguros públicos tradicionales y seguros populares para el sector no formal). Esta situación depende directamente de la cantidad de recursos que puede recoger el sistema a través de la cantidad de afiliados y la cuota de afiliación. Para evitar estas diferenciaciones en la población, varios países (Inglaterra, España, Suecia y Brasil) se han movido de un financiamiento de contribuciones basadas en el salario a un financiamiento por impuestos¹⁸.

En los países con sistemas de protección social reconocidos como exitosos por su universalidad y equidad, la contribución que hacen los hogares para financiar el sistema, es principalmente en cuotas pre pagadas, en oposición a pagos directo por episodio de enfermedad. Otro aspecto importante del financiamiento en sistemas exitosos es el hecho que la mayor parte del financiamiento recae sobre fuentes obligatorias de financiamiento, por ejemplo, contribuciones obligatorias a esquemas de aseguramiento y diferentes impuestos (de preferencia directos, en oposición a indirectos). Aún cuando la contribución voluntaria (por ejemplo a seguros privados) existe, se considera que juega un rol menor en asegurar la cobertura universal, pues se necesitan mecanismos del tipo arriba mencionados¹⁹.

En países de ingresos económicos bajos, se han implementado recientemente programas de microseguros. Dichos programas van dirigidos principalmente a trabajadores que están por fuera de los sistemas oficiales de seguridad social establecidos (trabajadores independientes, de la economía no estructurada o informal). Las experiencias más exitosas cuentan siempre con una subvención estatal²⁰. Su impacto como sistemas de protección social es, sin embargo, muy limitado, y la capacidad de generar recursos restringida. Por lo tanto, en su mayoría sólo cubren enfermedades cuya atención necesita un bajo nivel resolutivo y de relativo bajo costo, y no eventos catastróficos o agudos. Por ello se considera que los microseguros no constituyen respuestas sostenibles²¹.

Los análisis de las experiencias en países específicos están permeados por los objetivos que los autores ven como relevantes para los sistemas de protección social. Es por ello que se encuentran opiniones y análisis contradictorios para los países que han sido más estudiados en relación a las reformas de protección social en salud (Colombia, México y Chile). Por ejemplo, existe evidencia que las reformas en Colombia aumentaron la cobertura de aseguramiento en población que estaba por fuera del sistema²². Esto es para muchos un éxito desde una perspectiva de riesgo o necesidad, a pesar que la cobertura se ha estancado y queda aun casi una cuarta parte de la población sin cobertura²³. Para otros autores, la falta de universalidad del sistema es precisamente una de las mayores debilidades, además de haber creado diferentes categorías de ciudadanía en relación a las condiciones de empleo y capacidad de pago

Una tarea irrenunciable del Estado es el organizar tanto el financiamiento como la supervisión del sistema de protección social. Sin embargo, la entrega directa de los servicios puede ser por prestadores públicos, privados o una mezcla de ambos.

¹⁷Reynaud E. (2003) *Extensión de la cobertura de la seguridad social: La actuación de la Oficina Internacional del Trabajo*. ESS Informe No. 3. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.

¹⁸Savedoff W. (2007) "Implications of Enrolment Criteria for Social Insurance". Capítulo 3.2 en: *Extending Social Protection in Health: Developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations* GTZ/WHO.

¹⁹Evans T. (2007) "Universal coverage: from concept to implementation". Capítulo 1.3 en: *Extending Social Protection in Health: Developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. GTZ/WHO.

²⁰Reynaud Op. Cit.

²¹Savedoff W. (2004) "Is there a case for social insurance?" *Health Policy and Planning* 19 (3): 183–184

²²Jaramillo I. (2002) "Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia." *Gaceta Sanitaria* 16 (1): 48-53; Céspedes-Londoño J, Jaramillo- Pérez I, Castaño-, Castaño-Yepes A. (2002) "Impacto de las reformas del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia". *Cad Saúde Pública*. 18 (4): 1003-1024.

²³Flórez C. & Tono T. (2002) *La equidad en el sector salud: una mirada de 10 años*. Documento de trabajo No. 6. Fundación Corona. Bogotá, Colombia.

El éxito en medidas de protección social en salud está amarrado a las medidas estructurales de protección social, por ejemplo, creación de empleo decente, reducción de la pobreza y el desarrollo social y económico en general.

²⁴Hernández M. (2002) Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*, 18 (49): 991-1001

²⁵World Bank (1993) *Investing in Health*. World Development Report. Washington DC.

²⁶Se entiende por descreme la práctica de los seguros de excluir de su cobertura a los sujetos de mayor riesgo de sufrir el evento asegurado, de esa manera previniendo la realización de pagos por su ocurrencia. Ejemplo de ello es cuando los seguros excluyen a personas mayores de 65 años, al tratarse de quienes enferman con más frecuencia.

²⁷Savedoff *Op. Cit.*

²⁸ILO *Op. Cit.*

²⁹Evans *Op. Cit.*

³⁰Flores W. (2008) "El Sistema de Salud en Guatemala 4: ¿Así funcionan?" Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala.

³¹USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala y PNUD (2008) "¿Quién financia el sistema de salud en Guatemala?" *Serie Análisis de Política* No 1. www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_01.

³²Una discusión de las limitaciones asociadas al gasto directo de los hogares para financiar la salud se encuentra en USAID/Diálogo para la Inversión Social y PNUD *Op. Cit.*

³³*Ibid.*

(por ejemplo, los afiliados en régimen contributivo reciben una cartera mayor de beneficios que los afiliados en el régimen subsidiado)²⁴.

En Chile, existe literatura que define el suyo como un sistema privatizado de protección social exitoso²⁵. Sin embargo, literatura reciente evidencia que debido al 'descreme'²⁶ aplicado por las aseguradoras privadas, el Estado ha tenido que reforzar el rol de asegurador al punto que casi un 70% de toda la población esta afiliada al seguro público²⁷.

La OIT reconoce que, aún cuando puede haber participación de instituciones y actores privados (con ánimo de lucro o sin él) en los sistemas de protección social, estos deben estar organizados y supervisados por la institución pública que se haya delegado para hacer cumplir los objetivos y metas de protección social en el país²⁸.

Lo anterior no debe llevar a pensar que la cobertura universal de la protección social sólo se puede alcanzar si las instituciones públicas prestan también los servicios. Una tarea irrenunciable del Estado es organizar tanto el financiamiento como la supervisión del sistema de protección social. Sin embargo, la entrega directa de los servicios puede ser por prestadores públicos, privados o una mezcla de ambos²⁹.

¿Cuáles son los retos actuales para lograr la protección social en salud en Guatemala?

El país presenta tres retos principales interconectados. El primero es un bajo nivel de aseguramiento en la población, el cual no sobrepasa el 11% de la población total (afiliados al IGSS y seguros privados)³⁰. Ello implica que la posibilidad de financiar un sistema de protección social a partir de contribuciones prepagadas se encuentra bastante lejos.

El segundo reto es el excesivo gasto de bolsillo que realizan los hogares para procurar servicios de salud. Dicho gasto representa un 56% de todo el gasto en salud del país, lo cual equivale a un 4.7 del PIB³¹. Si se toma en cuenta el bajo porcentaje de aseguramiento, es posible deducir que más de la mitad de todo el gasto público en salud se realiza por evento médico (sea consulta, medicamentos, o exámenes diagnósticos) lo cual ocasiona serias ineficiencias y no brinda protección financiera alguna a la población que afronta dichos gastos³².

El tercer reto es un bajo gasto público en salud, el cual no sobrepasa el 1.5% del PIB (incluye IGSS, MSPAS y otros)³³. El gasto público representa menos de una quinta parte de todo el gasto en salud, lo cual impone enormes limitantes para lograr que la bolsa pública sea el principal recurso financiero que alimente un fondo dirigido a financiar un sistema de protección social en el país.

¿Qué pasos debemos tomar en Guatemala?

Existen etapas ineludibles en Guatemala para encaminarnos hacia la protección social en salud.

1. Definir la estrategia central para expandir la protección social en salud

Aun cuando existen diferentes estrategias y mecanismos para extender la protección social en salud, es necesario identificar la estrategia central a la cual se puedan sumar otras estrategias menores. ¿Se debe continuar apostando por el modelo clásico de seguro social (reflejado por el IGSS) o se debe crear un sistema público de aseguramiento en donde toda la población tenga derecho a un conjunto de prestaciones, sin consideración de su condición de empleo?

2. Reestructurar la arquitectura financiera del sistema de salud

Una vez identificada la estrategia central y sus mecanismos, es necesario estructurar la arquitectura financiera del sistema. Es claro que con la estructura actual (basada en el gasto de bolsillo de las familias y con un gasto público extremadamente bajo) no se logra ningún objetivo de protección social. La nueva arquitectura financiera deberá atender a las opciones centrales de financiamiento, por ejemplo: ¿Se definirá un aporte constitucional para el sistema de protección social? ¿Se definirá uno o varios impuestos específicos? ¿Se hará obligatoria la afiliación de la población independiente de condiciones de empleo? ¿Se hará una combinación estratégica de varios mecanismos que permita sacar el mayor provecho?³⁴

3. Integrar diferentes políticas y programas basados en el enfoque de derechos humanos

La protección social en salud no se puede separar de la visión general de protección social que exista en el país. El éxito de las medidas de protección social en salud está amarrado a las medidas estructurales de protección social, tales como la política de creación de empleo decente³⁵, la reducción de la pobreza y el desarrollo social y económico en general. En otras palabras, la protección social en salud no es una política aislada. Por el contrario, debe ser un componente integral de la estrategia nacional de protección social y sus metas³⁶. Lo anterior implica discutir y acordar los niveles de integración que debe haber entre acciones tales como las transferencias condicionadas para salud y educación y los programas que dependen y son entregados directamente por los ministerios de línea. Otro tanto se aplica a la integración entre el programa gubernamental de pensión para población de la tercera edad y los beneficios que presta el IGSS. El hecho que estas políticas y programas trabajen en paralelo y sin integración afecta la posibilidad de lograr mayor eficiencia y cobertura en los programas.

4. Afianzar la gobernanza del sistema de protección social

La gobernanza se refiere al nivel de transparencia y rendición de cuentas que existen en la toma de decisiones que realizan los funcionarios e instituciones,



José Antonio Torres / USAID/Diálogo para la Inversión Social

³⁴ILO *Op. Cit.*

³⁵El concepto de “empleo decente” es promovido por la OIT como un propósito de política que considera cuatro objetivos interconectados: la generación de empleo, la garantía de los derechos del trabajador, el diálogo social y la protección social.

³⁶ILO *Op. Cit.*

La serie ANÁLISIS DE POLÍTICA busca diseminar información y análisis sobre política pública en salud y educación que ayude a los responsables de la toma de decisiones, analistas y ciudadanos a tener posiciones mejor informadas sobre aspectos críticos para el desarrollo social en Guatemala.

El material aquí presentado fue preparado por Walter Flores para el proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala.

Esta es una publicación del proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, bajo la Orden de Trabajo EDH-I-02-05-00024-00, y en apoyo al Objetivo Estratégico 3 de USAID, *Inversión social: personas más sanas y con mejor nivel de educación*.

Las opiniones expresadas en este trabajo no necesariamente reflejan la posición de USAID.

Encargado de edición:
Félix Alvarado.

Junio 2009

³⁷Flores et al. (2008) *La gobernanza en los sistemas de salud: conceptos y herramientas para el análisis*. Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud. Mimeo.

³⁸USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala y PNUD *Op. Cit.*

³⁹Wieczorek-Zeul H(2007) "Social health insurance in Development Cooperation". Capítulo 1.1 en: *Extending Social Protection in Health*. GTZ/WHO.

⁴⁰Ver Constitución de la República artículos 93 a 95, Código de Salud, decreto 90-97 artículo 1.

siguiendo las "reglas del juego" políticas e institucionales³⁷. En un contexto donde el 80% del gasto en salud es privado y más de la mitad proviene directamente de los hogares³⁸, la viabilidad económica de un sistema de protección social está en hacer que esos recursos que se gastan ahora de bolsillo y en una forma muy ineficiente e inequitativa, pasen a financiar un sistema que garantice el acceso a los servicios necesarios y proteja del riesgo financiero de la enfermedad.

Establecer la forma en que se realizará tal canalización de recursos en condiciones de eficiencia y sostenibilidad es una tarea de análisis técnico para la reestructuración de la arquitectura financiera. Sin embargo, independiente del mecanismo que se defina, su viabilidad política depende de que la ciudadanía pueda confiar que el Estado (o el ente público que se defina) manejará los recursos de una forma transparente, solidaria y equitativa. Por ello, la calidad de la gobernanza de los sistemas de protección social es un componente esencial para avanzar en la viabilidad política y financiera. Únicamente si los sistemas de protección social demuestran transparencia y la capacidad de respuesta a las necesidades de la población, tendrán el apoyo irrestricto de la ciudadanía³⁹.

Promover la protección social en salud: una tarea impostergable

En Guatemala la ley ya establece bases para la protección social en salud al declarar el derecho universal a la salud⁴⁰. En este marco, una agenda en favor de la protección social de la salud debe comenzar por generar una visión y una estrategia compartidas para ampliar la protección social en el sector, y postular políticas que sean congruentes con ella. Al considerar la salud como un derecho social se hace necesario integrar las políticas y programas a partir de dicho enfoque, reestructurar la arquitectura financiera del sistema de salud y afianzar su gobernanza para responder a necesidades de protección social. Todo ello exige esfuerzos técnicos, financieros y jurídicos, pero por sobre todo, de construcción de consensos políticos impostergables.

Este documento está disponible en línea en:

http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_proteccion_08.pdf

Para más información, comuníquese con nosotros

Proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala

6 Avenida 20-25 Zona 10, Edificio Plaza Marítima Nivel 5, Oficina 5-4

Ciudad de Guatemala, 01010, Guatemala

Teléfono: +502-2380-6100

Fax: +502-2380-6101

Correo electrónico: informacion@proyectodialogo.org

Web: www.proyectodialogo.org