

El Gasto Empobrecedor en Salud

BAEZA Christian and Truman Packard (2006). **Beyond Survival: Protecting households from health shocks in Latin America**. Stanford Economics and Finance / The World Bank.

Puede descargar el original (en inglés) aquí:

http://siteresources.worldbank.org/INTLACINSPANISH/Resources/Final_E-Book_Beyond_Survival_English.pdf

1 PRÓLOGO

A pesar de casi dos décadas de profundas reformas estructurales en el sector salud, los hogares de la región de América Latina y el Caribe continúan sobre-expuestos al impacto de eventos catastróficos de salud que pueden forzarles a recortar el consumo de otros bienes y servicios básicos e incluso dejarlos en la miseria. Alrededor del mundo, incluyendo en América Latina, los costos de los servicios de salud se están elevando. Las catástrofes en salud (tales como enfermedad, accidentes o eventos normales del ciclo de vida, entre ellos el envejecimiento) despojan a los individuos de su salud y pueden empobrecer sus hogares. Recae sobre los hogares, además del costo de tratamiento, el de la pérdida de tiempo productivo de trabajo, así como el costo de oportunidad por los días ocupados en atender a los familiares enfermos. Los costos combinados de gastos y pérdida de ingresos por una enfermedad o lesión seria pueden empobrecer a los individuos y sus hogares. Para quienes ya son pobres, estos costos pueden perpetuar la pobreza.

2 RESUMEN EJECUTIVO

Para los formuladores de las políticas de América Latina y el Caribe, este libro trae cinco mensajes principales:

- Los costos de los servicios de salud - contribuciones de seguros así como pagos directos de bolsillo - y la pérdida de ingresos como consecuencia de la enfermedad pueden empobrecer los hogares y hundir a los que ya son pobres en un ciclo intergeneracional de pobreza abyecta. Esto refleja la falta de acceso a instrumentos efectivos de protección del ingreso durante la enfermedad, y protección de los riesgos de gasto catastrófico en salud, o integración de riesgos. Esto puede advertirse en la parte desproporcionada del ingreso promedio y de los costos de los servicios que se financian directamente del bolsillo en la región de América Latina y el Caribe (ALC) en relación con otras partes del mundo.

¹Serie preparada por Ricardo Valladares (richivalladares@gmail.com)

- Las personas necesitan protección contra gastos empobrecedores en salud y pérdida de ingreso por enfermedad. Estos costos son causas tan importantes de la pobreza como la pérdida de ingresos por desempleo.
- Los fondos de integración de riesgos en ALC cubren sólo empleados formales, con mecanismos obligatorios de integración de riesgos, públicos y cuasi-públicos. Mientras esta situación persista, los gobiernos en ALC estarán sometidos a duras presiones para extender la cobertura efectiva más allá de esta minoría comparativamente cómoda.
- Las constituciones de la mayoría de países de ALC reconocen el derecho básico de los ciudadanos a la salud, pero dicen poco acerca de los medios para garantizar su cumplimiento. La cobertura de los servicios de salud puede extenderse con una mayor participación en los fondos de riesgo compartido, definiendo garantías explícitas universales de acceso a un paquete de beneficios (PB) de eventos específicos y asegurables, así como por medio de una mejor orientación de los subsidios para bienes públicos de salud (tales como la vacunación) a los pobres, los ancianos, los pobres extremos y otros grupos en desventaja social.
- La extensión del fondo de riesgos compartidos al sector cada vez más grande de trabajadores informales es una prioridad en ALC. Esto significará inventar mecanismos de contribución para que los hogares no pobres participen en fondos de integración de riesgos que no estén ligados a un empleador o a un estatus laboral.

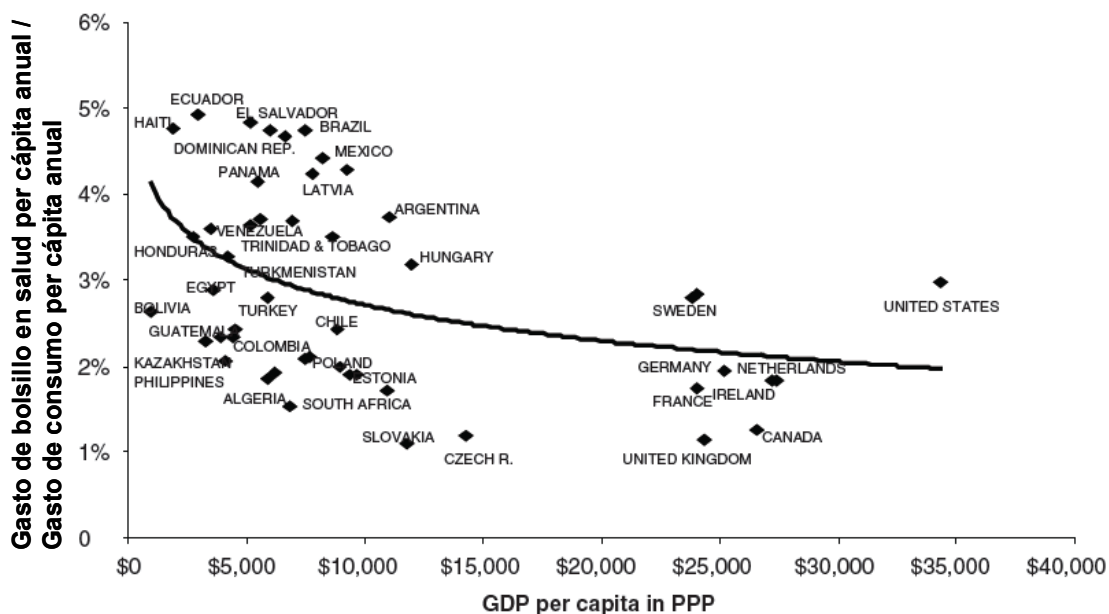
Desde un punto de vista de políticas públicas, la prioridad relativa otorgada a las ganancias en el estado de salud y la protección financiera varía con las circunstancias particulares de cada país. Los retornos de intervenciones que mejoran la salud son distintos para los países más pobres, quienes con su baja esperanza de vida y estrechas condiciones de recursos todavía están buscando suficiente *amplitud* de cobertura, respecto a los países de ingreso medio con esperanza de vida más larga, quienes se enfocan cada vez más en la *profundidad* de la cobertura. La amplitud de la cobertura se refiere al número de personas con acceso a servicios básicos. La profundidad de la cobertura se refiere a la calidad del paquete de beneficios de salud (el número de intervenciones incluidas y las características técnicas de su provisión). El pulso entre estado de salud y protección financiera es, en definitiva, una decisión social basada en el contexto del país y en sus preferencias. En *Beyond Survival*, la evidencia y la discusión buscan persuadir a quienes establecen las políticas a darle similar ponderación a los objetivos relacionados con el estado de salud y con la protección financiera, al fijar las prioridades para sus sistemas de salud.

3 EVENTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD, BIENESTAR DEL HOGAR Y RIESGO DE POBREZA

En Argentina, 5% de todos los hogares no pobres cayeron bajo la línea nacional de pobreza por al menos tres meses en 1997, como resultado del gasto en salud. Resultados similares fueron observados en Chile (1% en 2000), Ecuador (11% en 2000) y Honduras (4% en 2000).

Con un gasto total en salud del 6.4% del PIB, ALC es la región de mayor expansión en el mundo, después de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Los gastos públicos en salud son bajos en la mayoría de países de ALC y, en correspondencia, los gastos privados son altos. Estos países tienen una de las razones de gasto más altas del mundo, como porcentaje del ingreso per cápita y la mayor parte del gasto privado en salud proviene directamente del bolsillo, al momento de buscar servicios públicos o privados (Fig. 1).

Fig. 1 Gasto de bolsillo promedio anual per cápita como porcentaje del consumo total promedio anual per cápita



Fuente: los autores, con datos de OMS Datos por País 2004 e Indicadores Mundiales de Desarrollo 2003.

Los hogares, especialmente los más pobres, pagan directamente de bolsillo por un sorprendentemente alto 85% del gasto privado en salud (si se compara con el 72% en promedio en Europa y OECD, quienes además tienen gastos privados en salud mucho más bajos). Son excepciones notables Colombia y Uruguay. Para los hogares en los quintiles de ingreso más bajos que todavía no son pobres, la probabilidad de caer en la pobreza debido a gastos de salud de bolsillo es mucho mayor. Esta probabilidad se reduce mediante la participación en esquemas de riesgo compartido bien diseñados y que funcionan bien, pero pocos, si es que

alguno, de los pobres y los fronterizos a la pobreza participan de fondos de riesgo compartido que sean efectivos.

Todos los países industriales tienen políticas públicas que proveen en caso de ausencia del trabajo por enfermedad y maternidad, para compensar la pérdida de ingreso relacionada a salud, y seguros privados (de accidentes o discapacidad) o seguridad social para cubrir ausencias más prolongadas y acceso a servicios de salud. La mayoría de países de ALC han introducido estos mecanismos para trabajadores formales, como parte de los beneficios de la seguridad social. Los hogares en cada país que hemos examinado pueden, mínimamente, contar con servicios de salud nacionales provistos directamente por los ministerios nacionales de salud.

La recolección de datos de los hogares puede mejorar, como pueden reconocer los formuladores de política a partir de la evidencia preliminar que se ha presentado en este informe. Se puede contar con un análisis más profundo del desempeño del sistema de salud y de la protección financiera para los hogares demasiado expuestos a eventos catastróficos de salud si se llenan los vacíos y se refinan los datos. El estudio de los efectos a largo plazo sobre la formación de capital humano en esos hogares vulnerables también puede llegar a ser una prioridad de política pública.

4 EL ROL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA PROTECCIÓN DE LOS HOGARES CONTRA EVENTOS CATASTRÓFICOS DE SALUD

En la teoría clásica, cuando se enfrenta la probabilidad de un evento adverso con riesgo de pérdidas financieras uno puede: a) asegurarse contra esa pérdida o b) tomar acciones para reducir la probabilidad de la pérdida. Para mitigar la pérdida, se debe saber cuál es el gasto óptimo en instrumentos alternativos: aseguramiento de mercado, auto-aseguro o auto-protección. La diferencia crítica entre los dos tipos de aseguramiento es que el *aseguramiento de mercado* funciona haciendo que los individuos compartan los riesgos; con el *auto-aseguro* (esencialmente, ahorro individual) no se comparten. El tercer instrumento de mitigación, la *auto-protección*, reduce la probabilidad que ocurra el evento adverso, pero debido a que no transfiere ingreso de los eventos favorables a los adversos, no modifica el tamaño de la pérdida si ocurre el evento adverso. Para simplificar, nos referimos al aseguramiento de mercado como *integración de riesgo*, al auto-aseguro como *ahorro*, y a la auto-protección como *prevención*.

Aplicando este marco de análisis, hemos concluido que en ALC prevalece un exceso de gasto de bolsillo y se carece de suficiente integración de riesgos. Pero también concluimos que la seguridad social en salud cubre muchas veces todos los eventos de salud, sin reparar en su naturaleza (esto es, si son eventos asegurables o no). Si los instrumentos que el gobierno provee para ayudar a los hogares a manejar sus pérdidas financieras derivadas de eventos catastróficos estuvieran alineados

correctamente en función de la naturaleza de sus pérdidas, los sistemas de financiamiento de la salud estarían en mejor capacidad de proveer protección financiera sostenible. Más aún, los instrumentos correctamente alineados pueden liberar recursos que permitirían a los formuladores de políticas financiar subsidios para personas que no pueden pagar formas contributivas de integración de riesgos o actividades de prevención de enfermedades y no les queda dinero para ahorrar después de cubrir el gasto en alimentos, albergue y otras necesidades básicas. Cuántos recursos pueden liberarse con la alineación correcta es una cuestión empírica que debe responder cada país y puede variar en gran medida, dependiendo del alcance que actual del derecho a la seguridad social.

Los formuladores de políticas y los hogares tienen alternativas para generar protección ante las pérdidas potenciales derivadas de un evento catastrófico en salud: prevención, ahorro e integración de riesgos. La integración de riesgos es una intervención de política pública común. La forma más efectiva de utilizar la integración de riesgos es cuando cubre el tratamiento de eventos de salud relativamente raros pero muy costosos. Considerando la distribución y composición del gasto de los hogares en ALC, una mejor alineación del conjunto global de instrumentos permitiría extender la cobertura de integración de riesgos hacia los hogares de ingresos bajos y los que ya son pobres.

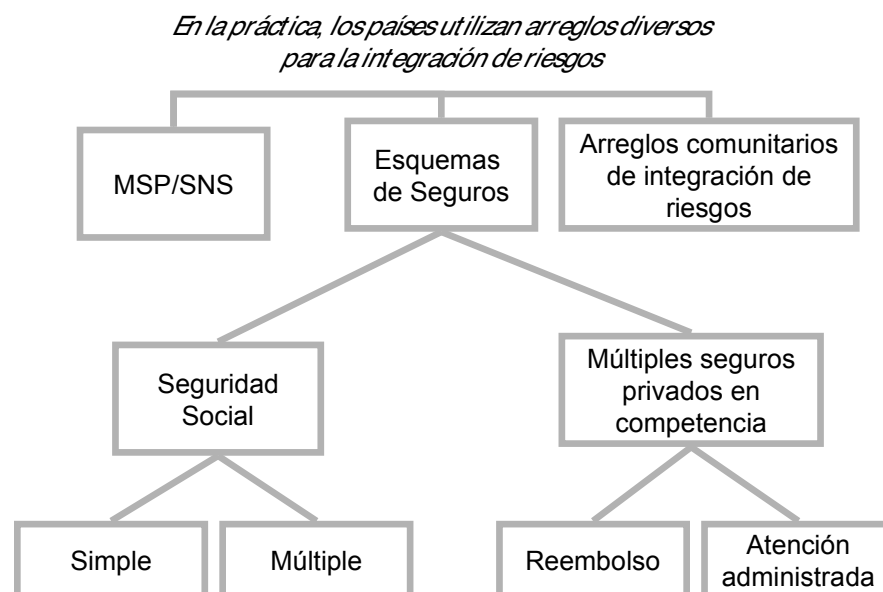
5 EL PAPEL DE LOS ARREGLOS ALTERNATIVOS PARA INTEGRACIÓN DE RIESGOS

La integración de riesgos es una herramienta esencial para ayudar a los hogares y los formuladores de política a mitigar los efectos financieros de los eventos catastróficos de salud, reduciendo de esta forma el riesgo de la pobreza.

Los países utilizan tipos distintos de arreglos de integración de riesgos (Fig. 2). En ALC, la integración de riesgos se organiza frecuentemente bajo el modelo de Seguridad Social (SS) de Bismarck en el siglo XIX, con contribuciones ligadas a los salarios, y el modelo de servicio nacional de salud (SNS) o modelo de Beveridge de la década de 1940, normalmente financiado por medio de impuestos generales. Otros arreglos de integración de riesgos incluyen seguros de salud privados, voluntarios y basados en la comunidad (que se financian con contribuciones relativas al riesgo del hogar). Los seguros de salud voluntarios y comunitarios no se encuentran tan frecuentemente en ALC como SS o SNS.

Las características funcionales internas de la integración de riesgos, más que los arreglos específicos de integración determinan su efectividad como herramienta de protección contra riesgos. La evidencia preliminar sobre los determinantes probables del desempeño surge de la considerable experiencia que la región de ALC tiene en la administración y reforma de estructuras de integración de riesgo, las cuales han constituido el foco casi exclusivo de los más recientes esfuerzos de reforma estructural en el sector salud.

Fig. 2 Arreglos alternativos de integración de riesgos



MSP= Ministerio de Salud Pública; SNS= Sistema Nacional de Salud

Fuente: los autores

No importa el arreglo específico para compartir riesgos que escojan los formuladores de política, el éxito en la mejora del estado de salud y en la protección financiera de la población descansa en la manera en que se implementan las funciones claves del financiamiento de la salud.

Además de proveer suficiente financiamiento para operar los servicios, para asegurar que el sistema de salud genera protección financiera se necesita:

- Alcanzar la más alta contribución posible para eventos asegurables de salud antes que tales servicios se necesiten (pre-pago). Esto debería contribuir a que se reduzcan los pagos directos de bolsillo (contribuciones hechas cuando los servicios se necesitan), aún cuando sea necesario introducir copagos, al observarse claros signos de sobre-utilización de servicios.
- Alcanzar el más grande grupo de miembros con riesgos compartidos dentro de una población, o al menos suficientemente grande para lograr la viabilidad financiera y las economías de escala. Esto debería permitir la transferencia de subsidios de individuos de bajo riesgo a los de alto riesgo (subsidio de riesgos).
- Alcanzar la equidad adecuada para asegurar un flujo razonable de subsidios entre grupos de ingresos más altos a los de ingresos menores (subsidio de equidad).
- Desarrollar la capacidad de compra y un sistema de pago a proveedores que genere incentivos a los proveedores para que

entreguen servicios de calidad en forma oportuna y manteniendo los costos bajos (compra estratégica).

La evidencia previa ha sido escasa sobre cuáles arreglos alternativos de riesgos compartidos ofrecen la mejor protección financiera. La evidencia preliminar de los casos de estudio de Chile y Colombia sugiere que las diferencias entre arreglos organizativos no son tan importantes como las características y la composición del paquete de beneficios (PB), el alcance de la compra estrategia por la organización de integración de riesgos, y la disponibilidad y el tamaño de los subsidios de equidad. La fragmentación de fondos de riesgo y el marco regulatorio para organizaciones de integración de riesgos también juegan papeles importantes.

El BP es una lista de intervenciones cubiertas; define también la calidad de servicios y su oportunidad; fija los copagos, los deducibles (si los hay), y provisiones de terminación y pérdida; contiene disposiciones sobre la confidencialidad, privacidad, instalaciones, acceso a información del paciente, derechos del paciente y otros elementos esenciales para preservar la dignidad. Para proveer protección financiera efectiva, el paquete tiene que concentrarse en torno a los eventos de gasto empobrecedor en salud. Por medio de la compra estratégica, las organizaciones integradoras de riesgos crean los incentivos adecuados para que los proveedores de servicios de salud presten los servicios que define el PB, y monitoreen, verifiquen y refuercen el cumplimiento de las condiciones del PB. Esta es la manera en que la mayoría de organizaciones integradoras de riesgo (compradoras) utilizan los recursos financieros captados e integrados para comprar servicios de salud para sus afiliados.

En los países de bajos ingresos de la región de ALC se tiene el problema de la insuficiencia de los subsidios de equidad. Una importante razón es la falta de recursos, pero también contribuye la gestión ineficiente de los fondos recolectados. La pobreza y la inestabilidad institucional y organizacional restringen la generación y captación adecuada de fondos para subsidios para la equidad. La otra causa del pobre desempeño de la equidad basada en subsidios es la gestión ineficiente y los mecanismos inefectivos para asignar el subsidio. Una enorme distorsión en el mecanismo de asignación es la falta de *portabilidad*, lo que significa que los subsidios de equidad no siguen a los individuos que se mueven de un fondo de riesgo compartido (empleo) a otro.

Hemos identificado en el informe crecientes inconsistencias entre los SS financiados con contribuciones basadas en salarios y el funcionamiento de los mercados laborales en América Latina. Sin embargo, tomará tiempo resolver esas inconsistencias y en el corto plazo será probablemente más importante (y factible) cambiar los mecanismos de compra, tamaño del grupo asegurado, y la regulación de los arreglos existentes, que intentar giros súbitos de uno a otro tipo de arreglo.

Los formuladores de política en ALC no necesitan precisar en detalle el arreglo de integración de riesgos a seguir y concentrarse más en cómo están trabajando los aspectos específicos de las funciones de

financiamiento, para mejorar el estado de salud de las personas y protegerlas financieramente. Los recursos, la integración de riesgos y el volumen de financiamiento determinan grandemente la capacidad del sistema para alcanzar esos objetivos. Pero para un nivel dado de recursos, es vital fijar un paquete de beneficios explícito, implementar la compra estratégica y asignar eficientemente los subsidios de riesgos y de equidad.

6 RIESGOS COMPARTIDOS POR TODOS: EL RETO DE UNA ECONOMÍA INFORMAL EN EXPANSIÓN

Los formuladores de políticas en ALC enfrentan retos enormes para incluir en esquemas efectivos para compartir riesgos a los pobres, los de alto riesgo y los autoempleados y trabajadores informales, un grupo en rápido crecimiento. Para lograrlo en el contexto actual, en el que la seguridad social contributiva coexiste con los servicios nacionales de salud en casi todos los países de ALC, los formuladores de políticas necesitarán estrategias diferentes para tres grupos de población:

- *Los no-pobres*: individuos cuya capacidad de contribución está por encima del costo promedio del paquete de beneficios a lo largo de todo su ciclo de vida;
- *Los pobres*: individuos cuya capacidad de contribución nunca llega al costo promedio del paquete en ningún momento de su ciclo de vida;
- *Los de riesgos altos*: individuos cuya capacidad de contribución estuvo por encima del costo promedio del paquete buena parte de sus vidas, pero que alcanzaron una edad (o riesgo de salud) para la cual el costo promedio del paquete sobrepasa su capacidad de contribuir.

Estas distinciones son menos relevantes cuando la integración de riesgos se organiza como un fondo común y con financiamiento sustancial o exclusivo de impuestos generales (por ejemplo, sistemas nacionales de salud). En estos sistemas, el financiamiento de los riesgos compartidos ocurre a nivel social, y cada miembro de la sociedad, al menos en teoría, tiene acceso al mismo paquete de servicios sin importar cuáles son sus contribuciones. Bajo estos sistemas, el desafío es la sostenibilidad fiscal, lo cual explica por qué muchos países no tienen más opción que un arreglo mixto en el cual se combinan los SNS y los fondos de riesgo compartido. Sin embargo, es esencial distinguir entre esas tres poblaciones para la formulación de políticas de salud en países cuyos gobiernos escogieron (o las restricciones fiscales no les dejaron más opción que) organizar la integración de riesgos por medio de seguros de salud contributivos (sociales o privados) o por medio de una combinación de sistemas contributivos y no contributivos. La mayoría de países en ALC ha escogido el sistema mixto.

Casi todos los retos que enfrentan las políticas para incluir a los pobres en fondos de riesgos compartidos guardan relación con la política de subsidios públicos, particularmente la eficiencia y la selección de grupos

meta. En contraste, los aspectos de política relacionados con la población de alto riesgo tienen más que ver con la seguridad de los ingresos de los ancianos, incluyendo las pensiones. Los retos para incluir esas dos poblaciones, pero especialmente los pobres, varía significativamente entre países de la región. Mientras que en Chile se necesitan subsidios públicos a la cobertura de riesgos compartidos para el 20% de la población, en Bolivia se necesita para más del 63% y para el 50% en Honduras.

Es muy difícil establecer incentivos adecuados para la participación de autoempleados y trabajadores informales. Estos ingresos no son observables, su participación es totalmente voluntaria y tienen libre acceso a los servicios de los proveedores públicos. ¿Por qué pagar, si se pueden obtener servicios médicos gratuitos? Esta situación se complementa con la brecha de beneficios - contribución, determinada por el diseño de las cuotas, vinculadas a impuestos sobre nómina y salarios y no de acuerdo al nivel de riesgo. Este diseño alimenta los incentivos para la selección adversa y evita que participe la gente que piensa que su riesgo de mala salud es mucho más bajo que el implícito por la contribución requerida.

Son cuatro las opciones no mutuamente excluyentes que los formuladores de políticas tienen para incrementar la participación de autoempleados y trabajadores informales no pobres:

- Facilitar -a través de regulación o innovaciones en las prácticas de reclutamiento o ambas- la participación en aseguramiento de salud contributivo;
- Mejorar el cumplimiento de la participación obligatoria y fortalecer el control de las evasiones;
- Incrementar la efectividad de las pruebas de medios para el acceso a servicios de salud gratuitos, públicamente subsidiados;
- Reducir la brecha de contribución - beneficios.

La brecha de contribución - beneficios se puede reducir mediante: la desvinculación del financiamiento de riesgos compartidos del estatus laboral, aboliendo el uso de impuestos sobre la nómina, reduciendo los costos percibidos (contribución) de participación en los fondos de riesgo compartido (por ejemplo, descargando de la participación en seguro de salud otros beneficios que los trabajadores informales probablemente nunca recibirían), e incrementando los beneficios percibidos de participación (por ejemplo, elevando la calidad de los servicios de salud).

La mejor y la más difícil de las formas sería desvincular por medio de la reducción progresiva y el eventual reemplazo del financiamiento basado en cuotas sobre salarios por financiamiento que provenga de impuestos generales. Para la mayoría de países de ALC, este cambio podría significar importantes reformas fiscales a largo plazo y una compleja transición. Los formuladores de políticas por tanto necesitarían explorar las alternativas de corto plazo.

Una nota de advertencia es necesaria. La contribución basada en salarios es uno dentro de una miríada de factores que agregan al costo de formalización de los trabajadores y patronos prospectivos, aunque es abundante el cuerpo de literatura teórica y la evidencia empírica que muestra el impacto negativo de altas contribuciones sobre el salario o de una amplia brecha entre contribuciones y beneficios esperados sobre los incentivos a los hogares para participar en la seguridad social. El debate sigue vigente en cuando a la medida en que se ve influenciada la decisión del hogar por la brecha contribución - beneficios para decidir si se incorpora al mercado de trabajo formal, en relación con otros determinantes, tales como la regulación del trabajo o la política fiscal. La seguridad social para riesgos de salud y el sistema más amplio de protección social están inmersos en el marco regulatorio de los mercados de productos y factores de un país. En muchos países, la decisión de asegurar no puede divorciarse de la decisión de cumplir regulaciones e impuestos que no tienen nada que ver con cubrir los riesgos para el bienestar del hogar de eventos catastróficos de salud u otros eventos adversos.

Se debe evaluar la importancia de los impuestos sobre las nóminas y la brecha de contribución - beneficios en la decisión de los autoempleados y trabajadores informales de participar en fondos contributivos para compartir riesgos. La evaluación puede resultar en una decisión para desvincular el financiamiento de riesgos compartidos del estatus laboral. Sin embargo, los formuladores de política deben tener presente que este no es sino uno entre muchos de los costos de formalización que patronos y trabajadores deben enfrentar, como los impuestos y las regulaciones laborales.

Si esta información le pareció útil, ¡póngala a circular!