

IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA GLOBAL EN LA SALUD DE AMÉRICA LATINA

Carmelo Mesa-Lago

Catedrático Distinguido Emérito de Economía
Universidad de Pittsburgh

**Seminario Internacional
“Repensar lo Social en Tiempos de Crisis”**

**CEPAL-ICEFI-AECID-ASDI
Antigua, Guatemala, 28-29 mayo, 2009**

Introducción

En América Latina hay usualmente tres proveedores de atención de salud: (1) el ministerio del ramo que según la ley (pero no necesariamente en la práctica) cubre a los no asegurados; (2) el seguro social, y (3) el sector privado: seguros, instalaciones y profesionales, y gasto de bolsillo de la población sin acceso. Generalmente los tres sectores carecen de coordinación.

El seguro social es procíclico: su ingreso disminuye en la recesión mientras que sus gastos aumentan. La crisis económica global actual está generando un aumento del desempleo, una reducción del trabajo formal y un incremento de la pobreza, lo que afectará la cobertura del seguro social, el acceso efectivo al sistema público y los niveles de salud.

La crisis de los 80 en América Latina (“la década perdida”) erosionó a la salud; hasta ahora ha sido más profunda que la crisis en curso, en parte porque la región está mejor preparada que entonces, pero la crisis actual comenzó el pasado septiembre, empeorará durante 2009 y no sabemos cuanto durará.

El probable impacto de la crisis en el seguro y asistencia social y el sistema público de salud será analizado en torno a siete principios convencionales de seguridad social de la OIT:

- 1) unidad e integración,
- 2) cobertura,
- 3) suficiencia y calidad de las prestaciones,
- 4) solidaridad social,
- 5) equidad de género,
- 6) eficiencia administrativa, y
- 7) financiamiento.

Sugeriremos medidas para atenuar los efectos de la crisis y sobre el papel de los organismos internacionales y regionales.

1. Unidad e Integración

- La segmentación de la atención de salud predomina en América Latina y causa notable desigualdad. Además de los tres sectores identificados, dentro del seguro social hay con frecuencia varias entidades separadas del régimen general que cubren a grupos poderosos (fuerzas armadas, funcionarios públicos, petróleo, etc.), sus prestaciones y calidad de atención son superiores y reciben subsidios fiscales regresivos.
- Los grupos de ingreso medio y alto, las zonas urbanas y la población blanca tienden a utilizar los servicios de los seguros sociales o privados, mientras que los grupos de menor ingreso, las zonas rurales y la población indígena usan los servicios públicos. La segmentación se agrava en países con entidades federativas como estados y provincias.
- Los sistemas segmentados serán los más perjudicados por la crisis. Los grupos de ingreso medio y alto continuarán utilizando seguros y atención privada; los grupos de ingreso bajo perderán acceso efectivo o se deteriorará la calidad de su atención.
- En la mayoría de la región falta un ministerio o superintendencia con poder de regulación y vigilancia fuertes sobre el seguro social y el sector privado; la crisis podría provocar deterioro de los servicios del primero y abusos en el segundo.
- Los sistemas más integrados de salud, que otorgan de manera coordinada atención contributiva (seguro social) y no contributiva (asistencia social), como Costa Rica, o los sistemas públicos como Cuba, ofrecen prestaciones similares a personas con características socio-económicas diversas. Estos serán menos afectados por la crisis siempre que el Estado cumpla sus obligaciones.

2. Cobertura de la Población

- La crisis tendrá un impacto adverso en la cobertura del seguro social por un incremento del desempleo, la informalidad, la evasión-mora patronal y la pobreza. También se reducirá el acceso efectivo al sector público por posible recorte del presupuesto estatal.
- Los países más desarrollados socialmente gozan de la mayor cobertura, ya sea, combinada por el seguro social y la asistencia social (Costa Rica 88%) o combinada por el seguro social y privado (Chile 72%) porque tienen los porcentajes más bajos de fuerza laboral informal e independiente que generalmente carecen de cobertura legal obligatoria o es voluntaria y muy baja. Los sistemas públicos integrados tienen también acceso alto (Cuba). Este grupo exhibe la incidencia de pobreza menor y probablemente será menos afectado por la crisis.
- Los países menos desarrollados sufren la cobertura menor del seguro social (Honduras y Paraguay 12%, Nicaragua 8%, Haití 0,5%), porque tienen el sector informal e independiente mayor. Además, el sector público carece de recursos suficientes para atender a la mayoría de la población que no es asegurada, y tienen la incidencia de pobreza mayor, así que la crisis probablemente los afectará más.
- Con el repunte de la pobreza habrá mayor demanda por cobertura de salud pública financiada por el Estado.

3. Suficiencia y Calidad de las Prestaciones

- **El gasto público y privado de salud por habitante era más bajo al final de la crisis de los 80 que al comienzo del decenio. Durante otras crisis en los 90s (México y Perú) y a comienzos de 2000 (Argentina) también ocurrieron recortes fuertes en los gastos de salud, especialmente a nivel primario, deterioro de la calidad de los servicios y aumento en la mortalidad infantil.**
- **La crisis actual probablemente deteriorará la calidad de la atención y los indicadores de salud debido al recorte en los gastos asignados al sector público por el Estado, la caída de ingresos del seguro social que obligue a reducir sus gastos y la pérdida de cobertura en seguros privados. Los grupos más vulnerables serán los que sufran más.**
- **Habrà presión para el aumento de los gastos de bolsillo de las familias pobres que perderán acceso efectivo. Dicho gasto es mayor en los países menos desarrollados y tiene fuerte efecto regresivo. La tendencia reciente a reducir el gasto de bolsillo se revertirá.**
- **Ocurrirá un aumento de las listas de espera para consulta especializada y cirugía.**

4. Solidaridad Social

- **Un seguro social de salud integrado y universal tiene mayor solidaridad porque otorga sus servicios a asegurados contributivos y no contributivos pobres o de bajo ingreso y lo mismo ocurre con un sistema público integrado y universal. Pero en la región predomina la segmentación que genera desigualdades contrarias a la solidaridad social, asignando más recursos per capita al seguro social y privado que al sector público.**
- **85 millones de latinoamericanos pobres reciben transferencias focalizadas, equivalente a 15% de la población, pero la incidencia de pobreza regional promedió 34% en 2007. La crisis pudiera debilitar la solidaridad social debido a una reducción de los recursos para proteger a los grupos pobre y de bajo ingreso, así como un aumento de las desigualdades.**
- **En algunos países el deterioro de los servicios del seguro social ha provocado el traspaso al seguro privado, erosionando la cohesión social.**
- **Si se recortan los programas focalizados en grupos vulnerables de la población y en áreas geográficas afectadas por índices de salud inferiores al promedio, se reducirá la solidaridad social por la expansión de la desigualdad y la desprotección.**
- **Por el contrario, si se pone énfasis en la focalización, se aumentará la solidaridad y se contendrá la pobreza pero, si los mecanismos de focalización no son efectivos, ocurriría “riesgo moral” y podría incentivarse la desafiliación al seguro social.**

5. Equidad de Género

- Según encuestas de hogares de 14 países latinoamericanos, la mujer tiene una cobertura de seguro social menor que la del hombre en 8, igual en 4 y mayor en 2.
- En varios países el seguro social otorga a la mujer atención de maternidad pero no en enfermedad o viceversa.
- Los seguros privados usualmente discriminan por género usando selección de riesgos y cargándole a la mujer primas mayores que al hombre.

La crisis probablemente afectará más a las mujeres que los hombres por tres razones:

- aumentará el desempleo cuya incidencia es mayor entre mujeres que entre hombres, y extenderá el trabajo informal en el que las mujeres están sobre-representadas y no cubierto por el seguro social
- reducirá el acceso al sector público al que las mujeres (especialmente las jefas de hogar) y su familia acuden proporcionalmente más que los hombres.

6.Eficiencia Administrativa

- **Los seguros sociales unificados, con alta cobertura tienen costos administrativos más bajos que los sistemas privados (porque estos son fragmentados, no gozan de economías de escala, tienen utilidades y gastos de mercadeo por la competencia), y también costos más bajos que los seguros sociales fragmentados y con baja cobertura.**
- **La crisis aumentará la demanda para los servicios de salud públicos a par de que se reduce el aseguramiento contributivo, por lo que generará fuertes presiones para reducir los gastos administrativos y aumentar la eficiencia.**
- **Si aumenta la inflación y los empleados de la seguridad social consiguen un ajuste de sus salarios, en el contexto de ingresos contributivos declinantes, provocará una reducción de los recursos disponibles para prevención, inversión, mantenimiento de la infraestructura y equipo, insumos, medicinas, etc., lo que a su vez podría deteriorar los indicadores de salud.**
- **La crisis también podría reducir el número de administradoras privadas de salud, por quiebras y fusiones, lo que aumentaría la concentración, reduciría la competencia y podría elevar los costos administrativos.**

7. Financiamiento

En la mayoría de la región el seguro social de salud sufre desequilibrio actuarial y en varios financiero, que se agravarían por la crisis.

El ingreso disminuirá por varias causas:

- reducción de la masa salarial y las contribuciones;
- aumento de la evasión, la morosidad y subdeclaración salarial por los empleadores (que se agravará si crece la inflación);
- recorte o morosidad en los aportes estatales a programas contributivos y no contributivos.

El gasto pudiera ascender si aumenta la inflación porque subirá el precio del equipo, insumos y medicinas, los salarios del personal, etc.

Además:

- el desempleo y disminución de los salarios forzarán la transferencia de parte de los que tienen seguro o atención de salud privados hacia sistemas públicos aumentando su demanda y gastos, y
- con el aumento de la pobreza parte de los afiliados a programas contributivos dejará de aportar y solicitará cobertura en los programas asistenciales cuando las transferencias fiscales a estos pudieran contraerse.

8. Medidas para enfrentar la crisis

1. ESTADO

- **Desarrollar una estrategia social nacional que establezca prioridades.**
- **Integrar o al menos coordinar los sistemas de salud segmentados especialmente en países con regímenes federativos.**
- **Incorporar los esquemas separados de salud o equiparar sus requisitos y prestaciones con el sistema general (si no, reasignar los subsidios fiscales hacia el sector público y programas asistenciales del seguro social).**
- **Reforzar los poderes rector, regulador y fiscalizador del Ministerio o una Superintendencia única, sobre el seguro social y privado.**
- **Mantener / extender las transferencias fiscales solidarias (con prioridad a las condicionadas) al sector público o a programas no contributivos del seguro social que eximen de pago a los pobres y hacen aportes decrecientes según aumenta el ingreso.**
- **Establecer paquetes básicos de prestaciones garantizadas para toda la población que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres.**
- **Prohibir la selección de riesgos practicadas por aseguradoras privadas y establecer primas colectivas que compensen el mayor riesgo femenino con transferencias de los hombres.**
- **El Ministerio o La Superintendencia: realizar evaluaciones periódicas sobre el impacto de la crisis en la salud a fin de ajustar las medidas.**

2. SEGURO SOCIAL O SISTEMA PUBLICO

- **Mantener la cobertura a los trabajadores asalariados y extenderla a los independientes.**
- **Perfeccionar los mecanismos de focalización para evitar que “no pobres” reciban servicios gratuitos de salud, mientras que parte de los pobres quede sin protección.**
- **Asignar más recursos a la atención primaria de salud que resuelve a la mayoría de los problemas sanitarios en los países menos desarrollados.**
- **Mantener la infraestructura hospitalaria y de equipo antes que construir nuevas instalaciones.**
- **Desarrollar una estrategia para evitar un aumento de las listas de espera, por ejemplo, cirugía ambulatoria.**
- **Otorgar a la mujer asegurada directa o indirecta prestaciones tanto de enfermedad como de maternidad e incorporar a las trabajadoras del hogar.**
- **En un contexto de ingresos declinantes, controlar el gasto administrativo, maximizar la eficiencia y negociar con los sindicatos la posposición de ajustes salariales, a fin de garantizar las prestaciones y acciones de salud esenciales a los asegurados y la población.**
- **Reforzar la inspección y sancionar a las empresas evasoras y morosas en el pago de sus contribuciones.**
- **Hacer un estudio actuarial inmediato para evaluar el impacto de la crisis en el equilibrio financiero – actuarial de los programas y hacer los ajustes necesarios.**

3. SECTOR PRIVADO

- **Las grandes empresas: Desarrollar planes complementarios de salud o colaborar con el seguro social especialmente a nivel primario.**
- **Los planes pre-pago: Extender sus servicios de salud a sectores de ingresos bajos y zonas rurales, diseñando paquetes de prestaciones básicas más baratas.**
- **Las ONGs, iglesias, entidades de caridad y comunidades: Mantener sus servicios a sectores vulnerables con auxilio fiscal.**

4. ORGANISMOS INTERNACIONALES Y REGIONALES

- **Mantener la ayuda social para la región.**
- **Colaborar de manera coordinada en el diseño y financiamiento de la estrategia para atenuar el impacto adverso de la crisis en la salud.**