

¿Alguien está escuchando?
Omisión de datos en los debates sobre la
Reforma de la Salud en América Latina

Una nota sobre salud

William D. Savedoff

SDS/SOC – Nota sobre Salud No. 2
Banco Interamericano de Desarrollo
Washington, DC
Octubre, 2000

Agradecimientos

El documento a continuación ha surgido como resultado de observar los debates sobre la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe, especialmente en los últimos seis años. En el transcurso de estos años, he aprendido en gran medida de muchas personas cuyas ideas y estímulo han contribuido directa e indirectamente a estas observaciones. En el caso de este documento, los comentarios de Gustavo Zuleta y Philip Musgrove fueron especialmente importantes y se recibieron con beneplácito. Todo error que persiste es propio.

William D. Savedoff es un Economista Superior en la División de Desarrollo Social del Departamento de Programa Social y Desarrollo Sostenible. Las opiniones y la interpretación en este documento pertenecen al autor y no deben atribuirse al Banco Interamericano de Desarrollo o a ninguna persona que actúe en su nombre. Si desea enviar comentarios al autor puede hacerlo a: bills@iadb.org. Para acceder a esta publicación o a otras publicaciones relacionadas del Banco Interamericano de Desarrollo, visite nuestro sitio en la web: <http://www.iadb.org>.

¿Alguien está escuchando? Omisión de datos en los debates sobre la Reforma de la Salud en América Latina

En toda América Latina y el Caribe, de hecho en todo el mundo, los países están realizando debates sobre sus sistemas de salud. Con frecuencia, las características de las reformas en un país se utilizan para promover o criticar propuestas específicas en otro. A pesar de la gran importancia y el potencial de aprendizaje de modelos externos, los datos a menudo no marcan una gran diferencia con respecto a la manera en que se perciben y describen los modelos en los ámbitos político y social.

A fin de ilustrar este punto, imagine viajar a un país a fin de evaluar el grado de equidad del sistema de salud. Imagine que está tratando de decidir si es un modelo que su país desearía copiar. Es posible que encuentre la siguiente información.

En primer lugar, el país tiene un modelo de salud en el cual aproximadamente

100% de la población tiene acceso a servicios de salud y una forma de seguro médico público que permite a las personas utilizar servicios médicos privados con algunas limitaciones. La población en edad de trabajar con salarios superiores a ciertos niveles paga sus propias primas del seguro médico completamente; mientras que el sector público cubre a aquellas personas mayores de 65 años y aquellas cuyos ingresos se encuentran por debajo de un cierto nivel. En el Cuadro 1 se muestran las finanzas y los gastos en el sistema.

Aparentemente, solamente 4% de los ingresos generales se utiliza para financiar la atención de los individuos empleados cuyos ingresos se encuentran por encima del nivel de pobreza. Aproximadamente 50% de la cobertura para las personas de edad avanzada y las personas de escasos recursos se financia con los ingresos generales y otro 33%

Cuadro 1

	Privado	Público
Gasto total (US\$/año)	1.118mn (44%)	1.040mn (56%)
Participaciones de fuentes		
Ingresos generales	4%	48%
Primas pagadas con impuestos sobre la nómina	82%	33%
Copagos	14%	19%
Gastos por beneficiario (US\$/año)	297	205

con impuestos sobre la nómina. A continuación se podría preguntar acerca de 19% de copagos para aquellos cubiertos por el sistema público— si eso evita o no que las personas de escasos recursos utilicen los servicios de salud. Investigación adicional revela que las personas en la clase de ingresos más bajos no contribuyen con el pago de aranceles por el uso de los servicios públicos, pero deben realizar copagos si procuran atención privada. El acceso es una cosa, pero ¿qué ocurre con los resultados sanitarios? Los datos revelan que la asistencia profesional al nacimiento es casi universal y las tasas de mortalidad infantil son bajas para todas las clases de ingresos.

¿Hay algo terriblemente antisocial acerca de este sistema? Bueno, estamos hablando de Chile, un país cuya reforma de la salud se ha desacreditado ampliamente como la más horrible de las reformas de salud neoliberales. Yo mismo escribí un artículo en 1996 en el cual señalé elementos del sistema que promovían la inequidad¹. Según lo observado, una vez que comencé a estudiar datos, estaba equivocado. ¿Qué sucedió?

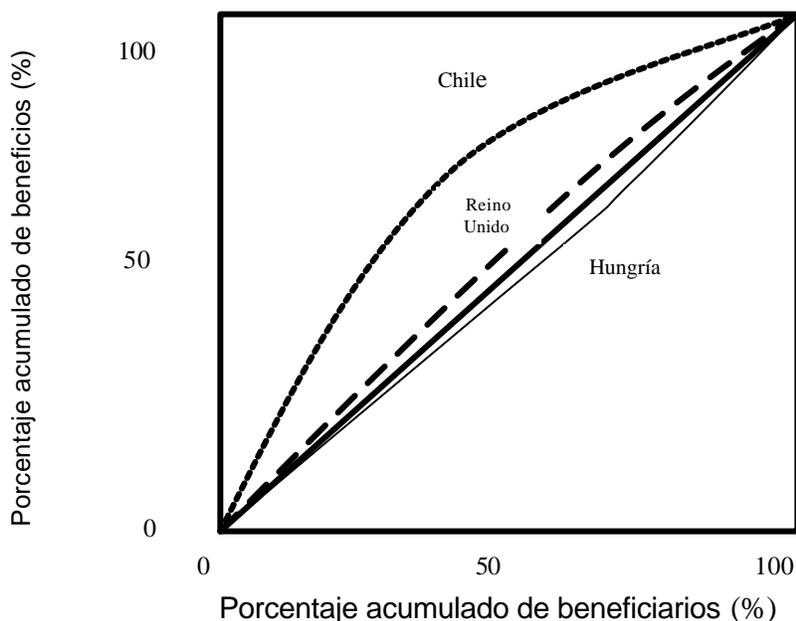
El problema principal con críticas anteriores del sistema chileno es que se centró en impuestos sobre la nómina, y el hecho que chilenos con mayores recursos estaban extrayendo del sistema público y transformando estos impuestos en primas que se pagaban a aseguradores privados.

Lo que ignoramos fue el hecho de que estas mismas personas continúan pagando impuestos, de manera proporcional a sus ingresos, y estos ingresos impositivos subsidian el sistema público. Como consecuencia, Chile tiene uno de los sistemas de salud más progresivos en el mundo cuando se lo mide por la combinación de la incidencia fiscal y el gasto en salud pública.

Esta conclusión no es el resultado de un estudio aislado o posición ideológica. Los datos para la progresividad del sistema chileno estuvieron disponibles desde 1989 con datos de 1987 en Haindl, Budinich e Irarrazaval (1989). Milanovic (1995) tomó los datos chilenos para utilizar en la comparación con países de Europa Oriental. Cuando Milanovic comparó Gran Bretaña, Hungría y Chile, solo Chile demostró gasto en salud claramente progresivo. (Consulte la Figura 1).

¹ Consulte Savedoff (1998). Los datos del Cuadro 1 se incluyeron en el mismo libro en un artículo escrito por Miranda y Paredes (1998).

Figura 1
Distribución de los beneficios del sector público en servicios de salud



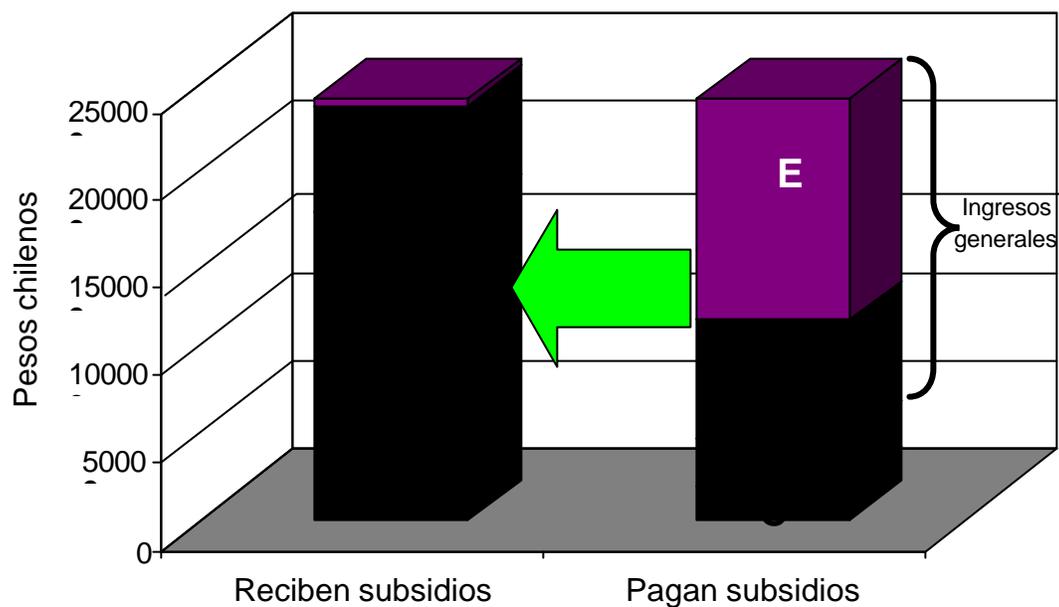
Fuente: Adaptado de Milanovic (1995), p. 507.

Confirmación adicional se encuentra en el trabajo de Bitrán (1998) en el cual se analizó el flujo real de gastos públicos por clase de ingresos. Bitrán descubrió que 72% de los beneficiarios del sistema de salud pública provenían de grupos cuyos ingresos eran inferiores a US\$ 144 por mes. Estos dos grupos recibieron subsidios equivalentes a US\$ 590 millones en 1995. De esta cantidad, US\$ 488 millones provino de los ingresos generales del gobierno, y otros US\$ 115 millones de subsidios cruzados de beneficiarios del FONASA con ingresos superiores a US\$ 145 por mes (Consulte la Figura 2).

Aún más, otro estudio alcanzó una conclusión similar con el empleo de datos diferentes. Sapelli y Vial (1998)

utilizaron un método creado por Wagstaff y Van Doorslaer (próximo a publicarse) para analizar países europeos, en el cual se estiman las necesidades de los servicios de salud por grupos de ingresos y se comparan con la utilización real. En el documento expresan: “Los resultados demuestran que el sistema de salud chileno es similar a un sistema de salud europeo promedio. Es decir, no hay relación entre los ingresos y la utilización si consideramos visitas médicas y días de hospitalización”. (Consulte la Figura 3). Si estudiamos tanto el financiamiento como los gastos, el sistema de salud de Chile es al menos razonablemente progresivo y notablemente progresivo según el patrón en América Latina.

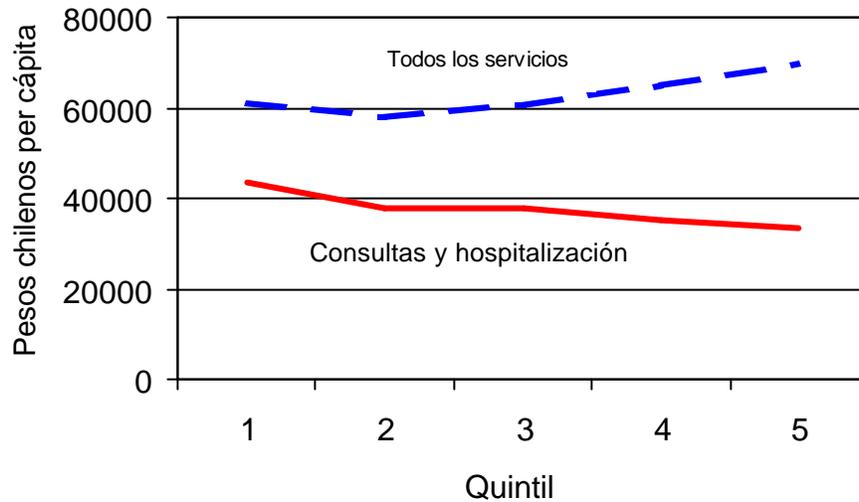
Figura 2
¿Quién paga y quién recibe subsidios?



Nota: La clasificación se basa en el FONASA, según la cual la Clase A es indigente, la Clase E está cubierta por ISAPRES y las Clases B, C y D tienen nivel de ingresos en aumento.

Fuente: Adaptado de Bitrán (1998), con información adicional sobre la incidencia fiscal.

Figura 3
Gastos en servicios por quintil de ingresos



Fuente: Sapelli y Vial (1998)

Una de las razones por las cuales las personas criticaron el sistema chileno es que la reforma de principios de la década del ochenta fue realizada por un régimen militar brutal. Se tornó difícil para las personas separar la reforma y su repercusión real de los orígenes. Del mismo modo, a la reforma le siguieron 10 años de financiamiento estancado por parte de FONASA per cápita. No obstante, desde finales de la década de los ochenta y durante la década de los noventa, el financiamiento de los servicios de salud se ha incrementado sustancialmente y el impacto distributivo del sistema de salud reveló ser notablemente progresivo.

En la actualidad, una de las razones claves que lleva a las personas a pensar que el sistema chileno no es equitativo

es que interpretan críticas nacionales del sistema chileno como si esos argumentos fueran aplicables directamente a sus propios países. Pero un sistema al estilo chileno en un país donde los servicios de salud pública están universalmente disponibles es muy diferente de un país con bajo nivel de cobertura (como es el caso en la mayoría de los otros lugares en América Latina). Perder la cobertura del seguro privado en un país con medidas de protección públicas es muy diferente a perderlas en un país sin red de protección en absoluto.

Esto puede ilustrarse con las diversas interpretaciones de la manera en que las personas de edad avanzada son afectadas por el sistema actual. La mayoría de los chilenos que se jubilan ya no puede pagar primas del seguro privado y, en

consecuencia, optan por el FONASA. Esto se ha atribuido correctamente a que no existe ninguna restricción legal que evite que los aseguradores privados cancelen contratos. Dado que el FONASA no tiene que prestar servicios sobre la base solamente de "primas" provenientes del impuesto sobre la nómina, sino que recibe subsidios importantes de ingresos generales, está en condiciones de ofrecer protección para las personas de edad avanzada. Si las personas de edad avanzada no tuvieran otras opciones, o si el FONASA no recibiera subsidios del tesoro público, entonces el paso de las personas de edad avanzada de ISAPRES al FONASA representaría verdaderamente un problema. Pero la existencia de estos subsidios públicos significa que el FONASA opera como una "red de protección" pública apropiada para los individuos jubilados².

No todo es color de rosa. El sistema de salud de Chile continúa presentando problemas. El pueblo chileno tiene conocimiento de que se desperdicia gran cantidad de recursos, especialmente cuando los paquetes de beneficios no están uniformizados y las primas son

² Surge otra preocupación con respecto al efecto del envejecimiento de la población en el sistema de salud pública de Chile. Un estudio reciente (Banco Mundial, 2000) demostró que el envejecimiento de la población tendrá una repercusión muy pequeña en la condición financiera de FONASA dado que ya recibe a la mayoría de las personas de edad avanzada y sus ingresos provienen principalmente de la generación de impuestos.

fijas como un porcentaje de los ingresos. Al fijar contribuciones sobre la nómina en términos porcentuales sin un tope, los ISAPRES pueden cobrar primas que exceden en gran medida los costos de la atención médica necesaria. Esto produce despilfarro que podría abordarse mediante la imposición de un tope para las contribuciones o impuestos sobre las contribuciones en exceso. Ninguna de estas soluciones serían popular entre los ISAPRES, pero la primera medida sería respaldada al menos por los hogares de ingresos más altos.

La cuestión crítica en cuanto a la equidad financiera es asegurarse que, una vez que los hogares de ingresos más altos han pagado completamente sus primas de seguro, los impuestos generados de esos impuestos sobre la renta y las ventas se utilicen para financiar adecuadamente una red de seguridad pública de alta calidad. Al respecto, Chile se encuentra a la vanguardia entre los países de América Latina porque sus servicios públicos están relativamente bien financiados, son prácticamente universales y en general adecuados.

El problema clave es que las personas de escasos recursos reciben tratamiento inequitativo en un aspecto clave: a diferencia de los chilenos con mayores ingresos, están limitados a utilizar los servicios públicos que son de menor calidad en lo general. Esta es la inequidad central en el sistema chileno, y resolverla requiere que el sistema público mejore sustancialmente o que las personas de escasos recursos tengan la opción de seleccionar ISAPRES mediante primas subsidiadas. La

segunda alternativa es la preferida por muchos chilenos que la consideran como una manera de integrar los dos sistemas³.

La mala interpretación de los debates domésticos de Chile continúa alimentando la opinión común en América Latina que el sistema chileno es altamente inequitativo. Por ejemplo, la reforma de la salud en Colombia es generalmente criticada por opositores

nacionales como representativa de la “Chilenización” del sistema de salud colombiano. Aun así los datos reales sobre los resultados de la salud en Chile y la progresividad de su sistema de salud pública se citan en muy raras ocasiones. Si los datos reales se incorporaran alguna vez al debate, quizá podrían reconocerse los elementos buenos de ese sistema y se podrían sancionar políticas pertinentes.

³ Consulte Sánchez y Zuleta, 2000, para una apreciación de las condiciones actuales y los debates en Chile sobre este tema.

Referencias

- Bitrán, R. 1998, "Equity in the Financing of Social Security for Health in Chile", Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland.
- Haindl, Budinich, e Irarrazaval, 1989, *Gasto Social Efectivo*. Santiago de Chile: Oficina de Planificación Nacional y Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
- Banco Interamericano de Desarrollo, 1998, *Facing up to Inequality in Latin America, Economic and Social Progress in Latin America, 1998-1999 Report*, Johns Hopkins University Press.
- Banco Interamericano de Desarrollo, 1996, *Making Social Services Work, Economic and Social Progress in Latin America, 1996 Report*, Johns Hopkins University Press.
- Miranda, E. y R. Paredes. 1998. "Competition, Vertical Integration and Performance in Chile's Public and Private Health Services", Capítulo 6 en W. Savedoff, ed. *Organization Matters: Agency Problems in Health and Education in Latin America*, Latin American Research Network, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC.
- Musgrove, Philip. 1996. "Un fundamento conceptual para el rol público y privado en salud" *Revista de Análisis Económico*, Vol. 11:2, noviembre. (Disponible también en inglés como documento de trabajo del Banco Mundial).
- Sánchez, H. y G. Zuleta, eds. 2000. *La hora de los usuarios: Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC.
- Sapelli, C. y B. Vial, "Utilización de prestaciones de salud en Chile: ¿Es diferente entre grupos de ingreso?" *Cuadernos de Economía*, año 35, No. 106, pp. 343-382, Dic. 1998.
- Savedoff, W. 1998. "Social Services Viewed Through New Lenses", Capítulo 1 in W. Savedoff, ed. *Organization Matters: Agency Problems in Health and Education in Latin America*, Latin American Research Network, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC.

Van Doorslaer, E., A. Wagstaff, y F. Rutten. 1993. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, Comisión de las Comunidades Europeas, Health Services Research Series, No. 8, Oxford Medical Publications.

Wagstaff, A. y E. van Doorslaer. Próximo a publicarse. "Equity in Health Care Finance and Delivery", Capítulo 40 en A.J. Culyer y J.P. Newhouse, eds. *North Holland Handbook of Health Economics*. North Holland Press.

Banco Mundial, 2000. "Chile: Health Insurance Issues, Old Age and Catastrophic Health Care Costs", Estudio sobre países del Banco Mundial, Banco Mundial, Washington, DC.