

# Hacia la cobertura universal de salud

5

## IDEAS FUNDAMENTALES

- La cobertura universal de salud, que permite el acceso al menos a la atención de salud esencial, incluidos los cuidados de larga duración, y que consiste en los servicios de salud más la asistencia social profesional, es fundamental para conseguir los ODS, en particular el ODS 3 relativo a la cobertura universal de salud. Sin embargo, existen en el mundo entero grandes brechas. En consecuencia, millones de personas, especialmente la mayoría de la población que vive en zonas rurales y los adultos mayores, carecen de cualquier cobertura y acceso a la atención de calidad que requieren.
- Las disparidades entre las zonas rurales y las urbanas son abrumadoras: el 56 por ciento de la población rural mundial carece de cobertura de salud frente al 22 por ciento de la población urbana. Muchos de los excluidos son indígenas y personas con enfermedades graves como el sida. Estas importantes desigualdades se acrecientan aún más por la escasez de personal de salud: en las zonas rurales hacen falta alrededor de 7 millones de trabajadores de salud calificados para prestar atención de salud de calidad, frente a los 3 millones que hacen falta en las zonas urbanas. Además, el déficit del gasto en salud *per cápita* es dos veces mayor en las zonas rurales en comparación con las urbanas. Por ende, el lugar de residencia determina en gran medida la supervivencia o la muerte de una persona, como lo muestran las cifras sobre la mortalidad materna rural, que son 2,5 más altas que las correspondientes a la mortalidad materna urbana. A nivel mundial, la población rural de África es la que sufre la mayor carencia de cobertura de salud y de acceso a la necesaria atención de salud.
- También hace falta una acción de envergadura respecto del gran número, siempre creciente, de adultos mayores que sufren por las brechas en la cobertura y el acceso a los cuidados de larga duración. Ello obedece a que la mayoría de los países del mundo no proporcionan ningún tipo de cuidados de larga duración a los adultos mayores. Así pues, a raíz de la falta de este tipo de cuidados, más del 48 por ciento de la población mundial carece totalmente de cobertura, siendo las mujeres las más gravemente afectadas. Otro 46,3 por ciento de la población de edad mundial está en gran medida excluido de los cuidados de larga duración a causa de las estrictas reglamentaciones en cuanto a la comprobación de los recursos, que obligan a que los adultos mayores de 65 años sean pobres para tener derecho a los cuidados de larga duración. Solo el 5,6 por ciento de la población mundial vive en países que, conforme a la legislación nacional, ofrecen cobertura de cuidados de larga duración a toda la población.

111

Continúa en la página siguiente

## IDEAS FUNDAMENTALES (cont.)

- Muchos trabajadores del ámbito de la salud carecen de condiciones laborales dignas en el sector público y el privado, tanto dentro como fuera del propio sector de la salud. Las condiciones de trabajo no suelen respetar los derechos humanos, en particular los derechos laborales, la cobertura de la protección social, la salud ocupacional y los procesos participativos mediante el diálogo social.
- Para alcanzar los ODS será preciso ampliar la protección de la salud garantizando la igualdad de acceso a una atención de calidad, la solidaridad en la financiación, la existencia de condiciones laborales dignas y la transformación del trabajo no remunerado, vinculado a los retiros del mercado laboral, en puestos de trabajo remunerados.
- A falta de un número suficiente de proveedores de cuidados de salud calificados, se estima que a nivel mundial, 57 millones de trabajadores «voluntarios» no remunerados están a cargo de la mayor parte de los cuidados de larga duración. En su inmensa mayoría son mujeres que renunciaron a sus puestos de trabajo, a sus ingresos y a la protección social para dedicarse al cuidado informal de sus familiares. Si se colmara el déficit mundial de personal de cuidados de larga duración, estimado en 13,6 millones de trabajadores formales a tiempo completo, se daría acceso a los servicios de calidad que se necesitan con urgencia y se impulsaría la transformación del trabajo no remunerado en puestos de trabajo decente.
- Las brechas actuales generan un importante potencial de empleo. La consecución de los ODS mediante la extensión de la cobertura y la subsanación de la escasez de personal de atención de salud y de cuidados de larga duración, contribuirán al pleno empleo gracias a los millones de nuevos puestos de trabajo decente que se habrán de crear. Cada inversión en la creación de un puesto de trabajo en una profesión relacionada con la salud, como médicos o enfermeros, puede repercutir en la creación de 2,3 puestos en ocupaciones no relacionadas con la salud en el sector económico más amplio que tiene que ver con la salud, por ejemplo, los trabajadores del ámbito de la industria farmacéutica, los servicios administrativos, el mantenimiento de las instalaciones o la lavandería hospitalaria. De este modo, se dará impulso a un crecimiento económico inclusivo y sostenible, como se pretende en el ODS 8.

112

### 5.1 Los convenios de la OIT y las normas internacionales relativas a la protección de la salud: un marco propicio para alcanzar los ODS

La protección de la salud es imprescindible para alcanzar directa o indirectamente la mayoría de los ODS. Un marco que facilite el suministro de cobertura de salud legal, una financiación pública suficiente y las buenas condiciones laborales para el mayor número posible de trabajadores de la salud para prestar servicios de calidad, tiene posibilidades de reducir la mortalidad y mejorar la situación en materia de salud de la población (OMS, 2017). De ese modo, contribuye a un crecimiento económico inclusivo basado en una mayor productividad y a la creación de puestos de trabajo decente para el personal de salud que actualmente falta en todos los países, con miras al logro de la cobertura universal de salud.

Sin embargo, se requieren muchos esfuerzos y nuevas políticas de protección de la salud que sigan «el camino de la sostenibilidad y la resiliencia» (Naciones Unidas,

2015b) para alcanzar los ODS en 2030. Se requieren estrategias y enfoques transectoriales teniendo en cuenta la interrelación de las aspiraciones de orden social, de salud y económico, que van desde la reducción de la pobreza, puesta de relieve en el ODS 1, y la cobertura universal de salud a que apunta el ODS 3, hasta el crecimiento inclusivo y el trabajo decente (ODS 8), la igualdad de género (ODS 5), la reducción de la desigualdad (ODS 10), la justicia y las instituciones sólidas (ODS 16). También se necesitan políticas instrumentales que tengan en consideración los cambios del entorno, como el envejecimiento de la población, los nuevos hechos económicos que inciden negativamente en la protección de la salud, la escasez de personal y los patrones migratorios que se traducen en obstáculos para el acceso a la atención requerida y en desigualdades.

Los marcos de políticas de apoyo a los ODS, incluidas las orientaciones normativas para el avance en su consecución, se encuentran disponibles en los convenios y las recomendaciones de la OIT así como otras normas internacionales (véase el recuadro 5.1).

### Recuadro 5.1 Convenios y recomendaciones de la OIT y otras normas internacionales que respaldan la cobertura sanitaria universal

En la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH, 1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) se contempla:

- la lucha por conseguir el «disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (PIDESC, art. 12.1) y «un nivel de vida adecuado que le asegure [a toda persona], así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial ... la asistencia médica» (DUDH, art. 25.1);
- el derecho a «la seguridad social, incluso al seguro social» (PIDESC, art. 9), «en caso de ... enfermedad, invalidez, ... u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad» (DUDH, art. 25.1); y
- el derecho a «condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad» (PIDESC, art. 12.2.d)).

En la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69), se subraya que «el servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo» (párr. 8) y se presenten amplias directrices para la administración y prestación de asistencia médica, en particular las características esenciales de un servicio de asistencia médica y los derechos de las personas amparadas, así como el alcance, la organización, la calidad, la financiación y la administración de esa asistencia.

En el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), se declara que deberá garantizarse a las personas protegidas «la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo» (art. 7), en casos de «estado mórbido», esto es, mala salud (art. 8) y de maternidad (art. 8). Las prestaciones de la asistencia médica deben abarcar:

- la asistencia médica general, comprendida la visita a domicilio;
- la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados;
- la hospitalización, cuando fuere necesaria; y

- la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada, y la hospitalización, cuando fuere necesaria.

En el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130) y la Recomendación que lo acompaña (núm. 134), se establece una serie de normas de asistencia médica más avanzadas que las del Convenio núm. 102, ampliándose el conjunto de prestaciones para dar cabida a la asistencia odontológica, la readaptación médica (prótesis), los instrumentos de ayuda médica tales como los anteojos, y los servicios de convalecencia. El Convenio núm. 130 también prescribe que los Estados Miembros que lo hayan ratificado aumenten el número de las personas protegidas, amplíen los servicios de asistencia médica que se proporcionan y extiendan la duración de las prestaciones monetarias de enfermedad.

En la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), se estipula el establecimiento de pisos de protección social nacionales consistentes en garantías básicas que aseguren como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso (párrs. 4 y 5), incluidas las prestaciones monetarias de enfermedad. Conforme a la Recomendación:

- se aplicarán los principios de universalidad y de derecho a las prestaciones prescrita por la legislación nacional (párr. 3);
- todos los residentes y niños deberían tener «acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad» sin tener que «enfrentar dificultades ni un riesgo mayor de pobreza debido a las consecuencias financieras del acceso a la atención de salud esencial» (párrs. 5, 6 y 8);
- los Estados Miembros deberían crear los pisos de protección social con miras a «establecer sistemas integrales de seguridad social» que incorporen «la gama y los niveles de prestaciones establecidos en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), o en otros convenios y recomendaciones de la OIT sobre seguridad social que establecen normas más avanzadas» (párr. 17).

Los instrumentos de mayor interés para los ODS relacionados con la salud son los convenios y las recomendaciones de la OIT relativos a las normas mínimas de seguridad social (Convenio núm. 102), los pisos nacionales de protección social (Recomendación núm. 202), y la asistencia médica (Recomendación sobre la asistencia

médica (núm. 69) y Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad (núm. 130)) (OIT, 2017b). Otros convenios de la OIT, como el relativo al personal de enfermería (Convenio núm. 149), también cumplen una importante función. Junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos, estos

instrumentos internacionales tienen como objetivo una protección universal de la salud basada en la garantía de acceso a la atención de salud para todos los que la necesitan mediante al menos la asistencia de salud esencial, la prevención y la atención materna. El acceso debe estar exento de obstáculos de cualquier índole, sean estos de orden financiero, cultural o relacionados con la edad o la discriminación, y ajustarse a los criterios de disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Además, los convenios y las recomendaciones pertinentes de la OIT ponen de relieve la necesidad de incorporar la salud a los regímenes y sistemas más amplios de seguridad social proporcionando, por ejemplo, apoyo a los ingresos a todas las personas que lo necesitan, a fin de acabar así con el vínculo entre la mala salud y la pobreza. Asimismo, las estrategias de política deben estar en consonancia con las políticas sociales y económicas, y promover la actividad económica productiva en el sector del empleo informal. Deberían coordinarse con políticas que fomenten el empleo formal, la generación de ingresos, la educación, la alfabetización, la formación profesional, las competencias y la empleabilidad a fin de reducir la precariedad e impulsar el trabajo decente.

El avance hacia la consecución de los ODS valiéndose del marco de los convenios y las recomendaciones de la OIT implica extender la cobertura de la protección de la salud y su acceso sobre la base de los derechos y no de la beneficencia: la legislación nacional es la piedra angular de la igualdad de acceso. La ley debe garantizar métodos justos de financiación, la suficiencia de las prestaciones, la igualdad de género y la no discriminación así como la inclusión social. La aplicación de la legislación pertinente requiere que se preste una atención de calidad a través de un número suficiente de profesionales de salud calificados que disfruten de condiciones de trabajo dignas.

## 5.2 Déficits en la cobertura de salud

Pese a las considerables inversiones en la protección de la salud, incluidos los programas relativos al VIH/SIDA, realizadas en los últimos años y a los esfuerzos de muchos países por extender la cobertura a todos los niveles de ingreso (véase el recuadro 5.2), siguen observándose grandes insuficiencias en lo respecta a la consecución de los ODS, particularmente en relación con el ODS 3 referente a la cobertura universal de salud. Así pues, no se ha logrado un acceso equitativo a la atención de salud para muchas personas en el mundo entero. En consecuencia, los países afectados por crisis en el ámbito

de la salud, como el reciente brote de ebola en algunos países africanos, no han podido afrontarlas adecuadamente debido a la falta de una protección de la salud efectiva y eficaz y de una escasez sin precedentes de personal de salud que ha dejado sin ningún tipo de atención a la mayoría de la población de esos países. Además, la falta de inversiones en la protección de la salud ha ocasionado la pérdida de oportunidades de empleo decente, particularmente para los trabajadores de la salud, así como de un crecimiento inclusivo como se postula en el ODS 8.

Las brechas relacionadas con los ODS en lo que se refiere a la cobertura universal de salud en particular las desigualdad en la cobertura y el acceso a la atención necesaria, se pueden ilustrar centrándose en determinados grupos de población, especialmente las poblaciones rurales y los adultos mayores. Estos grupos comprenden subgrupos particularmente vulnerables como las poblaciones indígenas y las personas que viven con el VIH/SIDA.

Desafortunadamente, son muy escasos los datos mundiales, regionales y nacionales relativos a la cobertura de salud y el acceso a los servicios que se prestan a poblaciones específicas, y cuando existen son difficilmente comparables a nivel mundial. Ante este estado de cosas, la OIT ha desarrollado bases de datos específicas que ponen de relieve las desigualdades, por ejemplo, las existentes entre la población rural y la urbana (véase el anexo IV, cuadro B.13) así como las necesidades de cuidados de larga duración no satisfechas de los adultos mayores (véase el anexo IV, cuadro B.14). Están enfocadas en la evaluación de las dimensiones clave de la cobertura de la atención de salud y el acceso a esta, sobre la base de la Recomendación núm. 202 (Scheil-Adlung y Bonnet, 2011): cobertura jurídica, asequibilidad, particularmente en lo que respecta a los pagos directos, disponibilidad de la asistencia a través de un número suficiente de profesionales calificados que prestan servicios de calidad y protección financiera.

Además, con referencia al ODS 8 (Trabajo decente y crecimiento económico), las estimaciones del potencial de empleo de las inversiones en la cobertura universal de salud se ofrecen mediante un enfoque mundial de las cadenas de suministro referentes a todas las actividades de los países y entre estos, que hacen falta para administrar y proporcionar bienes y servicios de atención de salud en los sectores público y privado (véase el anexo IV, cuadro B.15). Queda incluido en ello el suministro y la transformación de materias primas, como las utilizadas para la elaboración de medicamentos, en productos finales a través de las distintas fases de desarrollo, producción y distribución.

### 5.2.1 La brecha rural/urbana respecto de los ODS en la consecución de la cobertura universal de salud: evaluación mundial y regional

Para todos los grupos de población, incluidas las poblaciones rurales, el derecho a la protección de la salud es fundamental para la igualdad de acceso a la atención de salud. Sin embargo, se observa que el déficit mundial de la cobertura rural es 2,5 veces mayor que el de las zonas urbanas (véase el gráfico 5.1). El 56 por ciento de la población de las zonas rurales del mundo sigue careciendo de cobertura legal de salud, mientras que el déficit es el 22 por ciento respecto de las poblaciones urbanas. Los subgrupos vulnerables como las poblaciones indígenas y las personas que viven con el VIH/SIDA suelen verse particularmente afectados.

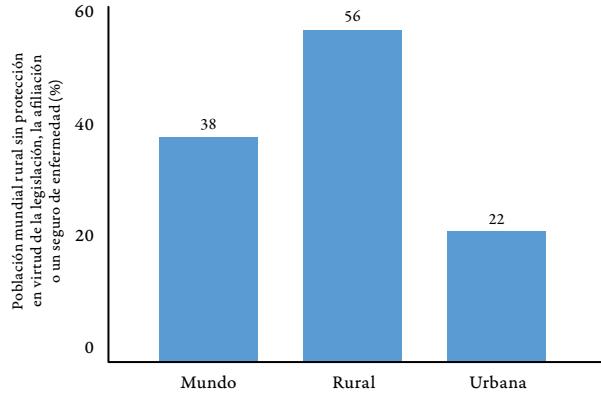
Las exclusiones más importantes de la población rural se observan en las regiones de África y Asia (véase el gráfico 5.2). En África, está excluido del derecho a la protección de la salud más del 80 por ciento de la población rural, frente a un 60 por ciento de la población urbana. En Asia, el 56 por ciento de la población rural, frente al 24 por ciento de la población urbana, carece de cobertura legal. Así pues, mientras que en África el porcentaje de la población excluida de la legislación es el más alto, las más grandes desigualdades entre la población rural y la urbana, se observan en Asia. En todas las regiones, empero, la población rural experimenta considerables desigualdades en cuanto a la cobertura legal en comparación con la población urbana.

Una de las causas de la brecha rural/urbana en relación con los ODS, tiene que ver con la desigual escasez de personal sanitario, que conlleva profundas desigualdades de acceso a los servicios de salud para la población rural en comparación con la urbana. De hecho, a nivel mundial, en las zonas rurales faltan alrededor de 7 millones de trabajadores de la salud frente a 3 millones en las zonas urbanas (gráfico 5.3).

En consecuencia, más de la mitad de la población rural mundial no tiene acceso efectivo a la atención de salud debido a la escasez del personal de salud (gráfico 5.4). La situación es sumamente grave en África, donde el 77 por ciento de la población rural, frente al 50 por ciento de la urbana, no tiene acceso a los servicios necesarios por esta razón.

Las múltiples exclusiones de la población rural del acceso a la atención de salud se reflejan en la necesidad de efectuar considerables pagos directos para recibir los servicios, en particular, en los países de ingresos bajos y medios, como se muestra a continuación (gráfico 5.5).

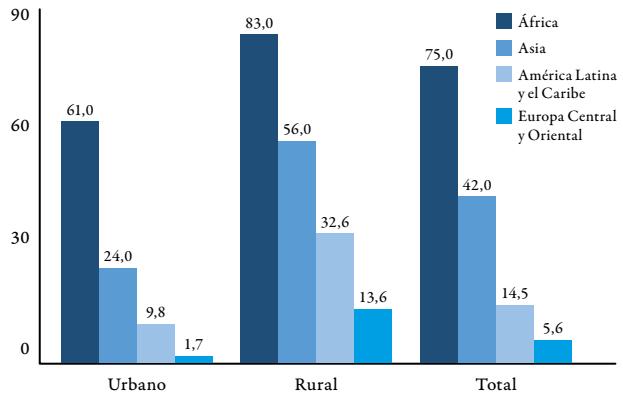
Gráfico 5.1 Porcentaje de la población mundial rural sin protección de la salud en virtud de la legislación, la afiliación o un seguro de enfermedad (%), 2015



Fuente: Scheil-Adlung, 2015a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54664>

Gráfico 5.2 Déficit rural/urbano de cobertura legal por región, 2015 (porcentaje de población)



Fuente: Scheil-Adlung, 2015a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54665>

Gráfico 5.3 Déficit mundial de personal de salud en las zonas rurales y urbanas

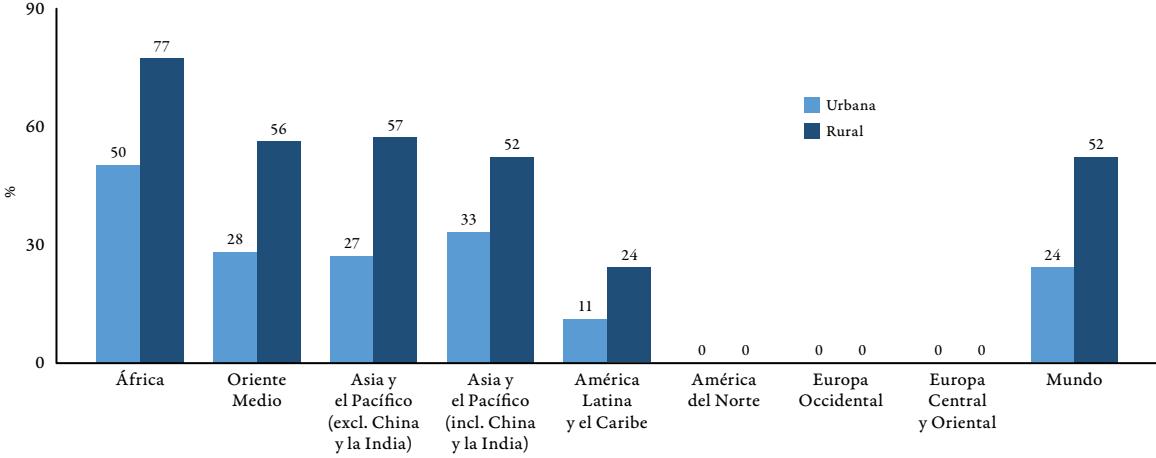


Fuente: Scheil-Adlung, 2015a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54666>

## Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Gráfico 5.4 Población de las zonas rurales y urbanas sin acceso a servicios de salud debido a la escasez de personal de salud (porcentaje)

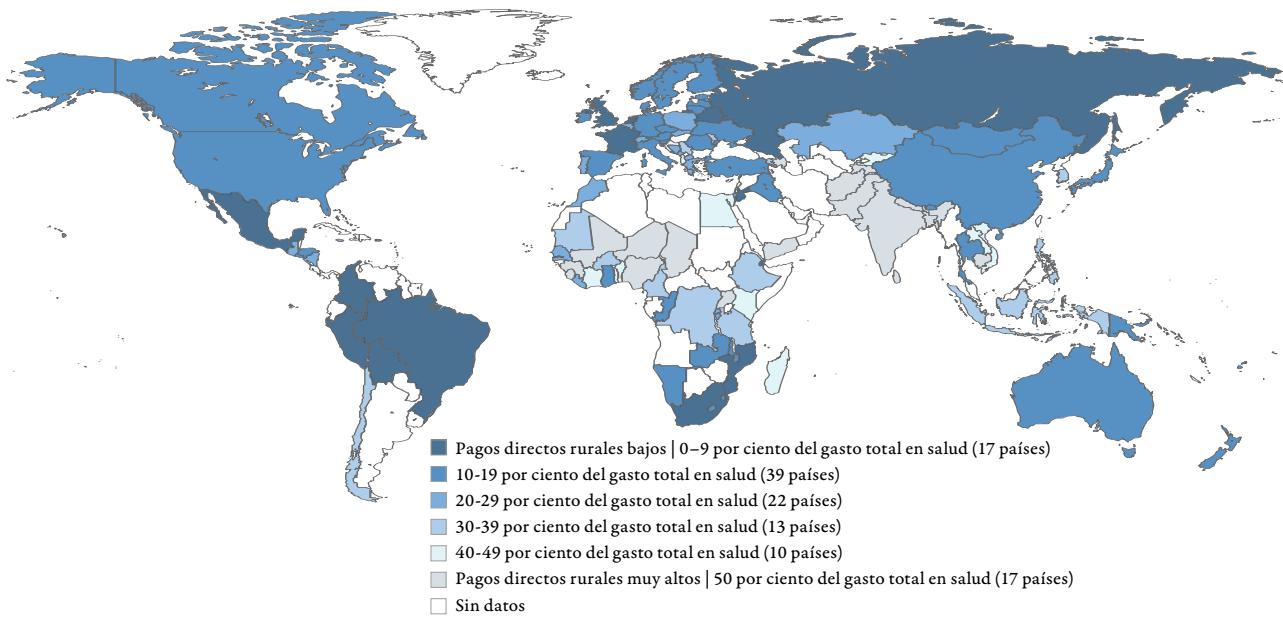


Fuente: Scheil-Adlung, 2015a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54667>

116

Gráfico 5.5 Pagos directos como porcentaje del gasto de salud total realizados por la población rural, 2015



Fuente: Scheil-Adlung, 2015a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54668>

Los pagos directos más elevados superiores al 50 por ciento del gasto total en salud, se registran en las poblaciones rurales de países de África y Asia, como Chad, cuya población rural desembolsa un 80,4 por ciento en concepto de gastos directos en comparación con el 45,2 por ciento correspondiente a la población urbana o Pakistán donde las proporciones respectivas representadas por los gastos directos son del 70,9 por ciento y del 42,2 por ciento (cuadro 5.1).

La elevada cuantía de los pagos directos de las poblaciones rurales se debe también a que las zonas rurales vienen sufriendo una considerable infrafinanciación que excede con creces las cifras correspondientes de las zonas urbanas. Se estima que la falta de recursos financieros en las zonas rurales ocasiona la exclusión del 63 por ciento de la población rural en comparación con el 33 por ciento de la población urbana mundial (Scheil-Adlung, 2015a).

Cuadro 5.1 Pagos directos rurales y urbanos en porcentaje del gasto total en salud, países seleccionados, 2015

Región/País	Pagos directos en porcentaje del gasto total en salud		
	Total	Urbano	Rural
<b>África</b>			
Chad	72,7	45,2	80,4
Níger	60,5	40,6	64,7
<b>Asia</b>			
India	61,8	49,8	67,2
Pakistán	60,6	42,2	70,9

Fuente: Scheil-Adlung, 2015a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54787>

La evaluación mundial revela brechas en el avance hacia la consecución de los ODS en el mundo entero. Las poblaciones rurales están experimentando exclusiones y déficits más graves que las urbanas. En el plano nacional, estas desigualdades pueden ser más o menos distintas como se observa en los estudios nacionales de Camboya y Nigeria (recuadro 5.2).

Habida cuenta de la evidencia de las desigualdades y de las brechas en el acceso que sufren las poblaciones rurales de todo el mundo, se puede concluir que para alcanzar en particular los ODS 3 y 1, serán necesarios

enormes esfuerzos de los gobiernos, los interlocutores sociales y otros responsables de las decisiones de todos los países. Para tener éxito, las políticas encaminadas a reducir la desigualdad entre zonas rurales y urbanas tendrán que incorporar estrategias basadas en la equidad que permitan extender la protección de la salud a las zonas rurales y estar coordinadas con otros sectores de las políticas a fin de aliviar la pobreza, mejorar la generación de ingresos y crear oportunidades de empleo para el personal de salud en las zonas rurales.

117

#### Recuadro 5.2 Perspectivas nacionales sobre las brechas y desigualdades entre zonas rurales y urbanas en la protección de la salud. Camboya y Nigeria

En **Camboya**, se presta atención primaria de salud a través de un sistema basado en los distritos, y la calidad de la asistencia y la financiación de la salud son un desafío continuo. Así ocurre particularmente en el caso de la población rural, que constituye el 80 por ciento de la población total.

En los 20 últimos años, el Gobierno nacional ha procurado resolver estos problemas, por ejemplo, mediante la Carta de financiación de la salud de 1996, que tenía por objeto reglamentar la cuantía de los pagos por el uso de los servicios de salud.

Sin embargo, el Gobierno asume que solo una pequeña parte de la financiación de la salud pública llega en realidad al nivel de la prestación de servicios, lo que sigue redundando en altos niveles de pagos directos y en una mayor expansión del sector privado.

Las preocupaciones por el costo y la calidad de los servicios de salud pública han llevado al crecimiento del sector de salud privado y a la escasa utilización de los servicios necesarios de salud. Por ello, se ha intentado hacer frente a estos problemas crónicos, en particular con el establecimiento de Fondos de equidad de salud, varios de los cuales han tenido éxito en la tarea, aunque a menudo las iniciativas funcionan solo a nivel local.

En consecuencia, se observan grandes déficits en todas las dimensiones de la cobertura y el acceso, por lo cual en todos los indicadores utilizados –desigualdades en la cobertura legal, exclusión debida a la escasez de personal, déficits financieros, pagos directos y la tasa de mortalidad materna– la población rural de Camboya resulta considerablemente más afectada que la población urbana (gráfico 5.6). La constatación más sorprendente tiene que ver con la enorme brecha entre zonas urbanas y rurales en lo que respecta a los pagos directos como porcentaje del gasto total en salud, lo que puede considerarse un síntoma de la menor probabilidad de que la financiación de la salud pública llegue a los puntos de prestación de servicios de las zonas rurales que a los de las zonas urbanas.

Al igual que muchos otros países africanos, **Nigeria** experimenta una rápida urbanización, y alrededor de la mitad de su población actual vive en zonas urbanas. Tres décadas de inestabilidad política y crisis económica han llevado a un deterioro del sistema de salud y un desempeño deficiente según los indicadores de salud nacionales.

Continúa en la página siguiente

Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible

### Recuadro 5.2 (cont.)

El gasto público en salud de Nigeria es bajo, incluso en relación con los demás países del África subsahariana, y la gobernanza del sector sanitario es débil, a raíz de lo cual se ha desarrollado un gran sector privado y la mayoría de los servicios de salud están a cargo de proveedores privados. Si bien el suministro de recursos humanos para la salud es relativamente alto en comparación con otros países africanos, la planificación y la gestión suelen ser deficientes (Kombe *et al.*, 2009), y por ende la distribución del personal de salud disponible es poco equitativa.

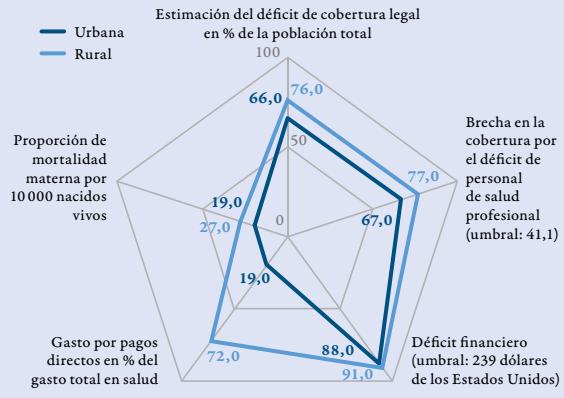
De esta situación da cuenta la evaluación nacional basada en los indicadores de acceso a la salud de la OIT (gráfico 5.7), que revelan lo siguiente:

- Niveles extremadamente bajos de cobertura legal;
- Un elevado déficit de acceso a personal de salud en comparación con los demás países del África subsahariana;

- Un altísimo déficit financiero;
- Altos niveles de pagos directos;
- Altos niveles de mortalidad materna.

Se observa que en tres de los cinco indicadores (déficit de acceso a personal, déficit financiero y mortalidad materna), la población rural de Nigeria experimenta una situación peor que la población urbana. En cuanto a los otros dos indicadores (cobertura legal y pagos directos), no existen prácticamente diferencias entre las zonas urbanas y las rurales. En el caso de la cobertura legal, esto se debe a que prácticamente ningún ciudadano del país cuenta con ella viva en una zona urbana o en una rural. En cuanto a los pagos directos, el resultado puede ser indicativo de un sistema de salud pública inadecuado tanto en las zonas urbanas como en las rurales, que lleva a los habitantes de unas y otras a depender de los proveedores privados.

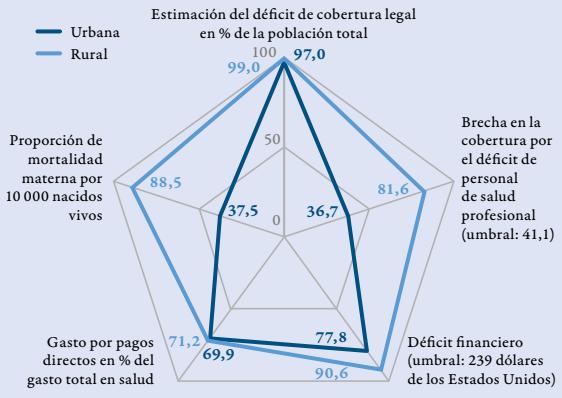
Gráfico 5.6 Déficits en la cobertura de la salud y en el acceso a la atención de salud en las zonas rural y urbana de Camboya, 2015



Fuente: Scheil-Adlung, 2015a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54669>

Gráfico 5.7 Déficits en la cobertura de salud y en el acceso a la atención de salud en las zonas rural y urbana de Nigeria, 2015



Fuente: Scheil-Adlung, 2015a.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54670>

### 5.2.2 Cobertura mundial y regional de los cuidados de larga duración

Otro motivo de preocupación respecto de las brechas en relación con los ODS tiene que ver con los cuidados de larga duración. Estos cuidados, especialmente necesarios para los adultos mayores con posibilidades limitadas de valerse por sí mismas debido a trastornos físicos o mentales, comprenden, por ejemplo, la asistencia en actividades de la vida cotidiana, la administración de los medicamentos y los servicios de salud básicos. Pese al envejecimiento de la población en todo el mundo, las necesidades de los cuidados de larga duración de los adultos mayores –a cuya atención corresponde una parte cada vez mayor de los servicios sociales y de

salud– son ignoradas en gran medida por los políticos tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados, y en todo caso, cuando se dispone de dichos servicios, estos apenas cumplen con las exigencias básicas en lo que respecta a los derechos relacionados con la protección social, disponibilidad y asequibilidad de los servicios de calidad y la financiación pública. Esto se refleja en la notable ausencia de regímenes y sistemas de protección social centrados en las necesidades de cuidados de larga duración de los adultos mayores. Los pocos países que en todo caso ofrecen servicios conexos, suelen vincularlos a la comprobación de los ingresos y a determinados enfoques de la asistencia social, de modo que dejan de lado la oferta de servicios en gran medida inasequibles y escasamente disponibles incluso para las

Cuadro 5.2 Visión general de los enfoques organizativos y financieros de la prestación de cuidados de larga duración

Característica organizativa	Financiación	Mecanismo de financiación	Ejemplos de países
Régimen o sistema de CLD específico	Basado en cotizaciones (seguro social)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancomunación de riesgos a través del seguro social</li> <li>• Copagos obligatorios</li> </ul>	Alemania Japón
Asistencia social	Financiado mediante impuestos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuestos</li> <li>• Copagos obligatorios</li> </ul>	Suecia
Combinación de regímenes y sistemas (Regímenes de salud y de asistencia social)	Financiado mediante impuestos Basado en cotizaciones (seguro social)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mixto (impuestos y seguro social)</li> <li>• Copagos obligatorios</li> </ul>	Reino Unido Francia Sudáfrica

Fuente: Scheil-Adlung, 2015b.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressourcelid=54803>

personas más acomodadas. En consecuencia, las mujeres de la familia a menudo se ven obligadas a abandonar el mercado de trabajo para cuidar a sus familiares.

Uno de los motivos para ignorar los cuidados de larga duración que con tanta urgencia se necesitan, es la supuesta disponibilidad de atención «gratuita» bajo de la responsabilidad de las mujeres integrantes de la familia. Sin embargo, esto no es más que una ilusión: los cuidados familiares suponen gastos considerables debido a la pérdida de ingresos de los cuidadores y al riesgo conexo de empobrecimiento por la falta de protección social durante el periodo de los cuidados, por ejemplo, en caso de enfermedad, accidente o vejez. Además, los cuidados de larga duración requieren algo más que compasión: se necesita personal calificado que preste servicios de calidad, así como la cobertura de los gastos correspondientes. Al igual que los aspectos financiero y organizativo de la atención de salud, los cuidados de larga duración pueden financiarse mediante impuestos o cotizaciones, o ambos y basarse en regímenes de seguro social como en Alemania o en sistemas nacionales como en Suecia. En el cuadro 5.2 se presenta una visión general de los enfoques organizativos y financieros comunes para la prestación de cuidados de larga duración.

A nivel mundial, puede preverse que la mayor parte de las necesidades de cuidados de larga duración se presentarán en países y regiones con un alto porcentaje de población de más de 65 años. Actualmente, la proporción más alta a nivel mundial de personas de edad se encuentra en Asia y el Pacífico (el 53 por ciento), seguida por Europa (el 23 por ciento), las Américas (el 17 por ciento) y África (el 7 por ciento) (véase el gráfico 5.8).

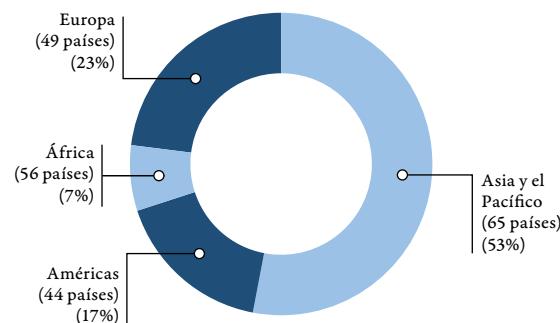
La evaluación de la cobertura legal –los derechos a los cuidados de larga duración consagrados en la legislación nacional– sigue siendo un sueño para la mayoría de los adultos mayores del mundo. Una brecha en la cobertura

del 100 por ciento respecto de los ODS se observa en algunos países de todas las regiones, por ejemplo en África: Argelia, Ghana y Nigeria; en las Américas: Argentina, Brasil y Canadá; en Asia y el Pacífico: India y Tailandia; y en Europa: Eslovaquia y Turquía. Solo unos pocos países, principalmente de Europa, proporcionan cobertura universal, entre ellos Alemania, Bélgica y Dinamarca; y en Asia, Japón (gráfico 5.9).

Como resultado, el 48 por ciento de la población mundial carece de toda protección social en relación con los cuidados de larga duración y otro 46,3 por ciento está en gran medida excluido de la cobertura. Además, cuando se proporciona cobertura, las estrictas reglamentaciones en cuanto a la comprobación de los recursos y las rígidas normas de elegibilidad obstaculizan el acceso efectivo a los servicios requeridos (Scheil-Adlung, 2015b).

Ahora bien, también la disponibilidad de los cuidados de larga duración para quienes están protegidos y pueden permitírselos es muy limitada a causa de la escasez de personal calificado para prestarlos. A nivel

Gráfico 5.8 Distribución de la población mundial mayor de 65 años por región, 2013 (porcentaje)

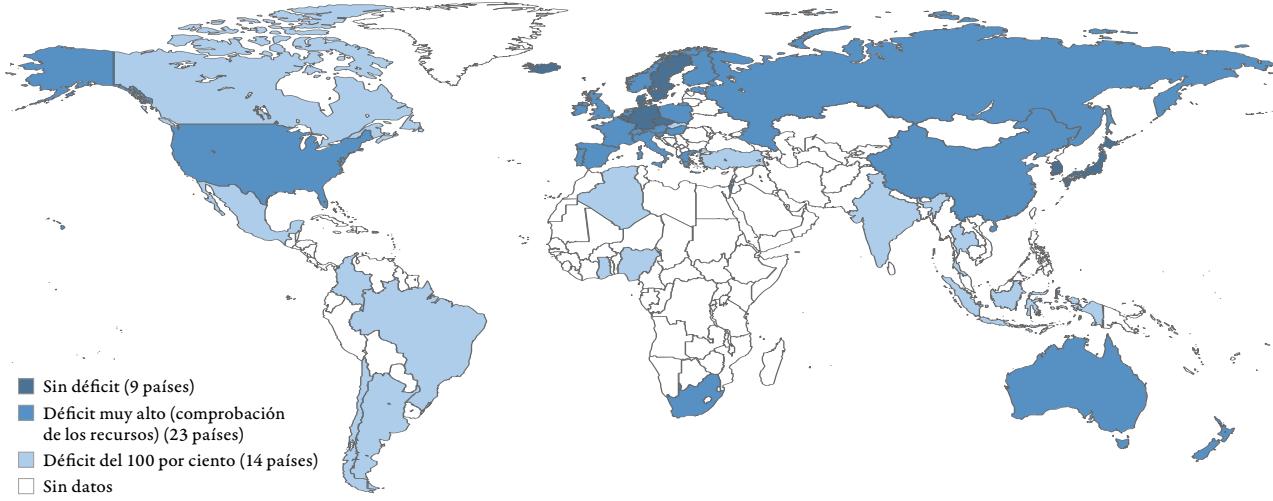


Fuente: Banco Mundial, Indicadores de desarrollo mundial.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressourcelid=54671>

## Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Gráfico 5.9 Brechas en la cobertura legal de los cuidados de larga duración, 2015 (porcentaje de la población total)



Fuente: Basado en Scheil-Adlung, 2015b.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54672>

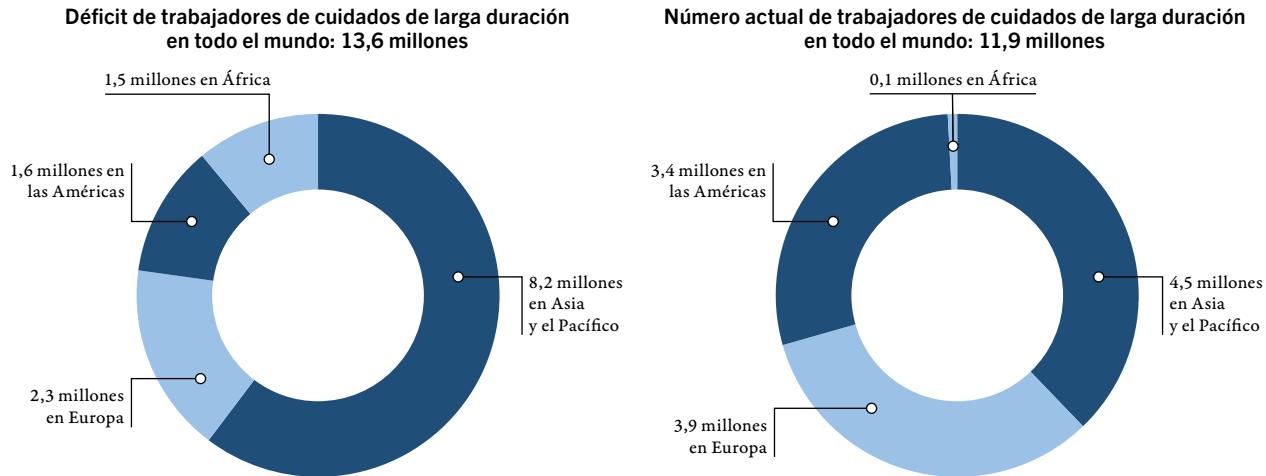
120

mundial, solo se dispone de muy pocos trabajadores empleados formalmente en los cuidados de larga duración que puedan brindar asistencia a quienes la necesitan. Su número es de alrededor de 11,9 millones en todo el mundo y están distribuidos de forma desigual. En África se cuenta con solo 0,1 millones de trabajadores; en Asia y el Pacífico 4,5 millones; en las Américas 3,4 millones, y en Europa 3,9 millones. Según estimaciones recientes, estas cifras distan mucho de ser suficientes para atender a todos los que necesitan esos cuidados. De hecho, la falta de personal, cifrada

13,6 millones de trabajadores, excede al número de trabajadores existentes (gráfico 5.10) si se utiliza un umbral relativo de 4,2 trabajadores a tiempo completo con un empleo formal por cada 100 personas de 65 años o más.

En consecuencia, a nivel mundial, más de la mitad de las personas de edad no tienen acceso a los cuidados de larga duración debido al número insuficiente de trabajadores calificados necesarios para prestar los servicios. El porcentaje de exclusión más elevado se registra en África (el 92,3 por ciento) y el más bajo en las Américas (el 14,7 por ciento) (gráfico 5.11).

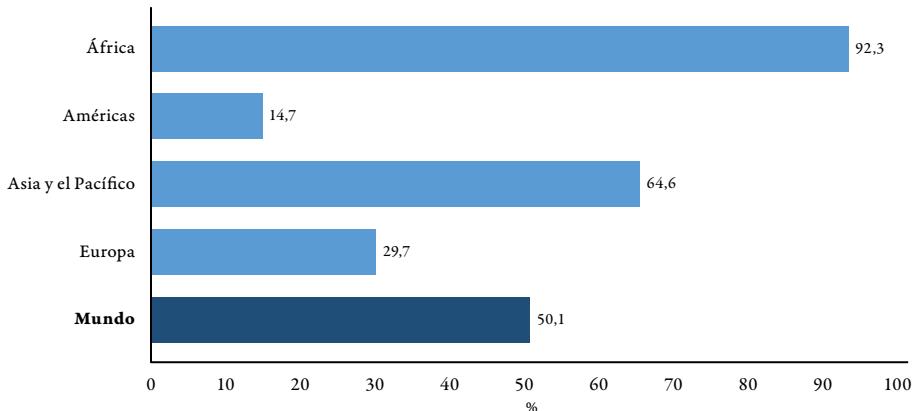
Gráfico 5.10 Personal actual de cuidados de larga duración y déficit en relación con la consecución de la cobertura universal de salud, por región, 2015



Fuente: Scheil-Adlung, 2015b.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54673>

Gráfico 5.11 Población mayor de 65 años excluida de los cuidados de larga duración debido a la falta de personal, por región, 2015 (porcentaje)



Fuente: Scheil-Adlung, 2015b

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54674>

La situación a nivel nacional se ilustra en el recuadro 5.3 tomando el ejemplo de Ghana.

Dada la importante escasez de trabajadores calificados en el sector de los cuidados de larga duración en todas las regiones del mundo, se estima que 57 millones de trabajadores «voluntarios» no remunerados están paliando la situación y proporcionan los cuidados requeridos. Por lo general se trata de mujeres que brindan cuidados de larga duración a sus familiares y que se han retirado del mercado laboral formal para prestar servicios (Scheil-Adlung, 2016).

Debido a las bajas tasas de cobertura y a los niveles de prestaciones a menudo insuficientes para cubrir los costos reales, en casi todos los países que brindan cuidados de larga duración se recurre a los pagos directos en medida variable. De hecho, la proporción de adultos mayores en esos países donde se realizan pagos directos es muy alta, según las estimaciones, llegando hasta el 86,5 por ciento, por ejemplo en Bélgica (cuadro 5.4) y muchas veces reduce considerablemente el ingreso de los hogares (Scheil-Adlung, 2015b).

### 5.3 Estimaciones sobre la creación potencial de empleo para alcanzar la cobertura universal de salud

Alcanzar los ODS y la cobertura universal de salud no será posible sin un número suficiente de trabajadores con puestos de trabajo decente que produzcan y proporcionen atención de salud, como médicos y enfermeras, y también de trabajadores que desempeñen otras ocupaciones, por ejemplo, los responsables de la

administración o el mantenimiento de los establecimientos de salud. Al mejorar la salud de las personas necesitadas, estos trabajadores contribuyen también a una mayor productividad y por ende al crecimiento económico.

En el mundo se sufre en la actualidad una escasez sin precedentes de personal de salud lo que conlleva no solo el deterioro del estado de salud de millones de personas sino también pérdidas en el crecimiento económico a causa del descenso en la productividad y las menores oportunidades de empleo. Hoy en día, gran parte del déficit de personal se cubre con cuidadores no remunerados, a menudo mujeres, que proporcionan asistencia, a los adultos mayores de la familia y a otras personas.

La transformación de estos puestos de trabajo en empleo formal brinda la oportunidad de obtener mejores resultados en materia de salud y generar millones de puestos de trabajo así como el crecimiento económico. Los puestos de trabajo que se requieren para actividades en y entre los países a fin de producir los bienes y servicios necesarios forman parte del sector de salud nacional y de las cadenas mundiales de suministro relacionadas con la protección de la salud. La expresión «cadena mundial de suministro relacionadas con la protección de la salud», se refiere a distintas actividades económicas en o entre los países y los sectores de la economía que se necesitan para producir y proporcionar bienes y servicios destinados a objetivos de salud como la cobertura universal de salud mediante la transformación de las materias primas necesarias para los medicamentos en productos finales a través de las distintas fases de desarrollo, producción, distribución y comercialización.

### Recuadro 5.3 Cuidados de larga duración para los adultos mayores en Ghana

En **Ghana**, se ha observado una necesidad considerable de cuidados de larga duración. Más del 40 por ciento de la población de 75 años y más expresó que necesitaba al menos algún tipo de asistencia (He, Muenchrath y Kowal, 2012). Esto se basó en el hecho de que el 88,1 por ciento de las personas de 70 años y más sufría de al menos una discapacidad funcional; el 63,4 por ciento tenía dificultades para desplazarse; el 35,8 por ciento experimentaba problemas de autoasistencia en su vida cotidiana, y el 74,3 por ciento presentaba dificultades cognitivas.

Cuando en los próximos 35 años el número de personas de 65 años y más se haya duplicado, aumentará la necesidad de cuidados de larga duración y el enfoque tradicional del apoyo familiar ya no bastará, incluso si se sigue considerando que la familia extendida debe encargarse de prestar ayuda a los adultos mayores. El sistema de apoyo familiar se ve cada vez más afectado por el proceso de modernización y globalización, por ejemplo, cuando los jóvenes emigran a la ciudad u otros destinos fuera del país. Por ende, los lazos familiares se han ido debilitado y particularmente en las zonas urbanas se ha constatado un cambio gradual de la familia extendida a la familia nuclear (Tawiah, 2011).

En la actualidad, el 10 por ciento de las personas de 65 años y más ya viven solas (Ghana GSS, 2013).

Estos datos señalan la necesidad urgente de servicios de cuidados de larga duración, ahora bien, la legislación nacional no contempla ningún tipo de derecho a estos servicios para los adultos mayores (cuadro 5.3). Además, hasta la fecha, no se ha facilitado ninguna financiación pública y no existe un sistema público de cuidados de larga duración que permita el acceso a una atención de calidad prestada por trabajadores formales de ese ámbito. Así pues, el 100 por ciento de la población mayor de 65 años está excluido de la cobertura y el acceso a una atención de calidad brindada por trabajadores formales del sector de cuidados de larga duración. Para colmar la brecha se necesitarían 37 436 trabajadores formales del sector de cuidados de larga duración. El sector privado ha reaccionado ante esta carencia ofreciendo servicios de este tipo de cuidados a domicilio a las pocas personas que pueden permitirse contratarlos (*ibid.*). La asistencia institucional a los adultos mayores ha estado a cargo de una ONG internacional, la organización HelpAge Ghana, pero sigue estando indisponible en la mayoría de las regiones del país (*ibid.*).

Cuadro 5.3 Brechas en la protección universal de los cuidados de larga duración en Ghana

Cobertura y acceso a los cuidados de larga duración de las personas de mayores de 65 años	Valor
Déficit en la cobertura legal de los cuidados de larga duración en % de las personas mayores de 65 años	100
Gasto público en cuidados de larga duración por persona mayor de 65 años en porcentaje del PIB per cápita en 2013	0
Gasto público en cuidados de larga duración, en % del PIB, promedio 2006-2010	0
Brecha en la cobertura, en proporción de las personas mayores de 65 años no protegidas por falta de recursos financieros (umbral relativo: 1.461,8 PPA en dólares de los Estados Unidos).	100
Trabajadores formales del sector de cuidados de larga duración (equivalente a tiempo completo) por 100 personas mayores de 65 años	0
Déficit de cobertura, en % de las personas mayores de 65 años no protegidas a causa del número insuficiente de trabajadores formales del sector de cuidados de larga duración (umbral relativo: 4,2 trabajadores (equivalente a tiempo completo) por 100 personas mayores de 65 años)	100
Número de trabajadores formales del sector de cuidados de larga duración necesarios para colmar el déficit	37 436

Fuente: Estimaciones de la OIT basadas en Ghana GSS, 2013, y UN World Population Prospects.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcesDownload.action?resource.ressourcelid=54788>

Si los puestos de trabajo se combinan con sueldos dignos, protección social y derechos laborales, generarán importantes rendimientos de la inversión, especialmente en los países con grandes déficits en la cobertura de salud y mercados del trabajo informales. Además, cabe prever un importante rendimiento de las inversiones si se aprovecha el potencial económico de las trabajadoras que se retiraron del mercado laboral para atender a familiares en ausencia de trabajadores de salud calificados. De este modo, se puede considerar que la inversión en la protección de la salud es una fuente

interna sostenible de empleo, generadora de un crecimiento económico inclusivo.

En la actualidad, la escasez de personal excluye al 84 por ciento de la población total de los países de ingresos bajos del acceso a la atención de salud. En los países de ingresos medios-bajos, los déficits se traducen en brechas en el acceso para más de la mitad de la población total (gráfico 5.12).

El déficit de personal incluye no solo a los trabajadores que desempeñan ocupaciones relacionadas con la salud, como médicos y enfermeras, así como

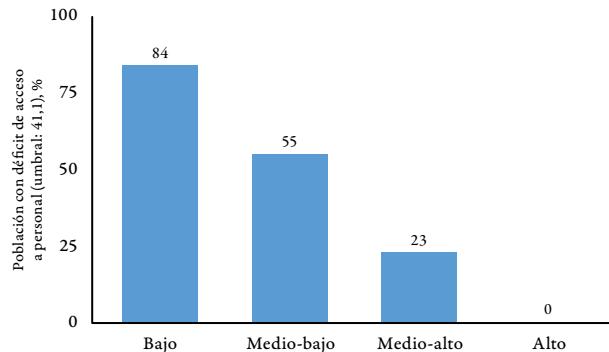
Cuadro 5.4 Proporción de la población (mayor de 65 años) que debe hacer pagos directos por los cuidados de larga duración (atención domiciliaria e institucional), países seleccionados, 2015 (porcentaje)

País	Proporción de la población mayor de 65 años que recurre a pagos directos por los cuidados de larga duración
Austria	65,6
Bélgica	86,5
Francia	75,3
Alemania	56,3
Italia	73,7
Países Bajos	80,2
España	66,0
Suecia	83,4

Fuente: Scheil-Adlung, 2015b.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54789>

Gráfico 5.12 Exclusión de la atención de salud debido a la escasez de personal en el sector de la salud, por nivel nacional de ingresos, 2014 (en porcentaje de la población total)



Nota: Los cálculos se basan en el indicador de déficit de acceso a personal, de la OIT, utilizando un umbral de 41,1 trabajadores de salud/10000 habitantes. Para los detalles metodológicos, véase OIT, 2014a.

Fuente: Scheil-Adlung, Behrendt y Wong, 2015.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54675>

123

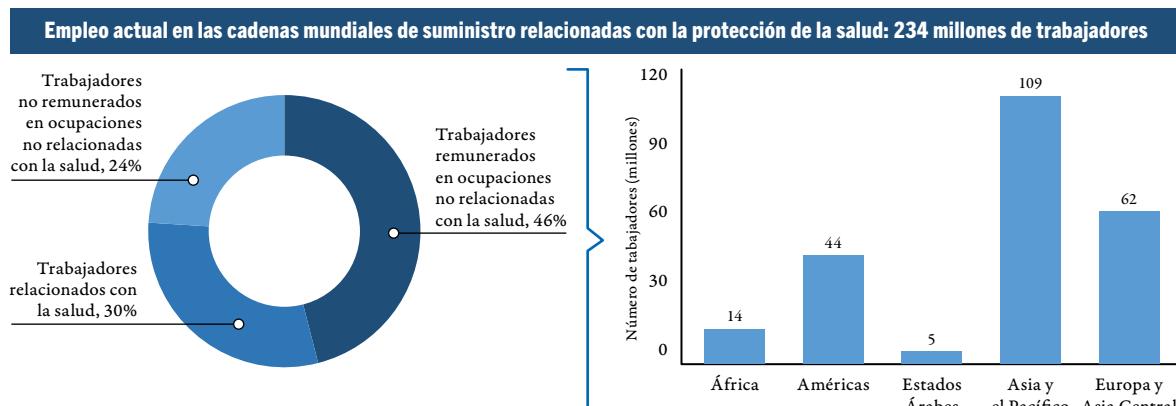
ocupaciones no asociadas con la salud, entre ellos informáticos, administradores y personal de limpieza, y también al gran número de trabajadores no remunerados que brindan atención formal o informal. En conjunto, estos grupos constituyen la fuerza de trabajo del sector de la salud y abarcan muchos otros sectores económicos distintos del de salud, como el farmacéutico y las industrias de servicios.

El empleo actual en las cadenas mundiales de suministro relacionadas con la protección de la salud se estima en 234 millones de puestos de trabajo, de los cuales 100 millones corresponden a Asia y el Pacífico,

62 millones a Europa y Asia Central, 44 millones a las Américas y 14 millones al África (gráfico 5.13). Quienes desempeñan ocupaciones no relativas a la salud, el 46 por ciento, constituye un grupo mayor que el de quienes trabajan en la salud (el 30 por ciento de todos los empleados en las cadenas de suministro). Además, un 24 por ciento son trabajadores «voluntarios» no remunerados que ejercen ocupaciones no relacionadas con la salud.

Debido a que el número actual de trabajadores es insuficiente para lograr la cobertura universal de salud, se deben hacer considerables esfuerzos para colmar las

Gráfico 5.13 Magnitud y composición del empleo en las cadenas mundiales de suministro relacionadas con la protección de la salud, 2016 (porcentaje)

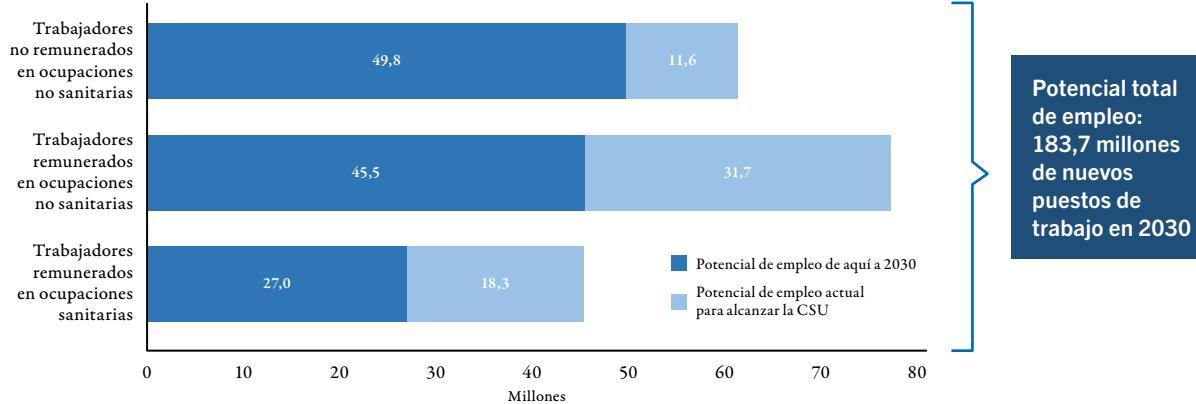


Fuente: Scheil-Adlung, 2016.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54676>

Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Gráfico 5.14 Potencial de empleo actual y futuro de trabajadores remunerados y no remunerados en ocupaciones relacionadas con la salud y ocupaciones no relacionadas con la salud para alcanzar la cobertura universal de salud (en millones, empleo público y privado, 2016 o año más reciente sobre el que se dispone de datos)



Fuente: Cálculos de la OIT.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54677>

124

grandes brechas y carencias observadas. Esto requiere inversiones en la formación del personal necesario y la dotación de un número suficiente de puestos de trabajo decente en la economía formal.

El potencial actual del empleo para colmar las lagunas y satisfacer las necesidades en relación con la cobertura universal de salud se estima, a nivel mundial, en unos 50 millones de trabajadores remunerados, calculados sobre el número medio de trabajadores por población<sup>1</sup> (gráfico 5.14). A escala mundial, hacen falta 18,3 millones de trabajadores en las ocupaciones relacionadas con la salud y 31,7 millones en las que no lo están.

En otras palabras, cada inversión en un médico o una enfermera daría como resultado 2,3 puestos de trabajo en ocupaciones no relacionadas con la salud a efectos de garantizar el logro de los objetivos de salud. Por lo tanto, no se puede confirmar la presunción habitual de que las inversiones en puestos de trabajo para proporcionar protección de la salud solo son pertinentes cuando se trata, por ejemplo, de médicos y personal de enfermería. De hecho, el empleo estimulado es mucho más importante por lo que respecta a los trabajadores que ejercen ocupaciones no relativas a la salud con sueldos a menudo bajos prestando, por ejemplo, servicios de administración, limpieza y mantenimiento de los establecimientos, transporte, o servicios al por menor y al por mayor, dentro y fuera del sector de la salud.

A causa del crecimiento de la población, para 2030 se necesitarán más trabajadores en todas las ocupaciones

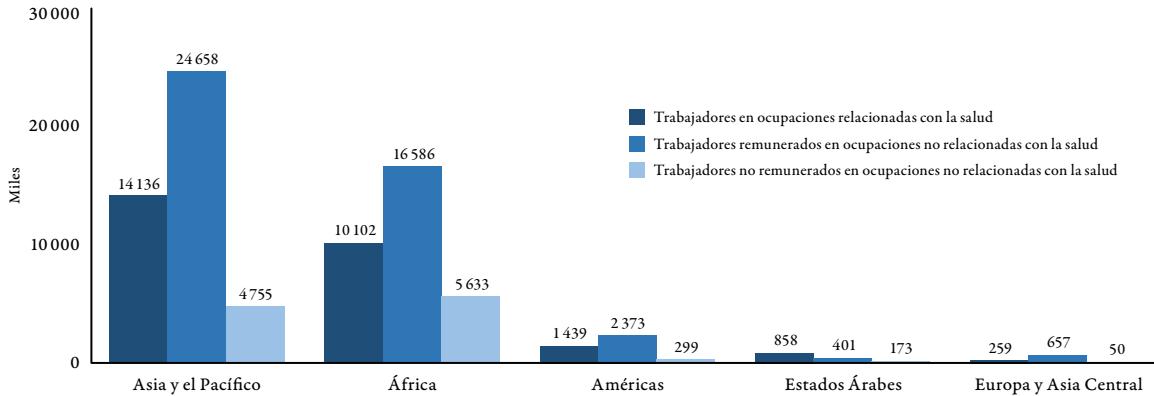
a fin de hacer efectiva la cobertura universal de salud. A escala planetaria, la población mundial requiere 27 millones más de trabajadores en las ocupaciones vinculadas con la salud y 45,5 millones de trabajadores adicionales remunerados en ocupaciones no relativas a la salud.

En total, el potencial de empleo actual y futuro en relación con los trabajadores remunerados que desempeñan ocupaciones relacionadas con la salud y no relacionadas con la misma en los sectores público y privado de la economía mundial de la salud, asciende a 122,3 millones de puestos de trabajo. Además, será importante transformar el trabajo de los actuales trabajadores «voluntarios» no remunerados en trabajo formal remunerado para resolver la escasez de personal provocada por el hecho de que esas personas renunciaron a sus puestos de trabajo y a sus ingresos, redujeron su tiempo de trabajo o se jubilaron anticipadamente para ocuparse del cuidado de sus familiares. Por consiguiente, el potencial total de empleo asciende a 183,7 millones de puestos de trabajo a nivel mundial.

Sin embargo, los trabajadores que faltan y sus puestos de trabajo no están distribuidos de manera equitativa en todo el mundo. Se ven particularmente afectados los países de ingresos bajos y medios-bajos de África y Asia y el Pacífico. La mayoría de los puestos de trabajo se deberán crear en Asia, donde se requieren 43 millones, y en África, que necesita 32 millones de empleos (gráfico 5.15).

<sup>1</sup> Pueden consultarse más detalles sobre la metodología en Scheil-Adlung, 2016.

Gráfico 5.15 Potencial de empleo adicional necesario para alcanzar la cobertura universal de salud de aquí a 2030, por región (miles)



Fuente: Cálculos de la OIT.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54678>

Con estos antecedentes, se puede concluir que la inversión en la protección de la salud permitirá no solo mejorar los resultados en materia de salud sino también generar millones de puestos de trabajo en el sector de la salud de los países y en las cadenas mundiales de suministro para la protección de la salud, requeridos para producir los bienes y servicios necesarios en relación con la cobertura universal de salud. La creación de los puestos de trabajo indispensables, acompañados de salarios dignos, protección social y derechos laborales, generará importantes rendimientos de la inversión, especialmente en los países con déficits acentuados en la cobertura de la salud y mercados de trabajo informales. Además, cabe prever una gran rentabilidad de las inversiones si se aprovecha el potencial económico de las trabajadoras que se retiraron del mercado laboral para cuidar de sus familiares en ausencia de trabajadores de salud calificados. Así, se puede considerar que la inversión en la protección de la salud es una fuente interna sostenible de empleo, generadora de un crecimiento económico inclusivo.

#### 5.4 Prioridades de las políticas para alcanzar la cobertura universal de salud

Políticas exitosas para la consecución de los ODS relacionados con la salud y la pobreza así como del ODS 8 relativo al trabajo decente y el crecimiento sostenible, requieren un cambio hacia una legislación inclusiva en materia de protección de la salud, que abarque los cuidados de larga duración, su aplicación, así como políticas de mercado de trabajo que exijan condiciones de

trabajo decente para todos los trabajadores que intervienen en la prestación de cuidados –ya sean remunerados o no– desempeñando ocupaciones en el sector de la salud o en sectores afines. Debe prestarse particular atención a los aspectos siguientes.

##### 5.4.1 Extensión de la protección social y el acceso a la atención de salud y los cuidados de larga duración y suministro de una cobertura universal de la salud

Lograr la protección universal de la salud debiera ser el objetivo primordial de las políticas cuando se pretende avanzar hacia la cobertura universal de salud. Esta protección debe consagrarse en una legislación inclusiva y hacerse efectiva dentro de plazos determinados con miras a facilitar progresivamente la cobertura y el acceso a la atención de salud. La aplicación fragmentaria de esa legislación y su diseño ineфicaz podrían excluir a una gran parte de la población rural o a la de adultos mayores.

Para un avance sostenible, también se requieren políticas de apoyo que aborden en particular la pobreza rural y la de los adultos mayores y que estén encaminadas a colmar las brechas en la cobertura de la protección social y el apoyo a los ingresos, así como políticas de mercado de trabajo que permitan la transformación de las economías informales en economías formales.

El principio de equidad es el fundamento de las políticas destinadas a conseguir la universalidad. Para que el acceso sea equitativo no debe haber discriminación, por ejemplo por lugar de residencia o edad, y

se han de cumplir ciertas exigencias básicas como la de responder a las necesidades específicas. También es preciso mostrar respeto por la dignidad de todas las personas. Asimismo, debe evitarse la deficiente distribución del gasto en salud, por ejemplo, en cuanto a la distribución entre zonas rurales y urbanas del personal y la infraestructura para la prestación de los cuidados de larga duración.

Además, la universalidad y la equidad exigen solidaridad en la financiación y una distribución justa de la carga que implica la protección de la salud. Esto supone compartir los riesgos sobre la base de mecanismos de financiación equitativos, como la financiación mediante impuestos y regímenes sociales o nacionales de seguro de salud basados en cotizaciones. Es importante que los recursos generados o aportados sean suficientes para garantizar servicios de calidad para todos aquellos que los necesitan.

Por otra parte, deben excluirse las dificultades financieras ocasionadas por los pagos directos que aumentan el riesgo de empobrecimiento, proporcionando prestaciones suficientes y suprimiendo o limitando ese tipo de pagos de modo que los servicios sean asequibles. De este modo, las consecuencias financieras del acceso a la atención de salud se deben considerar cuidadosamente a fin de evitar obstáculos, y por ende desigualdades, en el acceso.

Por último, las políticas deben garantizar la generación continuada de ingresos o bien proporcionar un apoyo a los ingresos a fin de evitar las peores formas de empobrecimiento relacionado con la salud y los cuidados de larga duración. Esto implica brindar cobertura de la protección social y acceso a sus prestaciones, que van desde la licencia de enfermedad remunerada y los regímenes de pensiones o de seguro de desempleo hasta otras formas de apoyo a los ingresos, por ejemplo, mediante programas de asistencia social. Ese apoyo a los ingresos es necesario para garantizar un acceso equitativo a los servicios requeridos.

#### **5.4.2 Creación de puestos de trabajo decente para un número suficiente de trabajadores de la salud y proveedores de cuidados de larga duración**

Para alcanzar los ODS, es importante aumentar la disponibilidad de los servicios necesarios y por ende el número de trabajadores de la salud y proveedores de cuidados de larga duración calificados. Es preciso distribuirlos de manera equitativa en y entre los países a fin

de conseguir la cobertura universal de salud y un crecimiento económico sostenido.

Para ello, es necesario considerar la dinámica del mercado laboral de la salud nacional y mundial y prestar particular atención a las bajas tasas de retención, por ejemplo, en las zonas rurales. A fin de satisfacer las necesidades (futuras) y garantizar la accesibilidad a los servicios de salud en las zonas rurales, es de capital importancia formar, emplear, remunerar y motivar una fuerza de trabajo de salud rural suficientemente numerosa y calificada para prestar una atención de salud de calidad a todos aquellos que la necesitan. Las políticas a este respecto a menudo se basan en la migración y en la contratación de personal de salud de otros países. Sin embargo, esto, no puede considerarse como una opción teniendo en cuenta las grandes brechas que hay que colmar. Son más prometedoras las políticas que se centran en el desarrollo de la fuerza de trabajo de salud con miras a la formación y el empleo de un mayor número de profesionales de la salud en cada país.

A los trabajadores de salud de las zonas rurales se les debe facilitar puestos de trabajo decente, incluido un salario suficiente que tenga en cuenta su ardua y penosa labor, así como incentivos para trabajar en esas zonas, en las que habitualmente las condiciones son más desventajosas. Una manera de lograrlo consiste en otorgar prioridad a la inversión en infraestructura, equipamiento y suministros en aquellos niveles y zonas que menos estén a la altura de las normas. Se necesitan, pues, inversiones en los lugares de trabajo para que el personal de salud pueda prestar servicios de calidad basados en un equipamiento y unos suministros adecuados.

Asimismo, se deberían crear oportunidades de empleo y vincularlas al cumplimiento de los objetivos nacionales en materia de salud, como la cobertura universal de salud. Esto implica el establecimiento de umbrales para calcular el número de trabajadores necesarios para la población y, en particular, los adultos mayores. Estos umbrales pueden servir de referencia para la prestación adecuada de servicios y oscilar, a nivel mundial, entre 4,1 y 4,5 trabajadores a tiempo completo remunerados por 100 personas, y en cuanto a los cuidados de larga duración, por 100 personas de 65 años y más (Scheil-Adlung, 2015a, 2015b). Ha de incluirse en ello una combinación adecuada de competencias y de oportunidades de formación para todos los trabajadores de salud.

Sin embargo, las políticas conexas y las inversiones en la creación de puestos de trabajo no deben limitarse exclusivamente a aumentar el número de empleos, sino que las mismas deben contemplar condiciones de

trabajo dignas para quienes desempeñan ocupaciones relacionadas con la salud y las que no. Esas condiciones comprenden en particular salarios suficientes y se basan en derechos laborales como la libertad sindical, así como en la igualdad de remuneración, la no discriminación, la protección social y el diálogo social.

#### **5.4.3 Terminar con el trabajo no remunerado de cuidados a familiares a fin de paliar la escasez de personal, y de trabajadores de salud voluntarios con calificaciones mínimas o no calificados**

Es de vital importancia transformar la atención de salud y de cuidados de larga duración de carácter informal y no remunerado que resulta de la falta de trabajadores formales, en puestos de trabajo decente en el sector formal. Se ocupan de esa tarea trabajadores de salud de la comunidad voluntarios generalmente no calificados que no pueden brindar una atención de salud de calidad, así como personas que dejan sus puestos de trabajo para suministrar cuidados de larga duración a familiares.

Estas políticas permitirán el regreso al mercado laboral formal de muchas trabajadoras y contribuirán al crecimiento económico inclusivo. Al mismo tiempo, contribuirán a crear condiciones de vida aceptables a quienes actualmente prestan asistencia de carácter informal así como a prevenir la pobreza y favorecer la igualdad de género. Las formas más eficaces y efectivas de formalizar ese trabajo asistencial pasan por la creación de puestos de trabajo decente con salarios adecuados y el desarrollo de competencias para prestar una asistencia de calidad.

Sin embargo, también quienes deciden proporcionar cuidados de manera informal, por ejemplo, a sus familiares, deben recibir apoyo. Habida cuenta del envejecimiento de la población, se puede prever que una proporción creciente de la fuerza de trabajo combine a partes iguales la prestación de cuidados con el empleo remunerado. La combinación de estas dos funciones plantea actualmente a muchos cuidadores informales un desafío de envergadura que a menudo significa un conflicto entre trabajo y familia mayor que para los trabajadores sin obligación de brindar cuidados. Las posibilidades de combinar el trabajo remunerado y la atención familiar comprenden mecanismos de apoyo a los cuidadores que van desde prestaciones monetarias hasta prestaciones en especie, como el derecho a licencia y a la protección social.

#### **5.5 Universalización de la cobertura de la salud: tendencias recientes**

El ODS 3 requiere que todos los países se esfuerzen por alcanzar la cobertura universal de salud. El análisis de las tendencias recientes muestra que muchos países ya han avanzado hacia este objetivo extendiendo la cobertura de salud y el acceso mediante, entre otras cosas, la elaboración de estrategias de protección de la salud, la legislación e inversiones considerables para proporcionar un mejor acceso a servicios de salud y de cuidados de larga duración de calidad.

Se trata de países de todas las regiones del mundo, incluidos países de ingresos bajos como Chad y Togo, que han invertido en la extensión de la cobertura de salud de la población. Ahora bien, debido al tiempo que lleva la plena implementación de las reformas, las estadísticas a menudo reflejan los resultados de las inversiones a este respecto varios años más tarde. Algunos de los países que han realizado progresos significativos en la consecución de la cobertura universal de salud son China, Colombia, Rwanda y Tailandia (véase el recuadro 5.4).

Al mismo tiempo, se observan retrocesos en todo el mundo, incluso en los países de ingresos altos. Se piensa que estos contratiempos suelen obedecer a las medidas de consolidación financiera y las políticas más generales de austeridad. Ahora bien, las medidas de este tipo se deben evaluar en función de las repercusiones negativas de la mala salud en la economía en general, particularmente en lo que respecta a las reducciones de la productividad, que podrían resultar más costosas que los ahorros conseguidos. Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población en el mundo entero, en el futuro se plantearán mayores problemas en los regímenes y sistemas de salud y cuidados de larga duración, cuyos gastos forzosamente serán incluso más altos que en la actualidad. Así, los responsables de las políticas deberán determinar si los ajustes financieros a corto plazo no están socavando las inversiones en salud.

Además, en las políticas de austeridad se aprecian considerables repercusiones negativas para la población, ya que podrían empujar a las personas a la pobreza a causa de los pagos directos altos o más altos y a la falta de ingresos durante una enfermedad, así como contribuir al empeoramiento de su estado de salud.

Las medidas que con mayor frecuencia se observa que contraen la cobertura de la protección de la salud (cuadro 5.5) comprenden:

#### Recuadro 5.4 Cobertura universal de salud: China, Colombia, Rwanda y Tailandia

En los últimos años, muchos países han avanzado hacia la cobertura universal de salud como China, Colombia, Rwanda y Tailandia. Sus sistemas de atención de salud se basan en una combinación de asistencia pública, regímenes contributivos para los trabajadores del sector formal y regímenes parcialmente contributivos para los trabajadores de la economía informal, favoreciendo así la solidaridad y la inclusión social.

En **China**, el número de personas protegidas por el seguro de salud se multiplicó por diez entre 2003 y 2013, y asciende ya al 96,9 de la población. El seguro de salud está disponible mediante tres regímenes: para los trabajadores urbanos, para los residentes urbanos y para los residentes rurales. El primero proporciona un conjunto integral de prestaciones que cubren alrededor del 81 por ciento de los costos sujetos a seguro. Los dos últimos son regímenes de carácter voluntario que cubren más de la mitad de los costos médicos sujetos a seguro hasta un límite determinado y protegen a 1100 millones de personas. Por regla general, el Gobierno se hace cargo de parte o del total de los pagos directos de las familias pobres. El nivel de los pagos directos como parte del gasto nacional en salud, ha descendido del 60 por ciento en 2001 al 34 por ciento en 2013, aunque es preciso seguir reduciéndolo.

**Colombia** es uno de los casos recientes de América Latina en que se ha avanzado en la extensión de la protección de la salud. El sistema de salud se basa en el principio de universalidad, que obliga a todos los ciudadanos a afiliarse sea al régimen contributivo, si tienen capacidad para hacerlo, sea al régimen subsidiado en el caso de los trabajadores de ingresos bajos. Los afiliados a uno u otro de los regímenes tienen derecho a las mismas prestaciones. Este sistema ha ayudado a alcanzar altas tasas de cobertura legal y reducir los gastos por pagos directos. Se estima que la afiliación al seguro social de salud ha aumentado del 25 por ciento en 1993 al 96 por ciento en 2014. Los gastos por pagos directos descendieron al 15,9 por ciento del gasto nacional en salud en 2011, mientras que la parte correspondiente a los nacidos vivos en partos asistidos por personal de salud calificado llegó al 99,2 por ciento.

**Rwanda** ha hecho esfuerzos considerables por fortalecer su sistema de salud a nivel nacional y

comunitario, permitiendo el acceso de la mayoría de la población a una atención de salud asequible: en 2011, el 96 por ciento de los habitantes del país estaban protegidos por diferentes regímenes de seguro de salud, la mayoría (el 91 por ciento) por regímenes basados en la comunidad. El avance en la cobertura en Rwanda se logró gracias al compromiso político de una sólida red descentralizada de establecimientos de salud y trabajadores de la salud, y la utilización de elementos culturales de acción colectiva y apoyo mutuo. Los regímenes de seguro de salud de base comunitaria subsidian las cotizaciones de las personas pobres y vulnerables, lo que ha ayudado a extender la cobertura a grupos de otra manera excluidos. Ello ha contribuido en gran medida a mejorar los niveles de salud en el país, en particular aumentando la esperanza de vida y reduciendo la mortalidad materna e infantil. La experiencia de Rwanda demuestra que el avance es posible en los países de ingresos bajos, aun cuando la inmensa mayoría de la población viva en zonas rurales y pertenezca a la economía informal.

**Tailandia** implantó su régimen de cobertura universal de salud en 2001, unificando varios regímenes de seguro de salud y llegando así a un gran número de personas anteriormente sin cobertura, especialmente del sector informal. El objetivo de este régimen es «otorgar a todos los ciudadanos tailandeses iguales derechos a una atención de salud de calidad conforme a sus necesidades, independientemente de su situación socioeconómica». Esta meta se basa en el principio de universalidad: la cobertura universal de salud se concibió como un régimen para todos destinado no solo a personas pobres, vulnerables o desfavorecidas. Como se financia mediante impuestos, el régimen proporciona atención de salud gratuita en el lugar de prestación de los servicios. El conjunto de prestaciones es amplio y comprende la atención médica general y servicios de rehabilitación, tratamientos costosos y atención de urgencia. Siendo un régimen de carácter universal, controla los costos y garantiza su sostenibilidad financiera fijando el presupuesto anual y poniendo un límite a los pagos a proveedores. El régimen ha impulsado el desarrollo de la infraestructura de salud e incrementado el acceso a los servicios de salud.

Fuente: Basado en OIT, 2014e, 2016h, 2016i, 2016j.

- *reducciones en el conjunto de los servicios de salud* que conllevan el riesgo de repercusiones negativas en la salud y por ende de un aumento ulterior del gasto en salud;
- *limitaciones en la cobertura legal* que resultan en exclusiones de los servicios de salud y desigualdades en el acceso.

En estas circunstancias, es difícil conseguir el objetivo fijado y las repercusiones previstas de medidas como las encaminadas a potenciar la eficacia de los programas y racionalizar el gasto público. De hecho, podrían generarse costos adicionales debido a la falta de tratamientos de calidad tanto a nivel individual como nacional. Asimismo, esas medidas podrían incidir en la resiliencia y la estabilidad a largo plazo de los regímenes y sistemas

Cuadro 5.5 Medidas de protección de salud anunciadas, países seleccionados, 2014-2017

País	Nivel de ingreso nacional	Año	Medida (según se ha publicado en los medios de comunicación)	Repercusión prevista (referencia)	¿Contracción/ expansión?	Tipo de medida de protección social
<b>Australia</b>	Alto	2016	El Gobierno decide mantener el plan dental para los niños de familias de bajos ingresos, pero las prestaciones de atención dental descienden de 1000 a 700 dólares australianos en dos años	Eficiencia de los programas sociales	Contracción	Reducción del conjunto de servicios de salud
<b>Camboya</b>	Bajo	2014	El sistema de atención universal de salud queda incluido en la Estrategia nacional de protección social 2015-2025	Sostenibilidad de los programas sociales	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>Chad</b>	Bajo	2014	Proyecto del Banco Mundial de 21 millones de dólares de los Estados Unidos para salud y bienestar de la madre y el hijo	Reducción de la pobreza	Expansión	Mejora del acceso a la protección social
<b>China</b>	Medio-alto	2015	El Gobierno extenderá el seguro de salud a las principales enfermedades	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>República Democrática del Congo</b>	Bajo	2015	Establecimiento de un fondo de seguro universal de salud (Camu)	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>Ghana</b>	Medio-bajo	2016	Los indigentes quedan incluidos en el Régimen nacional de seguro de salud	Mejora de la suficiencia/ asequibilidad/ conveniencia	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>Grecia</b>	Alto	2014	Ya no quedan cubiertos los exámenes médicos	Racionalización del gasto público	Contracción	Reducción del conjunto de servicios de salud
<b>Indonesia</b>	Medio-bajo	2015	Nuevo régimen de seguro de salud	Eficiencia de los programas sociales	Expansión	Extensión del conjunto de servicios de salud
<b>Liberia</b>	Bajo	2016	El PNUD y el Ministerio de Género, Infancia y Protección Social, pusieron en marcha el programa de transferencia monetarias de la red de seguridad social	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión del conjunto de servicios de salud
<b>Nigeria</b>	Medio-bajo	2015	Introducción del Programa de seguro de salud móvil	Eficiencia de los programas sociales	Expansión	Mejora del acceso a los programas sociales
<b>Perú</b>	Medio-alto	2014	Acceso a los controles de salud para todos los niños a través del Ministerio de Salud	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>Filipinas</b>	Medio-bajo	2014	Cobertura automática del seguro de salud para los ciudadanos mayores de 60 años	Mejora de la suficiencia/ asequibilidad/ conveniencia	Expansión	Extensión del conjunto de servicios de salud
<b>Senegal</b>	Medio-bajo	2014	Cobertura universal del sistema de salud	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>Sudáfrica</b>	Medio-alto	2015	Seguro nacional de salud	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>Togo</b>	Bajo	2015	Inclusión de segmentos más amplios de la sociedad en el Instituto Nacional de Seguro Social (Inam)	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>Estados Unidos</b>	Alto	2017	Desarticulación del «Obamacare»	Contracción de la cobertura	Contracción	Reducción de la cobertura
<b>Venezuela, República Bolivariana de</b>	Medio-alto	2015	El gobierno aprobó la creación de un nuevo sistema de salud a partir de 2016	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión de la cobertura
<b>Viet Nam</b>	Medio-bajo	2015	Aumento de la cobertura del seguro de salud en Ciudad Ho Chi Minh	Extensión de la cobertura	Expansión	Extensión de la cobertura

Fuente: Monitor de la Protección Social de la OIT, 2017.

Enlace: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54790>

de protección de la salud y empeorar así la situación social, económica y financiera a más largo plazo.

Pese al incremento de las necesidades de salud en el mundo entero a causa, entre otras cosas, del envejecimiento de la población, el acceso a la protección de la salud con frecuencia no es equitativo, o es incluso inexistente. La situación se ve agravada por la escasez extrema de personal. En muchos países, los obstáculos principales al acceso a los servicios necesarios también se observan en la pronunciada insuficiencia de los fondos públicos y los elevados pagos directos. Ante estas circunstancias, se deben redoblar los esfuerzos para que la protección de la salud –especialmente la de los adultos mayores– ocupe un lugar destacado en las políticas nacionales y mundiales y en las agendas de desarrollo.

Ello implica reformas de la financiación que generen un espacio fiscal suficiente basado en fondos públicos y la reducción al mínimo de los pagos directos. La financiación debe tener como base amplias mancomunaciones de riesgos, como impuestos o cotizaciones

relacionadas con los ingresos, que garanticen que se comparta la carga y la sostenibilidad. De este modo se logrará que los servicios de calidad y las prestaciones de un nivel aceptable resulten «asequibles». Además, es necesario contar con una fuerza de trabajo de salud y de cuidados de larga duración suficiente.

A este respecto, se debe considerar el rendimiento de las inversiones, por ejemplo, el derivado de la a menudo olvidada «economía plateada», además del crecimiento del empleo formal y el incremento de las tasas de empleo en los sectores conexos así como de las contribuciones al PIB.

Por último, es de capital importancia incorporar las estrategias en materia de salud y CDL a las estrategias más amplias del conjunto de prestaciones básicas de protección social, a fin de garantizar la protección financiera de todos los que la necesitan, así como la adopción de políticas sociales y económicas que pongan de relieve todo el potencial de rendimiento de las inversiones y contribuyan a la eficacia y eficiencia de los regímenes de cuidados de larga duración en beneficio de todos.