



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



52.º CONSEJO DIRECTIVO 65.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

Punto 4.3 del orden del día provisional

CD52/5 (Esp.)
17 de julio del 2013
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Documento conceptual

Introducción

1. El propósito de este documento es brindar a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) una propuesta conceptual e informarles cuál es la situación respecto de la protección social en salud en la Región. Además, se pide a los Cuerpos Directivos que consideren un conjunto de recomendaciones, para ejecutar las actividades de cooperación técnica a nivel regional y de país. Este documento es el resultado de una extensa consulta e incluye numerosos aportes de los grupos de expertos consultados durante el año 2012 y parte del 2013.

2. A partir de la iniciativa conjunta de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OPS en el año 2002 (resolución CSP26.R19 [2002]), la OPS ha emprendido numerosas actividades tendientes a la extensión de la protección social y a la disminución de los niveles de exclusión en materia de salud en la Región, lo cual se refleja en el Objetivo Estratégico 14 del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS (1).

3. La situación de la protección social en salud en la Región de las Américas ha presentado avances significativos en los últimos años. Sin embargo, resulta necesario dar continuidad a la formulación de políticas y programas que contribuyan a la construcción de sistemas de salud integrados, equitativos, solidarios y centrados en las necesidades concretas y las demandas legítimas de las personas.

Antecedentes

4. Si bien es posible encontrar una vinculación histórica en el origen de los conceptos de protección social y seguridad social, como es el caso del establecimiento de los seguros de salud en el siglo XIX en Europa, hoy en día se reconocen como diferentes.

La denominación seguridad social se refiere, en particular, a las prestaciones de protección social que se originan a partir de mancomunar, solidariamente, aportes relacionados con el trabajo. No obstante, en algunos países, la denominación seguridad social se utiliza como sinónimo de protección social.

5. En términos históricos, es posible identificar, en los países de las Américas, un primer enfoque de protección basada en el empleo y relacionada con la previsión social y la salud, en la primera mitad del siglo pasado. Luego, en la segunda mitad del siglo XX, la protección social surgió fundamentalmente como respuesta a situaciones de emergencia social y fue la llamada asistencia social. Por último, desde los primeros años de este siglo, las medidas de protección social tienden a establecerse sobre la base de una participación activa del Estado interesado en el desarrollo social mediante la puesta en práctica de garantías ciudadanas (2). Este enfoque actual hace hincapié en las garantías de los derechos sociales universales que exigen la intervención estatal, entre ellos el derecho al mejor nivel de salud posible (3).

6. En el año 2002, mediante una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, se estableció la iniciativa de ampliación de la protección social en materia de salud, en la que se instaba a los Estados Miembros a ampliar las acciones en dicha materia (4).

7. En el 2005, la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros “a que velen por que los sistemas de financiación de la salud prevean un método de pago anticipado de las contribuciones para la atención de salud, con objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud” (5).

8. La iniciativa denominada Piso de protección social para una globalización equitativa e inclusiva, lanzada en el 2009 dirigida por la OIT y la OMS, impulsa, bajo el concepto de pisos de protección social, “un conjunto integrado de políticas sociales diseñado para garantizar a toda persona la seguridad de los ingresos y el acceso a los servicios sociales esenciales, prestando especial atención a los grupos vulnerables y protegiendo y empoderando a las personas a lo largo del ciclo de vida” (6).

9. Recientemente, la Asamblea General de las Naciones Unidas en su sexagésimo séptimo período de sesiones, invitó a los Estados Miembros a que reconocieran la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante mecanismos de atención primaria de la salud y protección social, incluidos los niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional.¹

¹ Naciones Unidas. Comunicado de prensa: Adopting Consensus Text, General Assembly Encourages Member States to Plan, Pursue Transition of National Health Care Systems towards Universal Coverage [Internet]. 67.º período de sesiones de la Asamblea General; 12 de diciembre del 2012; Nueva York (NY): ONU; 2012 (documento GA/11326, 53.^a reunión plenaria). Disponible en: <http://www.un.org/News/Press/docs//2012/ga11326.doc.htm>.

También reconoció que la mejora de la protección social en pro de la cobertura universal es una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo y contribuye a apoyar una transición a una economía más sostenible, inclusiva y equitativa.²

Situación actual

Alcances de la protección social en el campo de la salud

10. La protección social constituye un concepto amplio, que incluye todas las medidas del Estado para la universalización de las prestaciones y los servicios prioritarios, entendiendo por tales viviendas, trabajo, educación, pensiones y salud.

11. Se entiende por protección social en salud a “la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo” (7).

12. La protección social en salud constituye un marco de referencia para la concreción del acceso al cuidado de la salud entendiéndose la salud como un derecho, o un bien preferencial, que la sociedad ha consagrado. La protección social en salud está basada en la concepción de la salud como un derecho humano fundamental y un requisito para el desarrollo humano y social. Dichas políticas deben estar orientadas a la universalidad, a fin de garantizar no sólo el acceso efectivo, sino además la oportunidad y la calidad de los servicios de atención de salud. Sin embargo, aunque universales, estas políticas deben estar atentas a producir respuestas especiales para necesidades especiales, ser permeables al enfoque de género y proactivas en la atención de las necesidades de las minorías étnicas y culturales. Las políticas que componen la protección social en salud en una determinada sociedad se consolidan de manera progresiva, acrecentando el alcance efectivo del bien común en el campo de la salud.

13. Para sustentar el enfoque de protección social en las políticas públicas de salud es necesario lograr un cierto grado de acuerdo social. A su vez, estos procesos de acuerdo contribuyen a la cohesión social basada en valores democráticos mediante la apropiación, por parte de la misma sociedad, del concepto de derecho a la salud y los roles del Estado y las personas en la concreción de tales derechos fundamentales (8).

14. La protección social en salud es congruente con orientaciones estratégicas para abordar los determinantes sociales de la salud y su enfoque como medida para reducir inequidades. El enfoque de protección social en salud es, además, congruente con el objetivo de cobertura universal entendida como la situación en la cual todo ciudadano

² Ibid, Naciones Unidas.

tiene acceso a los servicios de cuidado de la salud que necesita sin incurrir en riesgo financiero individual, sino mediante la mancomunación social solidaria de los esfuerzos de financiamiento. La cobertura universal constituye la imagen objetivo hacia la cual dirigir las políticas de protección social en salud.

15. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ha recomendado la creación de sistemas de salud de calidad, con cobertura universal y centrados en la atención primaria. Desde una perspectiva estratégica, la protección social en salud se pone en práctica mediante la atención primaria de salud, sobre la base de sus tres valores nucleares: derecho al nivel de salud más alto posible, equidad y solidaridad y de acuerdo a sus principios.

Sistemas de salud y protección social en salud en las Américas y el Caribe

16. Progresar en la implementación de la protección social en salud constituye un desafío para la Región, aunque ha habido avances importantes (9) en los últimos años. Estos se han dado en diversas modalidades y mediante procesos propios de cada país considerando su contexto y necesidades específicas (ver ejemplos específicos de algunos países en el anexo C).

17. Algunos de los avances logrados comprenden la ampliación de la cobertura, cambios en los mecanismos de financiamiento, mejoras en los modelos de atención y de gestión e integración de los servicios. Algunos países han reformulado sus sistemas de salud en base a modelos financiados a partir de rentas generales. Otros, han optado por modalidades de aseguramiento público con diversidad de fuentes de financiamiento. En términos de garantías del derecho a la salud, algunos países han establecido marcos jurídicos sólidos y conjuntos de prestaciones garantizadas, mientras que otros se encuentran desarrollando y fortaleciendo estos marcos e instrumentos. Los países de la Región han mostrado preocupación por definir y poner en práctica modelos de atención basados en Atención Primaria de la Salud y centrados en las personas. Algunos de estos modelos, particularmente aquellos con población a cargo y acciones proactivas de atención integral de la salud, han dado evidencia de mejoras significativas en los indicadores de salud.

18. Aun teniendo en cuenta estos importantes avances de los países respecto de sus sistemas de salud, en la Región persisten características de segmentación y fragmentación en los mismos. La mayor parte de los países presenta sistemas con nichos de oferta de servicios que se diferencian en su forma de financiamiento, algunos son subsectores con mecanismos contributivos y otros tienen mecanismos no contributivos y actúan como canales relativamente independientes para el acceso de la población a la atención de salud.

Protección social en salud y programas de reducción y eliminación de la pobreza extrema

19. En los últimos 15 años, los países de la Región han formulado programas destinados a la reducción de la pobreza, fundamentalmente mediante la utilización de mecanismos de transferencias condicionadas de ingresos a los sectores más vulnerables de la población. En la mayor parte de estas experiencias, las condicionalidades están relacionadas con la asistencia a las escuelas y los controles de salud.

20. Según la CEPAL, en 18 países de la Región, hay programas activos de transferencias condicionadas de ingresos. Estos benefician a más de 25 millones de familias, unos 113 millones de personas, es decir, alrededor de un 19% de la población de América Latina y el Caribe. Su costo ronda el 0,4% del PIB de la Región. En el componente relativo a la salud, las transferencias condicionadas de ingresos ofrecen paquetes básicos de servicios destinados específicamente a los beneficiarios, o bien, acceso a prestaciones de salud disponibles para el conjunto de la población. Respecto del carácter de condicionalidad para las prestaciones de salud, las transferencias de ingresos intentan actuar como incentivo para la demanda de servicios de salud aunque algunos de estos establecen rígidos sistemas de monitoreo y penalidades, incluyendo la suspensión del beneficio.

Propuesta

21. Sobre la base de lo anteriormente expuesto y con el fin de orientar los esfuerzos técnicos de cooperación, desde la Organización Panamericana de la Salud se formulan las siguientes líneas de acción en relación con la protección social en salud en la Región de las Américas:

- a) Crear un marco de política y estrategia que defina el camino a seguir para el abordaje de la protección social en salud en la Región.
- b) Crear un marco de evaluación que contribuya a la medición del progreso en el avance en la protección social en salud.
- c) Introducir el concepto de protección social en salud como fundamento en los procesos de conducción y transformación de los sistemas de salud, mediante su incorporación en los planes y políticas de salud.
- d) Propiciar el desarrollo de mecanismos de financiación más eficientes y solidarios, que permitan sostener en el tiempo, un acceso garantizado a los servicios de salud de calidad en el momento oportuno y en el nivel adecuado.
- e) Revisar y mejorar los componentes de salud de los programas de protección social, en particular los programas de transferencias condicionadas de ingresos, propiciando su integración en el desarrollo de la protección social en salud.

- f) Promover la participación social y la conciencia de derechos y obligaciones respecto de la salud de las personas, las familias y la comunidad tanto en la sociedad misma como en el colectivo de trabajadores del sistema de salud.

Intervención del Consejo Directivo

22. Se invita al Consejo Directivo a que examine la información presentada en este documento y considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución incluido en el anexo A.

Anexos

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto) [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (Documento oficial No. 328) [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OD%20328-documento%20completo.pdf>.
2. Cecchini, S y Martínez, R (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]). Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos [Internet]. Santiago (Chile): Naciones Unidas; 2011 [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/42797/Libro-proteccion-social-ALC-CEPAL-2011.pdf>.
3. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; Pontificia Universidad Javeriana. Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas [Internet]. Hernández Bello, A, Rico de Sotelo, C., Eds. Bogotá (Colombia): Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2011 [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
<http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/45898/1/132385.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de Salud y la Organización Internacional del Trabajo [Internet]. 130.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; del 24 al 28 de junio del 2002; Washington (DC), Estados

Unidos. Washington (DC): OPS; 2002 (resolución CE130.R9) [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce130.r9-s.pdf>.

5. Organización Mundial de la Salud. Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad [Internet]. 58.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 16 al 25 de mayo del 2005; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2005 (resolución WHA58.33) [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-sp.pdf.
6. Organización Internacional del Trabajo. Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet, convocado por la OIT con la colaboración de la OMS [Internet]. Ginebra (Suiza): Oficina Internacional del Trabajo; 2011 [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_176521.pdf.
7. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo [Internet]. 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2002; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2002 (documento. CSP26/12) [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
<http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-12-s.pdf>.
8. Naciones Unidas; Comisión Económica para América Latina; Agencia Española de Cooperación Internacional; Secretaría General Iberoamericana. Cohesión Social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago (Chile): Naciones Unidas; 2007 [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/27814/P27814.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: edición 2012. Panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington (DC): OPS; 2012 (Publicación Científica y Técnica No. 636) [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/>.

Bibliografía

1. Artigas, C. Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales. Santiago (Chile): Naciones Unidas; 2005 (CEPAL- Serie políticas sociales N° 110).
2. Bólis, M. El derecho a la salud desde el enfoque de la extensión de la protección social. Documento inédito. Presentación en las Jornadas Subregionales de Defensores de Derechos Humanos; San José, Costa Rica; del 14 al 15 de marzo del 2005.
3. Morales Ramirez, M A. Protección Social: ¿Concepto dinámico? *Revista Latinoamericana de Derecho Social* N° 2, ene-jun de 2006, pp. 201-222.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2010. [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
<http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud [Internet]. 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS 2012 (resolución CSP28.R9) [consultado el 25 de enero del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18921&Itemid=270&lang=es.
6. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, (DC): OPS; 2007 [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf.
7. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington (DC): OPS; 2010 (Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, N° 4) [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/049651.pdf>.
8. Organización Panamericana de la Salud; Organismo de Cooperación Internacional Español; Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Exclusión en salud.

Estudios de caso. Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Washington (DC): OPS/OMS; 2009 (Serié: Extensión de la Protección Social en Salud, N° 2). Washington DC. 2009.

9. Organización Panamericana de la Salud; Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Diálogo social como herramienta para la extensión de la protección Social en Salud: experiencias de diálogo social en salud en países de América Latina [Internet]. Washington (DC): OPS; 2007 (Serie: Extensión de la Protección Social en Salud, N° 3) [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en: http://www.who.int/management/country/latinamerica_carribean/DialogoSocialExperienciasAmericaLatina.pdf.
10. Savedoff, W., de Ferranti D, Smith AL, Van V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage [Aspectos políticos y económicos de la transición hacia la cobertura universal en salud]. *The Lancet*. 2012 Sep 8;380 (9845):924-932.
11. Sojo, A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.6, pp. 2673-2685 [consultado el 16 de noviembre del 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600002>.
12. Urriola, R. Políticas principales para extender la protección social en salud. Inédito. Washington (DC): OPS; 2012.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



52.º CONSEJO DIRECTIVO **65.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

CD52/5 (Esp.)
Anexo A
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROYECTO DE RESOLUCIÓN **PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *Protección social en salud* (documento CD52/5);

Considerando la resolución CSP26.R19 (2002), que apoya la extensión de la protección social como una línea de trabajo en las actividades de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS);

Teniendo en cuenta que la Asamblea General de las Naciones Unidas en su sexagésimo séptimo período de sesiones reconoce que las mejoras en la protección social dirigidas a la cobertura universal constituyen una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo;

Consciente del marco de la Red Interamericana de Protección Social con el que se han comprometido los líderes y jefes de estado en la Quinta Cumbre de las Américas a fin de aliviar la pobreza y reducir las desigualdades al intercambiar las mejores prácticas en materia de protección social, y del Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres, del cual la OPS es miembro, y que apoya la ejecución de dicho marco;

Reconociendo que si bien los países de la Región han logrado importantes avances en los procesos de reforma de sus sistemas de salud (aunque aun persisten importantes desafíos como seguir fortaleciendo la calidad de los servicios de salud para todos) y en combatir la segmentación y la fragmentación de los mismos, lo cual genera inequidad;

Consciente de la necesidad de dar continuidad a la formulación de políticas y programas enfocados a la construcción de sistemas de salud más integrados, equitativos y solidarios que apoyen el derecho al goce del grado más alto posible de salud;

Considerando que, desde una perspectiva estratégica, la protección social en salud se pone en práctica mediante la atención primaria de salud, sobre la base de sus tres valores nucleares, es decir, la equidad, la solidaridad y el derecho al goce del grado más alto posible de salud, y de acuerdo a sus principios,

RESUELVE:

1. Tomar nota del documento conceptual *Protección social en salud*.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda dentro de sus contextos particulares, a que:
 - a) reconozcan la necesidad de fortalecer las iniciativas de salud y la protección social a fin de reducir la pobreza en la Región;
 - b) incorporen el concepto de protección social en salud como fundamento en los procesos de gobernanza y transformación de los sistemas de salud;
 - c) establezcan marcos jurídicos, según corresponda, que definan las medidas relacionadas con la protección social en salud;
 - d) fortalezcan los componentes de salud de los programas de protección social (especialmente los enfoques de atención primaria de salud y determinantes sociales de la salud), incluidos los programas de transferencias condicionadas de dinero y otros programas sociales;
 - e) promuevan la participación social y la conciencia de los derechos y obligaciones respecto de la salud de las personas, las familias y la comunidad, tanto en la sociedad misma como en el colectivo de trabajadores del sistema de salud;
 - f) utilicen los mecanismos establecidos, como la Red Interamericana de Protección Social y otras iniciativas subregionales y regionales, a fin de intercambiar buenas prácticas en cuanto a los programas en contra de la pobreza relacionados con la salud por parte de los gobiernos y las instituciones de toda la Región.

3. Solicitar a la Directora que:
 - a) fortalezca la cooperación técnica en materia de protección social en salud como eje prioritario de trabajo en el camino hacia la cobertura universal;
 - b) promueva la generación de información sistemática y de evidencia sobre brechas y avances en la protección social en salud observados en los países de la Región, incluida la evidencia y las mejores prácticas en torno a las transferencias condicionadas de dinero;
 - c) difunda y promueva las buenas prácticas en materia de protección social en salud, y promueva la comunicación y la articulación de los adelantos de la Región en protección social con los debates de la Organización Mundial de la Salud en torno a la cobertura universal de salud, aprovechando los mecanismos existentes;
 - d) fortalezca el trabajo interinstitucional en materia de protección social;
 - e) con base en este documento conceptual, formule una estrategia que defina el rumbo para el abordaje de la protección social en salud en la Región, en la que se reconozcan los contextos particulares de los Estados Miembros de la Región, teniendo en cuenta que hay muchas maneras de lograr la protección social en salud.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD52/5 (Esp.)
Anexo B

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para
la Oficina de los proyectos de resolución**

<p>1. Punto del orden del día:</p> <p>Punto 4.3: Protección social en salud (Documento conceptual)</p>
<p>2. Relación con el Proyecto de Programa y Presupuesto 2014-2015*:</p> <p>Categoría 4. Área programática 4.1 Aumento de la capacidad de los países para lograr la cobertura sanitaria universal.</p> <p>Indicador 4.1.1 Número de países y territorios que han aumentado la cobertura sanitaria mediante mecanismos de protección social.</p>
<p>3. Repercusiones financieras:</p> <p>a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</p> <p>Por tratarse de un documento conceptual, el proyecto de resolución no especifica un período de vigencia. Sin embargo, las actividades recomendadas en el proyecto de resolución deben llevarse a cabo en el próximo bienio.</p> <p>b) Costo estimado para el bienio 2014-2015 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</p> <p>\$300.000</p> <p>c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?</p> <p>No hay actividades programadas que coincidan específicamente con las propuestas del documento.</p>

* Se refiere al [Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015](#) que fue presentado al Comité Ejecutivo en su 152.^a sesión.

4. Repercusiones administrativas:

a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:

Nivel central: aproximadamente la mitad del presupuesto.

Nivel de oficinas de país: aproximadamente la mitad del presupuesto.

b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):

No se requiere personal adicional a tiempo completo.

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):

Fin del bienio 2014-2015.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD52/5 (Esp.)
Anexo C

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

1. Punto del orden del día: 4.3: Protección social en salud (Documento conceptual)

2. Unidad a cargo: Sistemas y Servicios de Salud (HSS)

3. Funcionario a cargo: Dr. Julio Siede

4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:

No hay centros colaboradores vinculados a este punto.

5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:

En su enunciado de intención, la Agenda de Salud para las Américas hace hincapié en que “Los Gobiernos reiteran su compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud individuales y colectivos. Una región en la que cada individuo, familia y comunidad tenga la oportunidad de desarrollarse al máximo de su potencial”.

Entre los valores que se enuncian como bases para el desarrollo de la cooperación se encuentran la universalidad y la accesibilidad. La protección social constituye un concepto marco para el desarrollo de políticas de universalidad y mejora del acceso a servicios de cuidado de la salud. El documento que se presenta se relaciona directamente con el punto (c) de la Agenda: Aumentar la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad. Este tema se encuentra relacionado directamente con el diálogo político y social sobre el desarrollo humano en la Región. La Agenda de Salud para las Américas hace mención del hecho de que la mayoría de los países de la Región establecen el derecho a la salud universal y que, para hacer posible el ejercicio de este derecho “resalta la necesidad de desarrollar sistemas de aseguramiento que reduzcan la carga financiera en las familias, protegiéndolas del riesgo de pobreza debido a gastos catastróficos de bolsillo, y que busquen garantizar a la población un conjunto de prestaciones de salud” mediante procesos de diálogo nacional. Los países deberán fortalecer el acceso, la protección financiera, la solidaridad en el financiamiento y la dignidad y respeto a los derechos de los pacientes para hacer efectiva la extensión de la protección social. La estrategia para progresar hacia el acceso universal y equitativo de la atención de la salud es la de la Atención Primaria de la Salud.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Proyecto del Plan Estratégico 2014-2019*:

El área programática 4.1, dentro de la categoría 4, se relaciona de manera directa con las políticas de protección social en salud.

* Se refiere al [Proyecto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019](#) que fue presentado al Comité Ejecutivo en su 152.^a sesión.

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:

En la Región se pueden identificar, en los últimos años acciones concretas de protección social referidas a la transformación de los sistemas de salud, si bien cada país tiene sus propios tiempos y modalidades. A modo de ejemplo:

- Brasil: en la última década, Brasil extendió, el acceso a los servicios de salud mediante el Programa de Salud de la Familia que llega actualmente al 95% de los municipios del país. El Programa presta servicios a más de 101 millones de personas mediante un modelo de atención basado en equipos del primer nivel responsables de una población determinada e identificada.
- Canadá: constituye un ejemplo de protección social en salud con políticas tendientes a la cobertura universal.
- Chile: a partir del 2005, con la creación del sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) se aumentó progresivamente el número de pares de condición-respuesta atendidos por el sistema, seleccionados según criterios epidemiológicos y de efectividad, de acuerdo con las evidencias disponibles.
- Colombia: el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con sus dos regímenes principales contributivo y subsidiado, mantiene altas coberturas. En el 2010, sólo 4,3% de la población total permanecía fuera de dicha cobertura. A partir del 2008, por dictamen de la Corte Constitucional de Colombia se unificaron los planes de cobertura de ambas entidades.
- El Salvador: a partir del 2009, se logró eliminar todo tipo de pago de prestaciones en los puntos de atención de la red pública, se aumentaron los niveles de inversión pública en salud y se diseñó un modelo de atención basado en los llamados Equipos Comunitarios de Salud (ECOS).
- Estados Unidos de América: ha promovido, en los últimos años un intenso debate político y social sobre la protección social en salud y sus mecanismos de implementación.
- México: puso en marcha en el 2004 el sistema de Protección Social en Salud denominado Seguro Popular que en el 2011 llegó a dar cobertura de servicios de atención de salud a 51.8 millones de personas, mediante la ampliación gradual de su conjunto de servicios.
- Perú: ha adoptado programas que han permitido ampliar significativamente la protección social en salud, principalmente a partir de la promulgación de la ley 29344 sobre aseguramiento universal en salud en el 2009.
- Uruguay: a partir del 2007, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, aumentó la cobertura efectiva al incorporar progresivamente a los nuevos beneficiarios a conjuntos de servicios definidos con criterios de esencialidad; en el 2011 la cobertura llegó a más del 50% de la población (9).
- Venezuela: En el 2003, se creó el programa de salud Misión Barrio Adentro y actualmente el 80% de los ciudadanos recibe atención en un total de 13.500 centros de salud pública, de manera gratuita.

8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:

a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución:

Por tratarse de un documento conceptual, el proyecto de resolución no especifica un período de vigencia. Sin embargo, las actividades recomendadas en el proyecto de resolución deben continuarse luego del bienio actual.

b) Costo estimado para el bienio 2014-2015 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):

\$300.000