

Seguridad Social Reexaminada Salud:

Una revisión de la Seguridad Social traducida y comentada

A principios de 2007 el Banco Mundial (BM) dio a conocer un trabajo de revisión de los sistemas de Seguridad Social existentes en todo el mundo, con el fin de analizar los cambios introducidos en su organización y comparar las diferentes decisiones adoptadas en los países, según sus rasgos históricos y culturales. El trabajo llegó a nuestras manos a través de la distribución bibliográfica, que realiza cotidianamente la Oficina Central (Washington D.C.) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La posición del BM, por su condición de organismo multilateral de crédito, es inmejorable para acceder a información de circulación restringida a los países que la originan, ya que no se publica en revistas internacionales. En consecuencia logra reunir datos de países asiáticos, africanos y del este europeo, de los que habitualmente conocemos poco. Tal como surge de su lectura, todos los países están avanzando hacia formas mixtas de financiamiento, combinando aportes del Tesoro Nacional provenientes de impuestos generales, con tributaciones específicas -debitadas como alícuotas del salario- y pagos adicionales en el momento de utilizar los servicios. De este manera, los rasgos que configuraron el diseño original de cada sistema, se van esfumando y acercan modelos anteriormente muy diferentes entre sí. Agradezco aquí la colaboración de mi secretaria, Prof. Guillermina Yaury, que laboriosamente hizo la primera traducción literal del documento. Posteriormente lo revisé, con el fin de adaptar términos y conceptos a los de uso corriente en la



...jerga de nuestro medio. Además, como las reformas de los Sistemas de Salud son objeto de polémicas, en las que se ventilan interpretaciones políticas y económicas de diversas fuentes intelectuales, creí conveniente intercalar comentarios sobre los aspectos principales en discusión, incluyendo las opiniones de algunos actores y -por qué no- también mis impresiones.

Las citas bibliográficas que ilustran estos comentarios serán volcadas a continuación de la bibliografía general del artículo.

Hugo E. Arce



Por **Adán Wagstaff** *

Presentación y comentario **Hugo Arce**

*Grupo de Investigación del Desarrollo,
Banco Mundial, Washington D.C., EE.UU.

Datos de contacto: Adán Wagstaff, Banco Mundial,
1818 H Street NW, Washington D.C. 20433, USA.
Tel: (1-202) 473- 0566. **Fax:** (1-202) 522-1153.
E-mail: awagstaff@worldbank.org

Resumen

La Seguridad Social en Salud (SeS) goza en este momento de una especie de renacimiento, en algunas partes del mundo desarrollado. Muchos países que en el pasado confiaron sus finanzas en impuestos generales (y pagos de bolsillo) han introducido sistemas de SeS vinculados a la inserción laboral, o están pensando en hacerlo. Y, a su vez, los países que ya cuentan con SeS, están haciendo grandes esfuerzos para ampliar la cobertura a los trabajadores informales. Irónicamente, este renacimiento está ocurriendo en un momento en que, los países europeos que tradicionalmente contaban con SeS, están reduciendo su financiamiento en base a cargas sobre los salarios, a expensas de una mayor participación de los impuestos generales, o están en vías de hacerlo. Este trabajo examina cómo la SeS influye en la prestación de servicios médicos, la recaudación de impuestos, la cobertura de los trabajadores formales y cómo impacta en el mercado de trabajo. Se argumenta que la SeS no presta necesariamente atención de buena calidad a bajo costo, en parte debido a la escasa regulación de los compradores de servicios a la SeS. Se sugiere que los costos de recaudar ingresos pueden ser substanciales, incluso en el sector formal -donde el sub-registro y la evasión son comunes- y que, mientras la SeS puede cubrir al sector formal y a los pobres con relativa facilidad, actúa regresivamente cubriendo trabajadores no-pobres del sector informal, hasta que la economía haya alcanzado un alto nivel de desarrollo económico. También argumenta que la SeS puede tener efectos negativos en el mercado de trabajo, incluyendo a trabajadores

Documento de Trabajo de la Política de Investigaciones del Banco Mundial 4111, enero de 2007. La Serie de Documento de Trabajo de la Política de Investigaciones difunde resultados de los trabajos en marcha, a fin de alentar el intercambio de ideas sobre temas en desarrollo. Un objetivo de la serie es hacer públicos rápidamente los resultados, aunque las presentaciones no estén completamente pulidas. Los trabajos llevan los nombres de los autores y deben ser citados por consiguiente. Los resultados, las interpretaciones y las conclusiones expresadas en el texto son enteramente de los autores. No representan necesariamente la visión del Banco Mundial, de sus directores ejecutivos, o de los países que representan. Los Documentos de Trabajo de la Política de Investigaciones son accesibles *on line* en <http://econ.worldbank.org>

formales que se desplazan hacia el empleo informal, y a los hogares pobres que quedan cubiertos a expensas de los contribuyentes, atrapados en una trampa de pobreza.

Introducción

La Seguridad Social en Salud (SeS) está logrando una especie de renacimiento en algunas partes del mundo desarrollado¹. Muchos países que en el pasado basaron sus finanzas en los impuestos generales (y pagos de bolsillo) han introducido la SeS, o están pensando hacerlo²; en cambio, países con sistemas de SeS ya establecidos están haciendo grandes esfuerzos para ampliar la cobertura al sector informal³. Irónicamente, este renacimiento está ocurriendo en un momento en que tres de los países con sistemas de SeS más antiguos -Francia, Alemania y Holanda- están en proceso de reducir su dependencia de la contribución salarial⁴. Este parece un momento oportuno para reexaminar los méritos de la SeS como mecanismo de financiamiento.

Tradicionalmente, los principales modelos organizativos destinados a cubrir las necesidades de salud de la población fueron el de SeS, el Servicio Nacional de Salud (SNS) y los Seguros de Enfermedad (SdE) privados o corporativos. El primero, se originó para atender la demanda de los trabajadores en relación de dependencia; se financia mediante aportes de distintas fuentes, pero siempre calculados como porcentajes de la nómina salarial. La primera iniciativa en esta línea, fue la SeS del canciller alemán Otón Bismarck en 1883, por lo que a este modelo -que predominó en Europa

¹ Dos conferencias recientes, ambas co-organizadas por la Agencia Alemana de Ayuda Gubernamental, se centraron en la SeS de las economías desarrolladas y transicionales; una en Berlín en noviembre de 2005, la otra en Manila en octubre de 2006. Los detalles pueden encontrarse en <http://www.shiconference.de> y <http://www.shiconferencemania.info>

² Los ejemplos incluyen Vietnam (1993), Nigeria (1997), Tanzania (2001) y Ghana (2005). Las discusiones están en curso en Sudáfrica, Zimbabwe, Camboya y Laos. Malasia también comenzó recientemente a discutir cambios en la SeS.

³ Los ejemplos incluyen Colombia, México, Filipinas y Vietnam.

⁴ Francia amplió la base tributaria del impuesto a las ganancias para incluir a los

no-asalariados. Alemania, según lo discutido más abajo, está contemplando reducir el énfasis en la nómina salarial, mientras que los Países Bajos introdujeron en 2005 una reforma, donde los aseguradores reciben sólo la mitad de sus ingresos de la nómina salarial (que no obstante son acreditados a través de un fondo central), y el resto lo reciben de contribuciones directas de sus beneficiarios (con la compensación de suplementos para los grupos de bajos ingresos) (Gottret y Schieber 2006; Red Internacional sobre Política de Salud y su reforma, 2006). Además, a estos cambios conviene agregar Islandia y España, ya que ambas cambiaron mayoritariamente sus fuentes de recursos desde contribuciones a la SeS hacia impuestos generales, hacia fines de los '80.

continental y en América Latina- se lo llamó "bismarckiano". El primer SNS fue creado en Inglaterra en 1948, al término de la 2ª Guerra Mundial, a partir de un informe de 1942 de la Cámara de los Lores, dirigido por Sir William Beveridge. El modelo es de cobertura universal, se financia con aportes del Tesoro provenientes de impuestos generales y se lo denominó "beveridgeano". Predominó en los países de la órbita socialista; en América Latina fue aplicado en Chile en 1952 e inspiró en Argentina la Política Sanitaria de Ramón Carrillo. Los SdE tuvieron su principal expresión en EE.UU., donde adquirieron rasgos equivalentes a los seguros de bienes materiales, inspirados en una lógica actuarial. Su formato más difundido son las empresas de Medicina Pre-paga (EMP) y las mutuales de afiliación voluntaria, sin fines lucrativos. Algunos han incluido en este modelo a los seguros administrados por entidades corporativas, como sindicatos y asociaciones profesionales (Londoño-Frenk, 1997). Algunos autores intentaron establecer relaciones ideológicas de causalidad entre estos modelos y la orientación política predominante. El más notorio en esta línea de pensamiento fue el brasileño Milton Terris, quien atribuyó la SeS a países capitalistas industrializados, como Europa y EE.UU., los SNS a los países socialistas y la Asistencia Pública a países precapitalistas -como Asia, África y América Latina- principalmente agrícolas (Terris, 1977, 1980). Nuevos autores procuraron describir una evolución histórico-política entre los 3 modelos, suponiendo que el SdE es la forma más primitiva de cobertura, la SeS es una iniciativa evolutiva del Estado en las economías de mercado y los SNS son la forma más avanzada de cobertura social (p. ej. Tobar, 2007). Otros destacados analistas, como Milton Roemer, han sido más cautelosos -también menos sesgados ideológicamente- haciendo hincapié en los rasgos institucionales históricos y culturales (Roemer, 1980). La realidad y los datos que se verán más adelante, se han encargado de desmentir los planteos esquemáticos, mostrando tantas excepciones como confirmaciones de las supuestas reglas.

SeS y prestación de atención de la salud

Un argumento a favor de la SeS, respecto al financiamiento por impuestos generales, es que este último está inexorablemente vinculado a un modelo de prestación asistencial, que resulta de escasa calidad a un costo innecesariamente alto. Típicamente, este modelo requiere un Ministerio de Salud (MdS) que preste atención médica, a través de su propia

red de servicios, mediante retribuciones que combinan presupuestos y salarios profesionales, cuyo grado de autonomía está seriamente limitado. Se argumenta que la SeS ofrece la posibilidad de al menos sustraer una parte del control de las prestaciones, que están en manos del MdS, ya sea a través de un sistema adicional de servicios de la SeS -como en algunos países latinoamericanos-, forzando la separación institucional de las funciones de "comprador" y "prestador". Aquéllas serían brindadas por aseguradores o agencias de la SeS, mientras que éstas podrían seguir quedando a cargo del MdS, como en el caso de Vietnam. Asimismo, los servicios podrían contratarse con el sector privado, como ocurre en la Argentina.

No hay realmente evidencia que demuestre que los países de Europa que disponen de SeS, gocen de una mejor calidad de atención de la salud, que los que tienen sistemas de salud financiados por impuestos generales. Por ejemplo, los índices de supervivencia de pacientes con cáncer son relativamente pobres en Dinamarca e Inglaterra, mientras que resultan mejores en Islandia y Suecia, que también funcionan con sistemas financiados por impuesto; de hecho, los dos últimos tienen mejores índices de supervivencia que Francia, Alemania y Holanda, que funcionan con sistemas financiados por la SeS (Micheli y col., 2003). En todo caso, también importan otras variables a considerar; por ejemplo, las asociaciones bi-variables muestran que las expectativas de vida de pacientes con cáncer dentro de Europa, son mejores en los países más ricos y en los que gastan más en salud. En América latina, los servicios son de la SeS o de prestadores privados que brindan atención a beneficiarios de la SeS, mientras que los servicios del MdS atienden al resto de la población; ambos tipos de prestadores han sido criticados por brindar una baja calidad de atención. Los prestadores de la SeS, por ejemplo, han sido descalificados por su actitud de "centrar una cantidad desproporcionada de recursos en alta complejidad y atención curativa, con una casi total exclusión de la atención médica primaria" (Fiedler, 1996). Pero a su vez los prestadores públicos han sido caracterizados como insensibles e ineficientes, especialmente para los niveles de más bajos recursos, a los que les prestan una pobre calidad de atención (p.ej. Lewis-Eskeland-Traa Valerezo, 2004).

Tanto en lo que concierne al costo (o por lo menos al gasto en salud como parte del PBI), lo que emerge de la evidencia acumulada por la OCDE, es que no importa tanto la fuente de ingresos sino las características del sistema

prestacional: el papel del sector público en la provisión de atención de la salud, cómo se paga a los prestadores, si existe un médico "portero" (*gatekeeper*) en el primer nivel de atención, y así sucesivamente (Docteur-Oxley, 2003). Se están incrementando los casos en que no se corresponden "una a una" las características de funcionamiento y la manera en que se recaudan los ingresos: el financiamiento impositivo y el seguro social son maneras simplemente diferentes de recaudar ingresos (Jonsson-Musgrove, 1997). Cada uno puede estar asociado a un sistema integrado de prestaciones: en Gran Bretaña, antes de la reforma del sistema financiado por impuestos, no había distinción entre compradores y prestadores, que eran funciones directamente manejadas por el MdS. En el sistema de SeS de México, existen dos sistemas públicos integrados en forma paralela, el del MdS y el del Instituto de Seguridad Social; pero cada uno de estos sistemas, puede igualmente asociarse con un prestador contratado. El sistema de SeS de la Argentina contrata servicios a prestadores privados, como sucede en el sistema holandés; en Canadá el sistema financiado por impuestos es proporcionado por proveedores privados sin fines de lucro. En el nuevo sistema británico, los proveedores públicos -con cada vez más autonomía- e incluso algunos privados, prestan servicios por contrato con compradores públicos. Y en sistemas con financiamiento por impuestos, como los de Camboya (Bhushan-Séller-Schwartz, 2002) y Uganda (Reinikka-Svensson, 2003), algunos servicios médicos son prestados por contrataciones de organizaciones no gubernamentales.

La aproximación al binomio comprador-proveedor -al menos en los papeles- tiene mucho para rescatar, en comparación con un sistema integrado. Mantiene el compromiso de un comprador que desarrolla un fuerte sistema de información sobre costos, calidad y necesidades de servicios, que pueden ser utilizados para orientar los recursos hacia donde más se necesitan y tendrán un mayor impacto. Puede haber razones de política económica, por las que ese binomio comprador-proveedor sea difícil de orientar en un sistema financiado por impuestos. También puede que resulte difícil conceder a los prestadores públicos la autonomía necesaria, para que puedan responder a los incentivos que generaría el vínculo comprador-proveedor, como por ejemplo, las regulaciones de la función pública, o las reglas del Tesoro para inversiones. Establecer un esquema organizativo de SeS, puede ser una manera de producir tales cambios. ¿Pero es la única, y es la mejor?

Una pregunta relevante al respecto, es si los compradores de la SeS lo hacen mejor que los de los sistemas financiados por impuestos, en términos de costos y calidad, en virtud de que tienen más responsabilidades ante el público. De hecho, es posible que un sistema contributivo (SeS) dé lugar a un público más propenso a cuestionar, cuando la calidad de la atención no cubre sus expectativas; mientras que el público de un sistema tributario, nunca puede discriminar qué impuestos específicos fueron utilizados para financiar el sistema de salud. En la práctica, es muy claro que los compradores de la SeS son más responsables ante sus beneficiarios. En vista de ello, la agencia de SeS Filipina -conocida como *PhilHealth*- tiene una buena gestión de conducción. Sin embargo, ha resistido con éxito ciertos reclamos para que utilice sus excedentes para financiar un paquete mayor de beneficios. Asimismo, ha habido reclamos sobre que los políticos han intentado utilizarlos para influir en los resultados de las elecciones, designando a sus aliados para trabajar dentro de la agencia y asignando tarjetas de *libre utilización del seguro* a votantes marginales. Un informe del Banco Mundial de fines de los '90, sobre el seguro médico en la Argentina (World Bank, 1997), al comentar sobre la capacidad de compra de los aseguradores, señalaba que "es conocido por los argentinos que son las conexiones personales y las prácticas corruptas -en lugar de la calidad y de la economía de gastos- las que pesan más en la concesión de contratos *per capita* y otras formas de pago a los prestadores médicos; este rasgo contribuye substancialmente a la ineficacia y el alto costo de la atención de la salud en la Argentina" (pág. 7). El Banco Mundial recomendó una regulación más fuerte de los aseguradores y de la competencia entre ellos. La corrupción en agencias de la SeS, en una escala aún mayor, ha sido destacada recientemente en Armenia, Kazakhstan y Kenia (Gottret-Schieber, 2006). Un problema, probablemente común en estas situaciones, es que las contribuciones no se traducen automáticamente en responsabilidad social. Por el contrario en un sistema fiscal, el electorado tiene típicamente la ocasión de expresar sus opiniones sobre la manera en que el Gobierno ha gastado sus impuestos, a través de las urnas. Una forma para realzar la responsabilidad social en un sistema de SeS, es dejar que los beneficiarios pueden expresarse, por ejemplo dándoles la oportunidad de elegir a su asegurador. Alemania ha discutido esto extensamente y las reformas recientes en los Países Bajos procuraban favorecer esa competencia. El tiempo dirá si la aproximación pro-com-

petitiva a la SeS rinde las ventajas esperadas. Hay, por supuesto, desventajas potenciales, incluyendo la pérdida del poder de *monopsonio*, la posibilidad de descremar el mercado (*cream-skimming*), y el riesgo de que los aseguradores descuiden las actividades preventivas (ya que para el momento en que éstas puedan significar ventajas, el individuo podría haber migrado a otro asegurador) (Kenkel 2000)⁵. Ciertamente, en algunos países con sistemas de SeS la tendencia parece no estar lejos de la competencia entre aseguradores, pero sí lejos de la fragmentación. En Austria, donde la débil capacidad de compra también ha sido identificada como un problema, se propuso reducir el poder de los fondos de enfermedad en las decisiones de compra y, en su lugar, crear agencias compradoras del Gobierno a nivel estatal y federal, con el objetivo de "optimizar la utilización de los recursos, alentar la integración entre la prestación del servicio y los recursos financieros, a efectos de mejorar la capacidad de compra" (Red Internacional de Política Sanitaria y Reforma, 2006). Eslovenia y la República de Kyrgyz son ejemplos de países con SeS que han optado por el modelo de único pagador (*single-payer*). En estas condiciones, se requieren otros métodos que los de tener beneficiarios que voten según sus necesidades, para promover la responsabilidad social.

Los elementos señalados en este apartado muestran que, tanto la SeS como los sistemas financiados por impuestos -Servicios o Seguros Nacionales de Salud (SNS)- están evolucionando hacia rasgos convergentes (Bronstein, 1980). Por un lado, los SNS han avanzado en su descentralización administrativa y en el desdoblamiento de las funciones de "comprador" y "prestador". Este proceso en modelos cuya visión original era la de una socialización de los recursos de salud, administrados integralmente por el Estado -aún en el marco de economías de mercado- implicó una transferencia del riesgo financiero desde el centro hacia la periferia. Por otro lado, los sistemas de SeS están avanzando en la contratación de prestadores, tanto privados como públicos, que responden a operadores que absorben el riesgo financiero de los fondos asignados. Estos operadores -que en Argentina equivalen a los gerenciadores- actúan contratando redes mixtas público-privadas,

⁵ Por este motivo, el cáncer de mama y otros programas de prevención en Holanda, son pagados directamente a las instituciones que los implementan, financiándolos fuera de las contribuciones a la SeS, mediante subsidios directos del fondo central.

con lo que se da la particularidad de que prestadores públicos establecen contratos con operadores privados, para recibir financiamiento de fondos que recauda el Estado.

De cualquier modo, en el desdoblamiento de las funciones de "comprador" y "prestador", empieza a cobrar un papel preponderante el poder de negociación de cada parte: si la demanda es monopsonica o si la oferta es monopólica. Los modelos de SNS estuvieron orientados hacia la universalidad desde su fundación, pero los de SeS -que inicialmente estaban destinados a los trabajadores formales y sus familias- se vieron en la necesidad de extenderse hacia los trabajadores informales. Tanto unos como otros debieron establecer limitaciones en la cobertura y accesibilidad, ya sea mediante paquetes básicos de beneficios cubiertos, o implementando médicos generales (*gatekeepers*) que procuran evitar el uso abusivo de los servicios y orientar la demanda (Freeman, 1999; Glennerster, 2000). Tanto en una como en la otra modalidad han surgido seguros voluntarios adicionales, que complementan la cobertura oficial establecida (Castro y col., 2007).

Independientemente de la forma de financiamiento de los sistemas, los prestadores públicos y privados conservan los rasgos de su funcionamiento habitual: los privados hacen mayor hincapié en las prestaciones de alta complejidad y las amenidades suntuarias; los públicos mantienen su conducta de servicios estatal, sin prestar demasiada atención a los derechos de los usuarios, como objetivo último de su desempeño.

La SeS ofrece ingresos mayores y más predecibles para atender la salud

Otro argumento a favor de la SeS es que los ingresos fiscales son insuficientes para financiar por sí solos, una atención de la salud con una calidad suficiente para cubrir las expectativas de la población. La SeS -se argumenta- ofrece la posibilidad de mayores ingresos para los sistemas que consideran una reorganización completa hacia el modelo asegurador, o ingresos suplementarios, para los sistemas que se orientan hacia un financiamiento mixto, en los que por alguna razón, no se pueden recaudar ingresos fiscales adicionales. Algunos también ven a la SeS como una manera de dar vueltas alrededor de un problema que es inherente a imprevisión en las finanzas impositivas: los ingresos fiscales -se argumenta- suben y bajan según la evolución de la economía, y la proporción de ingresos fiscales



asignada al Ministerio de la Salud, depende de las negociaciones dentro del Gobierno.

El punto más obvio aquí, es que la única base impositiva inmediata para la SeS, son los ingresos de los que se encuentran dentro del sector formal, de modo que si el objetivo fáctico es cubrir a toda la población, se necesitaría una tasa de contribución muy alta y, por consiguiente, un subsidio sustancial desde los trabajadores formales hacia los informales y otros beneficiarios. El desafío sobre cómo registrar y recaudar ingresos del sector informal se tratará más adelante; por ahora es suficiente decir que la tarea es enorme, que los ingresos efectivamente recaudados raramente serían los esperables según las normas vigentes de contribución, y que los costos de recaudación son formidables.

Parece que estas preocupaciones también están presionando en el contexto del sector formal. Se argumenta a veces que la buena voluntad de la gente para hacer contribuciones a la SeS, es probablemente mayor que su buena voluntad para pagar impuestos. En la SeS pueden relacionar su contribución con un derecho adquirido y podrían estar dispuestos a hacer contribuciones mayores, si se les pidiera que exhiban "solidaridad" con sus compañeros trabajadores de una industria específica, o en un área específica del país, que si se les pidiera que se solidaricen con la pobla-

ción en general. Llegado el momento, las contribuciones del sector formal no parecen ser automáticamente más fáciles de recaudar que otros impuestos. En la población urbana de China, sólo el 24% de los empleados del sector privado y el 50% de los empleados de empresas estatales, están afiliados al nuevo esquema urbano del seguro médico (Chen, 2004; Wu, 2004). En Vietnam, por cada trabajador formal del sector enrolado en la SeS, hay dos que no lo están (Nguyen, 2006). Además de la no-afiliación, la evasión es también un problema en los países donde la población puede recurrir a servicios subvencionados por el Ministerio de Salud, si no se encuentran afiliados a un esquema de SeS. En Colombia, la evasión en el régimen contributivo (que cubre tanto a trabajadores formales, como a trabajadores informales no clasificados como pobres) ha sido identificada como uno de los problemas más acuciantes que enfrenta el Sector Salud; ascendía a US\$ 836 millones en 2000, equivalente a 2,75% del PBI (Escobar-Panopolou, 2003). Alrededor de las tres cuartas partes era debida a sub-registro y el resto a falta de pago. Contrariamente a las expectativas, la introducción del modelo de SeS en Europa Oriental y la antigua Unión Soviética, en realidad no ha dado lugar a ingresos adicionales para destinar a atención de la salud, al menos en lo referido a problemas en la recaudación de ingresos. En Kazakhstan, por ejemplo, solamente el 40% de los ingresos previstos fue realmente recaudado (Gottret-Schieber, 2006). Por el contrario, algunos impuestos -impuestos indirectos por ejemplo- son relativamente difíciles de evadir y baratos para recaudar. Los costos de recaudación en los sistemas de SeS, por el contrario, no son triviales. Por supuesto, dado que los impuestos tienen que ser recaudados de todos modos para otros propósitos, y que hay economías de escala en la recaudación de impuestos, los costos de recaudación asociados a SeS, podrían probablemente ser evitados en conjunto, si la atención de la salud fuera financiada al margen de los impuestos generales. Merece examinarse también la idea de que los Gobiernos no pueden aumentar sus ingresos generales, con el fin de aumentar el gasto en un sistema financiado por impuestos, pero *pueden* introducir contribuciones a la SeS (es decir impuestos sobre el salario). Encarar esto parece extraño. Si la gente está pagando grandes sumas de su bolsillo para la atención de su salud, la economía básica sugiere que preferirían convertir estos pagos inciertos en la certeza de una "prima", que podría tomar la forma de una contribución a la SeS o de impuestos adicionales. Una razón para que se

prefiera lo anterior, es que la gente no confía en que el Gobierno vaya a gastar esos impuestos adicionales en salud, o no confía en que el sistema de salud existente vaya a brindar prestaciones de mejor calidad con esos recursos adicionales. Pero esto requiere algunas preguntas.

¿Cuántos de los ingresos provenientes de contribuciones al seguro serían absorbidos por los gastos administrativos necesarios para la creación y funcionamiento de un sistema de SeS? ¿La SeS significaría alguna mejora convirtiendo los mayores ingresos en una mayor calidad asistencial? ¿Y los mismos aspectos que hicieron sospechar del Gobierno a los ciudadanos, no harían que éste también fuera un regulador débil dentro de un esquema de SeS? Un motivo muy probable quizá sea que los sectores de mayores ingresos se sentirían frustrados por los limitados servicios ofrecidos por el programa financiado por impuestos. Por esa razón preferirían la SeS antes que el pago de servicios privados o de un seguro privado, ya que suponen que las contribuciones a la SeS se traducirán en una mejor calidad asistencial y menores gastos de bolsillo. Una tema no manifiesto, por consiguiente, podría ser que si se introdujera SeS en un sistema financiado por impuestos, podría dar lugar a que se creara también una red paralela de prestación de servicios, para los sectores de mejor posición económica (o por lo menos la perspectiva de una mejor atención a un costo más bajo), siguiendo la línea de los sistemas de América Latina. Conviene tener en cuenta si ésta es la mejor opción para responder a las que parecen razonablemente legítimas demandas de los grupos de mayores ingresos.

Los impuestos se discuten a menudo como si fueran un accesorio, e independientemente se cuestionan la existencia y la escala de un esquema de SeS. Ni una cosa ni la otra son probablemente deseables. Embarcarse en dirección hacia la SeS, probablemente implique reducir la presión sobre el Ministerio de Finanzas, con el fin de aumentar los ingresos fiscales destinados a salud. Existe el riesgo de que las dificultades para alcanzar una cobertura universal a través de la SeS, lleguen a ser evidentes sólo después de varios años de intentarlo; recién en ese momento el Ministerio de Finanzas habrá llegado a pensar en el Sistema de Salud como contributivo, no dependiente de subsidios provenientes de los impuestos. Por el contrario, si el MdS estuviera com-

prometido con el Ministerio de Finanzas (especialmente con mecanismos claros para contener costos prestando una atención de buena calidad, así como estableciendo y logrando metas de rendimiento), no es impensable que pudiera funcionar con éxito una caja de recursos adicionales. Esto pudo generar la necesidad de ingresos fiscales adicionales. Pero los ingresos fiscales de un país no son accesorios. Muchos países en desarrollo tienen bases impositivas innecesariamente estrechas. El IVA de China, por ejemplo, no se aplica a los servicios y, sus impuestos a los bienes inmuebles, se establecen sobre una base más estrecha de lo necesario (Ahmad, 2006). Las bases tributarias se pueden ampliar a través de reformas y las tasas pueden modificarse. Esas reformas ofrecen la posibilidad de lograr ingresos mayores; algunas pueden ser -y han sido- utilizadas para ampliar el financiamiento del Gobierno en salud. Bolivia, por ejemplo, con una importante reforma impositiva incrementó los ingresos fiscales, de un 3% del PBI en 1983 a el 17% a fines de 1987 (Wagstaff-Claeson, 2004). Reemplazó un sistema tributario muy complejo, que contenía más de 100 impuestos (tarifas de importación diferenciadas, impuestos a las marcas en el orillo, impuestos progresivos a los ingresos personales, impuestos corporativos con muchas excepciones y evasiones) por una estructura simple de 6 impuestos⁶. El Sector Salud en Bolivia fue beneficiado con este incremento de los ingresos fiscales: el gasto público en salud -en términos del PBI- creció a un promedio anual de casi el 10% durante los años 90. Un informe reciente del Banco Mundial (Banco Mundial, 2006) divulgó una lista de países -incluyendo Armenia, Bulgaria, Estonia, Kazajistán, Rusia y Eslovaquia- que han reformado los impuestos que gravan los negocios (incluyendo tasas tributarias e IVA) y que, en ese proceso, aumentaron los ingresos fiscales. Las medidas adoptadas comprenden: simplificación de impuestos, limitación de incentivos y exenciones, así como reducción de tasas fiscales; tales medidas tienden a alentar la aceptación del impuesto y también a prevenir que se estimule a los negocios hacia la economía informal. Los ingresos de la SeS exhiben a veces una menor variación año a año, que el gasto público en salud (Nonneman-van Doorslaer, 1994). Pero los sistemas de SeS no son inmutables a las crisis financieras, que pueden ocurrir tanto en

⁶ Estos incluyeron: un 10% IVA con una base amplia, excluyendo solamente viviendas y servicios financieros; impuestos sobre el consumo de mercancías de lujo (bebidas alcohólicas, perfumes, cosméticos, tabaco y joyería); un impuesto a las transacciones del 1% (impuesto de volumen de ventas acumulativo); un impuesto progresivo sobre los vehículos (1,5% - 5%) y las propiedades inmobiliarias

urbanas (1,5% - 3%); un impuesto del 2% (aumentado a 2,5% en 1988) sobre el valor neto de las empresas públicas y privadas (en su lugar las pequeñas empresas informales pagaron una suma global fija); y una tasa uniforme de importación del 20% (reducido al 10% en 1988). Otros impuestos fueron eliminados, incluyendo impuestos sobre las ganancias personales y corporativas.

períodos de expansión como de recesión. En Alemania, la actual crisis de la atención de la salud ha sucedido en parte porque cayeron los ingresos de la SeS, mientras que aumentó el desempleo (las contribuciones pagadas por los trabajadores de Alemania, también financian la cobertura de los desempleados) y por el envejecimiento de la población. Por el contrario, el sistema de SeS de Taiwán experimentó una crisis financiera durante un período de desarrollo económico rápido, porque se puso tope a las contribuciones y las tasas no mejoraron con respecto al crecimiento de la renta *per capita*. Sólo después de una discusión política feroz se aumentaron las contribuciones (Lu-Hsiao, 2003). En todo caso no está claro que, el hecho de que los recursos sean derivados automáticamente hacia los fondos de la SeS, sea necesariamente bueno y que, un presupuesto financiado por impuestos, habitualmente "vulnerable" al resultado de las negociaciones dentro del Gobierno -por la "naturaleza impredecible de los Gobiernos" como la calificaron dos comentaristas (Nonneman-van Doorslaer, 1994)- sea necesariamente malo. El mérito de esta última alternativa, es que permite un debate más abierto sobre el equilibrio del gasto público entre salud y otros sectores, y proporciona un procedimiento claro para considerar responsables a los que manejan el gasto público en salud. Estas discusiones suelen suceder menos en un sistema de SeS, excepto cuando la agencia de SeS tiene que solicitar -como en Taiwán- ciertas modificaciones al calendario de contribuciones a efectos de cubrir déficits. Una parte de las preocupaciones de Alemania, por ejemplo, es que los recursos continuaron siendo derivados hacia la SeS, y en consecuencia el alto costo asistencial aumentó tanto, que el porcentaje del PBI dedicado a atención de la salud, ocupa el tercer lugar más alto entre los países de la OCDE. Los alemanes habían tenido una continua discusión política sobre el equilibrio que debía haber entre salud y otros sectores, de modo que podrían haber terminado asignando un porcentaje menor del PBI a salud. En las Filipinas, la agencia de SeS comenzó a enfrentar cuestionamientos del Congreso sobre su programación financiera, recién después de la introducción del programa para indigentes financiado por impuestos. La equidad en el modo en que se recaudan los ingresos también es importante. Las contribuciones de la nómina salarial son a menudo regresivas, debido a que existen techos de contribución; por el contrario, los impuestos generales son típicamente proporcionales a los ingresos, si no progresivos (Wagstaff y col., 1992; Wagstaff y col.,

1999; O'Donnell y col., 2005). En un escenario de bajos ingresos, donde los hogares más pobres producen muchos de sus propios alimentos, y los bienes de lujo están gravados con tarifas más altas, los impuestos indirectos pueden ser incluso progresivos; los impuestos directos a menudo también, porque los tributa solamente el sector formal. No sólo es la progresividad -o equidad vertical- la que importa: la equidad horizontal también importa. En un sistema de SeS, es común que los usuarios de distintos planes terminen pagando diferentes cuotas por paquetes de beneficios esencialmente similares, ya que están cautivos de planes específicos, por razones de ocupación o ubicación geográfica; en estos casos el esquema de equiparación del Gobierno no alcanza una equidad (horizontal) completa (Van Doorslaer y col., 1999; Wagstaff, 2006).

Este apartado se explora sobre las dificultades de recaudación en las diversas modalidades de financiamiento de los Sistemas de Salud que, en última instancia, dependen de la política tributaria general. En los SNS financiados por impuestos generales, el sustento universal del sistema depende de la asignación gubernamental para financiar la salud, sin un costo agregado de recaudación. Pero los recursos asignados al Sector dependerán de la decisión política del Gobierno en la distribución de los fondos disponibles. En los modelos de SeS, en cambio, la decisión de financiar a los trabajadores informales, mediante una mayor carga en los aportes de los trabajadores formales, puede implicar una sorda resistencia de estos últimos, así como la voluntad de contratar planes diferenciados mediante aportes adicionales. Se dice que el costo de recaudación en la SeS es más alto, porque se deduce de la nómina salarial, pero al mismo tiempo involucra más al aportante, ya que sabe que su contribución regresará bajo la forma de servicios sanitarios específicos (Arce, 1993). Sigue siendo un problema de política tributaria: la recaudación podría concretarse a través de un único mecanismo, si existiera la decisión política sobre la intangibilidad de los fondos destinados a la SeS. Pareciera que, en los modelos financiados por deducciones de la nómina salarial, el camino más apropiado sería el de subsidios adicionales del Tesoro para financiar a los trabajadores informales. Pero en este caso, ¿cómo se garantiza que los informales se incorporen con una accesibilidad equitativa a todos los servicios, sin quedar cautivos de los servicios públicos que usualmente sostiene el Estado?

El otro problema que plantea la SeS, es cómo sostener la magnitud de los ingresos en los períodos cíclicos de recesión de las economías de mercado. En términos de la teoría keynesiana, la función de los recursos de la SeS es precisamente la de sostener la demanda -en forma anti-cíclica- durante las etapas recesivas. Pero es notorio que ésta no es la conducta habitual de los Gobiernos, que erogan el Gasto Público Social (GPS) en forma pro-cíclica -a mayor disponibilidad mayor gasto- (Flood, 2006). Una última observación del autor, está seguramente referida a los países industrializados: los impuestos generales son habitualmente más equitativos, ya que son proporcionales al ingreso de los hogares. Esta afirmación, que puede ser válida para las conductas tributarias en economías consolidadas, a menudo es desmentida en los países en desarrollo, donde existe un alto grado de evasión en los impuestos directos a los ingresos y bienes personales y, por el contrario, se acentúa la presión tributaria mediante impuestos indirectos al consumo, que proporcionalmente pesan más en los hogares de menores ingresos.

¿Las contribuciones como alícuotas de la nómina salarial son en general regresivas, como sugiere el autor? Esto también sería cierto si los trabajadores con mejores escalas contaran con beneficios prevendarios, destinados a limitar su participación porcentual en el financiamiento del sistema, cosa que ocurre frecuentemente. De no ser así, siempre y cuando los beneficios fueran equivalentes, sería la forma más equitativa de establecer las contribuciones al sostenimiento del sistema. Esto también es política tributaria.

¿Qué acerca del sector informal?

El concepto central de SeS es que se hacen contribuciones obligatorias a favor de los asalariados, basadas en alícuotas de sus salarios, compartiendo los costos entre el empleador y el empleado. Actualmente en el mundo en desarrollo, una gran parte de la población (a veces la mayoría) -que se está incrementando (Gottret-Schieber, 2006)- no está empleada en el sector formal. En América Latina, donde la SeS tiene la historia más antigua del mundo, se ha mantenido un subsistema público paralelo -financiado por impuestos generales- que atiende al sector informal, con servicios separados que administra el Ministerio de Salud. Estos servicios han tenido escasos recursos y se dice que prestan una pobre calidad y una atención limitada. El costo de la atención, en el momento de utilizar los ser-

vicios, típicamente es más alto para los que carecen de cobertura de la SeS -ya sea porque deben abonar copagos o porque el paquete de beneficios es limitado-, por lo que terminan pagando de su bolsillo las prestaciones no incluidas. Sorprende poco, por consiguiente, que Xu y col. (2003) encuentren una alta incidencia de gasto en salud de los hogares debidos a patologías *catastróficas*, en varios -no todos- los países latinoamericanos: principalmente Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay, y Perú. Tampoco sorprende que en algunos países como Vietnam, la condición de beneficiario de la SeS se asocia con un gasto de bolsillo en los hogares mucho más bajo (Jowett-Contoyannis-Vinh, 2003).

En consecuencia, no deben sorprender los esfuerzos que se han hecho para atraer -a los trabajadores del sector informal y sus familias- hacia la protección de la SeS, con la meta de asegurar una cobertura universal e igualitaria. Muchos países han tenido éxito en establecer un plan para los pobres, financiando su incorporación como beneficiarios de la SeS, fuera de los ingresos generales. La mayoría, sin embargo, cometen grandes errores típicos de exclusión, en gran parte porque los hogares pobres no pueden inscribirse. En Colombia en 2003 (10 años después de la reforma), menos del 50% del grupo-objetivo (hogares de las categorías 1 y 2 del "SISBEN", instrumento de evaluación de riesgo socio-económico) se alista realmente en el plan de no-contribuyente (Gaviria-Medina-Mejía, 2006). En Vietnam, cerca del 40% de los que deberían haber recibido cobertura del seguro médico (o una tarjeta de atención médica sin cargo) por su condición de real pobreza, la obtuvieron recién en 2004 (Wagstaff, 2007). Los errores de inclusión son también comunes. En Colombia, más de $\frac{1}{4}$ de los hogares de la categoría 4 del SISBEN se inscriben en el programa no-contributivo (subsidiado), pero no deberían ser cubiertos según las normas (sólo las categorías 1 y 2 tienen cobertura universal; algunos municipios también cubren algunos hogares de la categoría 3 del SISBEN) (Gaviria-Medina-Mejía, 2006). En México, sólo el 43% de los cubiertos por el Seguro Popular⁷, a expensas del contribuyente están realmente en el 20% más pobre de la población, que es el punto oficial de corte (Scott, 2006).

⁷ Seguro Popular es un plan de semi-SeS del Ministerio de Salud, que funciona paralelamente al plan de SeS del Instituto Mexicano de la Seguridad Social y está dirigido al sector informal. Los 2 deciles más pobres están exentos de contribuciones. El resto de la población contribuye según una renta determinada.

Incluso ha resultado ser más difícil afiliarse a la SeS al sector informal de trabajadores no pobres y sus familias. Indudablemente esta actitud refleja la falta de atractivo que, para el sector informal de hogares, significan los términos de su incorporación. A menudo la contribución es global y, por lo tanto, representa una carga para los casi-pobres, que como afiliados terminan usando los mismos servicios públicos que utilizarían si no estuvieran afiliados. Si bien pueden lograr gastos de bolsillo más bajos, habitualmente éstos no caen a cero después de afiliarse. Por otra parte, los que no se afilian, a menudo pagan un precio excesivo en los servicios públicos subsidiados. En muchos países, probablemente la gente preferiría acudir a prestadores privados, incluyendo los servicios farmacéuticos, que en general no están previstos en la cobertura. La gente percibe a los medicamentos cubiertos por el seguro, como de menor calidad que los que podrían comprar -aún sin la prescripción- en una farmacia. Finalmente, en algunos países los pagos informales están muy difundidos y tampoco están cubiertos; de hecho, los prestadores pueden esperar pagos informales más generosos por parte del asegurado, empleando su condición de asegurado como un signo de capacidad de pago. Vietnam es uno de los muchos países donde muchos -si no



todos- estos factores ayudan a explicar por qué la inscripción voluntaria en la SeS entre los trabajadores del sector informal, así como las familias de trabajadores del sector formal, se ha estancado aproximadamente en un 20% del grupo al que estaba destinada (Nguyen, 2006). Alrededor de unos 13 puntos de ese porcentaje, corresponde a la incorporación de niños en edad escolar, que son afiliados en bloque con una fuerte presión de las autoridades. En las Filipinas, sólo el 14% de la población-objetivo había adherido voluntariamente en PhilHealth, 10 años después de su lanzamiento (Nguyen 2006). En Colombia, donde es obligatoria la inscripción de los trabajadores informales no carenciados, la incorporación al régimen contributivo dentro del 60% más rico de la población -incluyendo a los trabajadores formales- era de solamente del 52%, 10 años después de aplicarse la reforma que hizo obligatorio el seguro para los trabajadores informales no carenciados (Tono, 2006). En Tanzania, el total de la inscripción en el nuevo régimen de SeS era de apenas el 3% de la población, 5 años después de que fuera establecido (Nguyen, 2006). En la República de Kyrgyz, las tentativas de enrolar al sector informal en gran parte fallaron. En Ghana, un año después del comienzo del programa, la inscripción estaba limitada al 21% de la población, pero solamente 5 puntos de ese 21%, representaban afiliaciones contributivas de trabajadores informales. En algunos países, los esfuerzos se orientan a alistar a trabajadores informales a través de asociaciones de grupo (p.ej. organizaciones del micro-créditos), pero el progreso es extremadamente lento. Un país en desarrollo que ha tenido éxito -por lo menos hasta el momento- donde otros han fallado es China, donde la inscripción en su nuevo programa rural de seguro médico subvencionado y voluntario, es de alrededor del 80% en condados experimentales (Wagstaff y col., 2007). Sin embargo, tan altos porcentajes de inscripción parecen haber sido el resultado de la presión ejercida por los funcionarios del gobierno local, impacientes por alcanzar sus metas de inscripción; algunos han sido tan celosos en su aplicación, que no exigieron la contribución de los hogares y la financiaron con fondos distintos de los ingresos del Gobierno local. El alcance de la cobertura es tan limitado, que los hogares asegurados deben pagar de su bolsillo una gran parte de los gastos de la atención médica. La sustentabilidad de esa aproximación -incluso en China- parece cuestionable y es impropia en la mayoría de los países en desarrollo.

Hay cierta evidencia de que es peor el riesgo en los lugares donde se está enrolando población a programas de SeS, que donde ya *está* incorporada al sistema. Tal selección adversa parece existir en las Filipinas, por ejemplo, y se discute que el problema plantea desafíos para el sustentabilidad financiera de PhilHealth (Jowett, 2006). También parece estar presente el riesgo en el programa rural de China (Wagstaff y otros. 2007). De hecho, sería sorprendente que no fuera un inconveniente en todos los programas voluntarios -en su naturaleza, si no en su denominación- dadas las evidencias sobre el tema que se conocen en todo el mundo. Más aún, entre los trabajadores del sector informal, las contribuciones son a menudo menores de lo que deberían ser, según las normas vigentes. En las Filipinas, donde las contribuciones de los miembros individuales son alícuotas flotantes, sólo se ha recaudado en realidad el 75% de los ingresos (Obermann y col., 2006). En el programa de Seguro Popular de México, donde las contribuciones están ligadas a ingresos estimados, sólo el 8% de los afiliados dentro del 60% más rico de la población contribuyeron efectivamente (todos deberían haberlo hecho según las normas), y los que lo hicieron, contribuyeron en promedio menos de la mitad de lo que les hubiera correspondido (Scott, 2006). Además, como ya fue observado, los costos de recaudación de estas contribuciones inferiores a lo esperado, son a menudo considerables.

Las dificultades que los países en desarrollo están experimentando actualmente, para cubrir al sector no pobre de los trabajadores informales, así como en recaudar sus contribuciones, señalan que el camino hacia la cobertura universal de la SeS será largo y frustrante. A los países europeos con sistema de SeS, estudiados por Carrin y James (2004) -Austria, Bélgica, Alemania y Luxemburgo-, les tomó cerca de 100 años alcanzar el Seguro Universal de Salud (SUS). A Costa Rica, Japón y Corea, que alcanzaron SUS en 1991, 1958 y 1989 respectivamente, les tomó considerablemente menos tiempo, aunque el índice de cobertura de Costa Rica en 1991, seguía siendo solamente del 85%. Japón y Corea estaban en una etapa avanzada de desarrollo económico, cuando lograron sus respectivos SUS (los ingresos de Japón *per capita* eran de US\$ 7.876 en 1961, a precios de 2000, mientras que los de Corea eran de US\$ 6.133 en 1989) (Carrin-James, 2004; Wagstaff, 2006). A principios de los '80, cuando Corea ampliaba la cobertura al sector informal, experimentó problemas similares para recaudar las contribuciones, como los que expe-

rimentaron los países en desarrollo: las entidades de seguro de salud tenían dificultades para identificar el nivel de ingresos de los trabajadores informales, recaudar los pagos y determinar el número de miembros de sus familias (había incentivos para que la gente declarara a otros vinculados, como miembros de la familia, a fin de recibir los beneficios sin pagar); también enfrentaron el problema de que algunos hogares no estaban en condiciones genuinas de pagar sus contribuciones (Anderson, 1989). Incluso hoy, el gobierno coreano subsidia cerca de la mitad de las contribuciones de los trabajadores autónomos. En Japón, el peso de la financiación a través de impuestos es aún mayor: es casi el 20% del gasto total en salud, comparado al 10% de Corea (O'Donnell y col., 2005).

Evidentemente, las posibilidades de conducir la SeS hacia la cobertura universal, en economías con un gran número de trabajadores informales son escasas: cuanto más grande sea el sector informal, más grande será la dificultad para cubrir la brecha. En esas economías, la SeS no parecería ser una ruta especialmente alentadora para lograr la cobertura universal, tanto para un paquete de beneficios que contenga sólo intervenciones costo-efectivas "básicas", como para uno que contenga las "básicas" más algunas intervenciones "catastróficas". Estas conclusiones ayudan a explicar porqué Tailandia, que está fuertemente comprometida con el SUS, confía en los ingresos provenientes de la nómina salarial, sólo para el 12% de la población (los trabajadores formales privados), y cubren a la mayor parte de la población restante mediante impuestos⁸. También explica por qué China está contemplando emplear los ingresos fiscales, para financiar un paquete universal de prestaciones básicas.

Como señala claramente el autor, el camino hacia la universalidad de la cobertura de la SeS, es tortuoso y de prolongada implementación. Las dificultades para su ejecución son directamente proporcionales a la cantidad de trabajadores informales, que deben ser incorporados al sistema en cada lugar, tal como ocurre en los países en desarrollo. Como mencioné en el comentario anterior, la forma más apropiada para alcanzar la universalidad -en países que históricamente adoptaron el modelo de SeS- parece ser el

⁸ En 2002, el Gobierno aumentó la cobertura del 80 al 96%, introduciendo un esquema financiado por impuestos, con un pequeño copago (30-bath) para los no estaban cubiertos anteriormente (13% de la población), y todos los cubiertos previamente a expensas de los contribuyentes, aparte de los funcionarios activos y retirados con sus familiares (61% de la población).

subsidio directo del Tesoro, con fondos provenientes de impuestos generales. En estos casos el problema consiste en cómo lograr que los informales que se incorporen por esta vía, logren los mismos beneficios que los trabajadores formales, que accedieron por el derecho propio de sus aportes y contribuciones establecidas por ley. Por otra parte, si la incorporación adicional se financia con impuestos generales, a los que también tributan los trabajadores formales, se pone de manifiesto una situación de doble tributación en estos últimos, que por el hecho de revistar en forma registrada, no necesariamente tienen mayores ingresos que los informales.

La solución más frecuente a este conflicto, ha sido dotar de un paquete limitado de beneficios a esta cobertura subsidiada, pero a menudo han quedado fuera de ese paquete los medicamentos y las denominadas enfermedades "catastróficas". ¿Cuál sería entonces la conveniencia de incorporarse a una SeS subsidiada pero limitada, si los beneficios adquiridos a cambio de formalizar la inserción en el mercado de trabajo, no van a ser sustancialmente mayores que el acceso a los servicios públicos, que siempre estuvieron disponibles? No existe una única receta recomendable y cada país ha adoptado la suya en función de sus tradiciones y sus circunstancias políticas. Tampoco lo han solucionado totalmente los países que adoptaron el modelo de SNS, aunque aparentemente la universalidad es inherente al sistema. La experiencia demuestra el notorio crecimiento en estos países de Seguros Voluntarios de Salud (SVS), a los que se suscriben los usuarios con el fin de obtener mejoras complementarias en términos de hotelería, turnos de espera, etc., cuando no suplementarias para lograr coberturas excluidas del programa establecido (Castro y col., 2007). De modo que en estos casos, el camino hacia la equidad y la accesibilidad tampoco ha quedado totalmente despejado. No está demás recordar aquí, que muchos países que cuentan con sistemas universales de SNS, excluyen la cobertura de los tratamientos de diálisis crónica después de los 55 años de vida y que, por ejemplo, las colas de espera para reemplazos de cadera suelen alcanzar un año.

El problema es aún mayor en los países en desarrollo, por la alta proporción de trabajadores informales con que funcionan sus economías. Hernando de Soto interpreta que, lo que diferencia a las economías capitalistas consolidadas de los países industrializados, respecto de las economías mercantilistas de los países en desarrollo, es precisamente la capacidad de las primeras para incorporar a todos los tra-

bajadores -incluso a los independientes- a la economía registrada (de Soto, 2002). Sin embargo, la exclusión del mercado de trabajo de una parte significativa de la población económicamente activa, inducida por la globalización y la explosión planetaria de las comunicaciones, no afectó sólo a los países en desarrollo. También los países industrializados sufrieron una amplia exclusión de mano de obra, en la búsqueda de una mayor competitividad comercial, que desembocó en la aguda crisis del paradigma del Estado de Bienestar en los '80 y '90 (Fitoussi-Rosanvallon, 1997).

SeS, desempleo y economía informal

A pesar de la importancia de los temas ya mencionados, no son los que han dominado las recientes discusiones sobre la reforma del sistema de salud, en el país con una SeS más antigua: Alemania. El principal tema es el impacto que se percibe de las contribuciones de la SeS (actualmente alrededor del 14% de los gastos), en el componente no retributivo de los costos laborales, que se argumenta que ha reducido la competitividad de las firmas alemanas en el exterior, desalentando la inversión extranjera en la industria alemana y contribuyendo al alto nivel de desempleo. Debido a la percepción de estos efectos negativos, el Ministro de Salud alemán describió el vínculo de las finanzas de la salud, exclusivamente con los beneficios más que con los ingresos, como "el talón de Aquiles" del sistema del SeS alemán (Schmidt, 2006). Dos de los principales partidos políticos de Alemania están, de hecho, comprometidos en cambiar la forma en que se financia la atención de la salud: los Social-Demócratas favorecen a los hogares que pagan contribuciones deducidas de todas las fuentes de ingresos; los Demócratas Cristianos están a favor de una contribución global, con subsidios a los hogares de bajos ingresos (Schmidt, 2006). Se ha propuesto un compromiso -que todavía no fue concretado entre los socios de la coalición (Der Spiegel, 2006)- en el que las contribuciones serían reducidas y canalizadas hacia un fondo central de salud, financiado en parte por impuestos (para generar los ingresos fiscales adicionales que se necesitan, las responsabilidades fiscales se incrementarían en 8%, o su equivalente del impuesto sobre la renta aumentaría en 3 puntos porcentuales) (Red Internacional sobre Política Sanitaria y Reforma, 2006). La idea de que un mayor énfasis en los impuestos sobre el salario para financiar la atención médica, tiene consecuencias negativas sobre el empleo, concuerda con las reco-

mendaciones de Estrategia Laboral de la OCDE a sus países miembros: bajar los impuestos cargados a la nómina salarial (OCDE, 1999). Sin embargo, el tema no está libre de controversias. Dado que los impuestos sobre la nómina salarial financian un programa cuyos beneficios se otorgan sólo a los contribuyentes, su efecto sobre el empleo puede ser prácticamente neutralizado. Esto se debe, como ha sostenido Summers (1989), a que el impuesto sobre la nómina salarial induce no sólo un desplazamiento de la curva de la demanda de trabajo hacia la izquierda, sino también un desplazamiento hacia la derecha en la curva de la oferta de trabajo (el trabajador valora los beneficios que recibe financiados con sus impuestos y, por lo tanto, está dispuesto a ofrecer más trabajo por una determinada retribución en dinero), produciendo un efecto en el desempleo menor que en el caso estándar y una mayor reducción en el salario, una vez deducidos los impuestos. La evidencia empírica del impacto de los impuestos sobre la nómina salarial y el empleo es variada. En Colombia, las reformas en el Sector Salud de los años 90, elevaron la imposición fiscal sobre el salario en un 5%; este fenómeno, según un estudio reciente acerca de la incidencia de los impuestos a la nómina salarial en Colombia (Kugler-Kugler, 2003), habría tenido un efecto negativo sobre el salario de entre 0,7% y 1,1% y, sobre el empleo, entre el 2 y el 2,5%. Por el contrario, Bauer y Riphahn (2002) encuentran que el impuesto sobre la nómina salarial de Alemania, tuvo efectos muy limitados en el empleo.

Los efectos sobre el empleo de los impuestos al salario son, en todo caso, solamente una parte de la historia. Si los impuestos al salario se utilizaran menos, tendrían que aplicarse más otros impuestos. El tema a discutir es si los otros impuestos tendrían menor impacto sobre el empleo. Aumentar el impuesto a las ganancias reduciría los ingresos al trabajo y, por consiguiente, desplazaría la curva de oferta laboral hacia la izquierda, causando también una reducción en el empleo. Un incremento de los impuestos indirectos reduciría el salario real de bolsillo, con lo que disminuiría la voluntad de la gente por trabajar con determinado salario nominal, y a la vez reduciría potencialmente el empleo. En ambos casos, uno podría argumentar que cuando se carga sobre los ingresos el financiamiento de programas que benefician a los contribuyentes, la curva de oferta laboral podría desplazarse hacia la derecha, según las líneas argumentadas por Summers para los impuestos al salario; esto morigeraría el efecto sobre el desempleo.



Sin embargo, este fenómeno parece probable porque la vinculación entre los impuestos y los beneficios del programa del seguro de salud, es posible que sea percibida como menos cercana cuando los impuestos se recaudan sobre las ganancias y los impuestos indirectos, que cuando se recaudan sobre el salario. El desplazamiento hacia la derecha de la curva de oferta laboral, probablemente sea mucho menor en la imposición anterior que en la última, y hasta podría llegar a ser imperceptible. No es inconcebible, en consecuencia, pensar que el efecto del impuesto a la nómina salarial sobre el desempleo, pueda ser realmente menor que el vinculado a impuestos sobre la renta e impuestos indirectos.

En la práctica, pareciera que, al menos en los países de la OCDE, la nómina salarial, la renta y los impuestos al consumo tienen todos efectos ampliamente similares en lo referente al empleo (Nickell, 2004; Nickell-Nunziata-Ochel, 2005). Dinamarca, por ejemplo, que no tiene ningún impuesto sobre el salario, hasta hace poco tiempo ha tenido índices de desempleo similares a otros países europeos (Nickell, 1997). Como señala Nickell (1997), "en términos generales la imposición fiscal dominante para el mercado de trabajo, es la sumatoria de los impuestos sobre el salario, de los impuestos sobre los ingresos personales y de los

impuestos sobre el consumo. Los cambios entre estos impuestos no tendrían un impacto tan importante; de modo que los impuestos sobre la nómina salarial, por sí solos, son de escasa influencia" (pág. 68). Hasta dónde son aplicables estas consideraciones, cuando se tratan otras formas de ingresos del Gobierno, está menos claro. Pareciera que algún otro impuesto, como el impuesto a las importaciones, puede tener efectos mucho menores sobre el empleo; en cuyo caso, el reemplazo de impuestos sobre el salario por impuestos generales, podría ayudar con mayor amplitud a un menor desempleo.

Lo que parece cierto, sin embargo, es que la SeS puede desalentar en la población su incorporación y permanencia en el empleo formal; la SeS no tendría por qué incrementar el desempleo, pero podría aumentar la proporción de gente que trabaja en el sector informal. Este tema ha recibido tanta atención en América Latina, como en Europa (Belev, 2003; Baeza-Packard, 2006; Datta, 2006). El incentivo probablemente sea mayor cuando la afiliación al sistema de SeS es voluntaria, o sólo levemente forzada entre los trabajadores del sector informal (que es lo habitual), de modo que la población pueda optar entre acuerdos informales de empleo, corriendo el riesgo de afrontar un precio (aunque subvencionado) más alto en los servicios públicos del Ministerio de Salud, o requiera (o pueda) contratar un seguro privado. En los países en donde los trabajadores informales pagan una contribución global (Vietnam, por ejemplo), o donde las contribuciones se supone que están ligadas al nivel de ingresos, pero en la práctica débilmente vinculadas (el esquema del Seguro Popular de México, por ejemplo), algunos trabajadores encontrarán que optando por acuerdos informales de empleo, pueden mantener su cobertura social (aunque posiblemente menos generosa) mediante una contribución substancialmente menor. En Alemania, al trabajador autónomo se le exige un seguro privado o que se afilie a la SeS, pero en general eligen lo primero, porque el seguro privado es a menudo más barato que la SeS, especialmente para la gente que no tiene familiares a cargo y que toman el seguro privado siendo jóvenes (una vez asegurados, la prima permanece atada a la cohorte de la edad de la persona en el momento que adhirió, y sólo se incrementa cuando aumentan los costos de la atención médica). Estos incentivos se convierten en un tema aún más discutible: estar en un trabajo formal implica tributar al sistema fiscal y, por consiguiente, contribuir a un régimen de pensión que -debido

a la limitada expectativa de vida- puede pagar beneficios sólo por pocos años, si puede. La SeS entonces contribuye potencialmente al crecimiento de la economía informal, con todas sus connotaciones negativas, incluyendo el deterioro de la capacidad del Gobierno para aumentar impuestos. Ésta es una de las razones por las que un libro reciente sobre Sistemas de Salud en América Latina, recomendó un pasaje gradual desde el financiamiento por impuestos cargados a la nómina salarial, hacia el financiamiento por impuestos generales (Baeza-Packard, 2006).

No es justo decir, sobre los márgenes del trabajo formal e informal, que la SeS crea incentivos perversos. Especialmente si la libre asociación a la SeS para los pobres, incluye otros beneficios de la red de seguridad, deberán enfrentar una trampa de pobreza: ganar un poco más puede implicar la pérdida de la afiliación a la SeS (quizá para el hogar entero), así como otras ventajas adicionales. La evidencia de Colombia (Gaviria-Medina-Mejía, 2006) sugiere que, estar en el programa subvencionado de SeS, reduce la participación de mano de obra femenina un 34%. La SeS puede contribuir en lo inmediato a los esfuerzos anti-pobreza del Gobierno, proporcionando protección social a los pobres, pero al mismo tiempo puede minar sus beneficios, al reducir los incentivos para escapar de la situación de pobreza.

Se discute ahora otro problema sustancial de la SeS, propio de los dilemas que planteó la globalización en la década del 90: en qué medida el incremento de los costos laborales, derivado de contribuciones cargadas sobre la nómina salarial, incide en la competitividad comercial de cada país, tal como reflejaban las recomendaciones de la OCDE a sus países miembros en 1999. En segunda instancia, de qué modo influye dicho incremento en la magnitud relativa de binomio empleo-desempleo. La experiencia de distintos países parece mostrar que la influencia es mínima o inexistente. Estadísticamente no se ha registrado una asociación significativa entre los sistemas financiados por impuestos al salario (SeS) vs. impuestos generales (SNS), y desempleo. Si existiera un desaliento a la demanda de empleo formal, como consecuencia de impuestos recaudados en base al salario -que implican un menor ingreso de bolsillo- éste sería neutralizado por la percepción de los nuevos empleados, en el sentido de que sus contribuciones serán devueltas como beneficios inmediatos (Arce, 1997-2000). En cambio, en los sistemas financiados por impuestos, se diluye la sensación de pertenencia.

En lo que sí parece haber una influencia real, es en la voluntad de incorporarse a condiciones formales de empleo, tanto desde el punto de vista del empleador como del potencial trabajador, ya que implican un incremento de los costos laborales -por parte del empresario- y una marcada incidencia en el salario de bolsillo, por parte del nuevo empleado. Los trabajadores autónomos a menudo prefieren acordar una relación laboral independiente -y por consiguiente no tributaria de la SeS- antes que admitir una deducción sustancial en su salario en concepto de aportes al sistema, procurándose por su cuenta alguna forma de protección asistencial privada. Esta conducta también es alentada por los empleadores, para mantener la oferta de empleo sin incrementar sus contribuciones dentro de los costos laborales. Puede suponerse entonces que, un crecimiento de los costos de la atención médica financiado por impuestos a la nómina salarial (SeS), tendrá un efecto negativo sobre las dimensiones del empleo informal o no registrado. Al mismo tiempo se incentivarían acuerdos de trabajo, mediante retribuciones no remunerativas que, en última instancia, constituyen formas de empleo no registrado. En virtud de estas consideraciones, especialmente en los países que padecen una alta proporción de empleo informal en la población económicamente activa, como es el caso de América Latina, se ha recomendado una transición gradual, desde sistemas financiados por impuestos a la nómina salarial hacia sistemas financiados por impuestos. Sin embargo, la mayoría de estos países mantienen dos subsistemas paralelos: el subsistema público, para atender a la población sin cobertura -incluyendo los trabajadores informales-, y el subsistema de SeS, para proteger a los trabajadores formales y sus familias. Por consiguiente, en escenarios de alta magnitud relativa de empleo informal, la transición más viable parece ser la integración de ambos subsistemas, incorporando a la población sin cobertura a un mecanismo de aseguramiento, mediante aportes del Tesoro nacional, antes que un cambio absoluto desde un modelo de SeS hacia uno de SNS. El ejemplo de Colombia, admitiendo sus inconsistencias aún no resueltas, parece ser un esquema a tener en cuenta en estos casos, para encarar la reforma de los sistemas de salud, en países que han optado por el modelo de SeS (Restrepo T., 2000).

Resumen y discusión

La SeS es simplemente una manera de financiar la aten-

ción de la salud. No se asocia siempre a una fractura comprador-prestador, pero puede serlo. Sin embargo, también puede ocurrir en un Sistema de Salud financiado por impuestos generales. De hecho, cada vez más esas fracturas se ven en sistemas financiados por impuestos. No hay evidencia convincente de que los usuarios de la SeS sean más beneficiados que los de sistemas financiados por impuestos; de hecho, hay quienes argumentan lo contrario. Tampoco está claramente definido que la SeS proporcione una manera más eficaz y confiable de recaudar ingresos. La base tributaria de impuestos a la nómina salarial (ingresos de trabajadores del sector formal) es pequeña en los países en desarrollo y la no-afiliación es una conducta corriente, así como el subregistro de ganancias o la evasión de los que están afiliados. En parte por este motivo y en parte porque los impuestos deben recaudarse de todos modos, el costo marginal de incrementar los impuestos probablemente sea bajo, ya que el costo de recaudación de los sistema de SeS probablemente sea substancialmente más alto que el de los sistemas financiados por impuestos. Incrementar impuestos, por supuesto, no es una medida sencilla; pero no es imposible, como lo demostraron las reformas impositivas de varios países en desarrollo. Lograr finanzas para salud con el apoyo del Ministerio de Finanzas, puede también disminuir la tensión para una reforma impositiva: podría significar oportunidades de reforma impositiva, que conduzcan a niveles sostenibles las finanzas de la salud con cobertura universal. El gobierno de las agencias de SeS en los países en desarrollo deja a menudo efectos no deseados, resultan costos muy altos para una pobre cobertura de prácticas. Algunos argumentan que la competencia es una manera de mejorar la responsabilidad de los miembros, pero está vinculada a sus propios problemas, incluyendo la selección de riesgos. Sin embargo es discutible: el desafío principal de la SeS es el sector informal. Adquirir cobertura para los pobres a través de impuestos es relativamente fácil, aunque los errores de la exclusión e inclusión son frecuentes. Es mucho más fuerte el desafío de dar cobertura a los trabajadores informales no pobres, que son una parte de la población en crecimiento más que decreciendo; los países que los han incorporado con éxito a la SeS, en realidad sólo lo han logrado en una etapa bastante avanzada del desarrollo económico. La SeS también enfrenta desafíos *vis a vis* la reducción del empleo y la pobreza. Se piensa que contribuye al desempleo, aunque en los países de la OCDE está lejos de resultar claro que sea peor que

financiar este aspecto con impuestos a las ganancias e indirectos, y alentar la informalización de la economía, brindando a los trabajadores un incentivo para dejar el empleo formal. Los programas para dar cobertura a los pobres también pueden desalentar a los que ya están asociados para que aumenten sus ingresos.

La SeS está lejos, por el momento, de ser una panacea como a menudo se la caracteriza. El financiamiento por impuestos, por supuesto, no está exento de problemas. Un área donde es vulnerable es en la homogeneidad de la atención: no logra proporcionar un mecanismo para responder a la demanda de atención médica mediante un mejor acceso a prestaciones más sofisticadas, o mejores amenidades, y obliga a todos a bajar a un mismo estándar. Una manera -y mala- de responder a este desafío es permitir mejoras a los políticamente vinculados, en el acceso a servicios costosos, a expensas del que paga impuestos; servicios que son inaccesibles para el grueso de la población (p. ej. hospitales urbanos). Esto sucede en África y probablemente explica la distribución local del gasto de Gobierno a favor de los ricos (Castro-Leal y col., 2000). También sucede en algunos de los países de la ex Unión Soviética. Esta aproximación casi con certeza exigirá una más alta proporción de "asignación" de fondos del Gobierno a los no pobres del que se requeriría para mantener su apoyo político a un sistema financiado por impuestos. Un modelo -que es discutible que sea mejor- es en el que los prestadores reciben pagos del Gobierno, que excluye la atención médica sofisticada (*o de alta complejidad*) y mayores comodidades (*hotelería*⁹) de los servicios prestados y, en cambio, obliga a abonar aranceles más altos a los que desean obtener una atención más sofisticada y más suntuaria en los servicios privados. En este caso las inequidades en la utilización de los servicios serán aún evidentes, pero menores de lo que hubieran sido de otro modo. Éste es básicamente el modelo que funciona en países como Brasil, Gran Bretaña, Irlanda, Malasia, Sri Lanka y Suecia, en donde el sector privado funciona como una válvula limitada de seguridad. Por supuesto, hay otros desafíos que enfrenta el sistema financiado por impuestos, incluyendo el desafío de introducir una escisión entre compradores y proveedores, dando a los prestadores un apropiado grado de autonomía. Pero estos desafíos no son insuperables. Un sistema financiado por impuestos tiene tres grandes méritos: no deja a una parte importante de la población con una cobertura

inferior; evita muchas de las distorsiones del mercado de trabajo asociadas al financiamiento de la nómina salarial, mientras el sistema de la salud estratifica lentamente hacia abajo el largo camino a la cobertura universal, y recauda ingresos de una manera equitativa. Éstos son beneficios importantes, el primero especialmente para economías en vías de desarrollo y transicionales. Pero como muestran los progresos recientes en los países que adoptaron desde el comienzo la SeS, siguen siendo consideraciones importantes incluso en las etapas avanzadas del desarrollo económico.

Como afirma el autor, la SeS no es más que una manera de financiar la atención de la salud. Éstos se financian por medio de aportes del trabajador y contribuciones del empleador, deducidos de la nómina salarial (SeS), o a través de recursos aportados por el Tesoro estatal, provenientes de impuestos generales (SNS). Aunque el modelo de SeS se originó en la intención de cubrir a los trabajadores en relación de dependencia, y el modelo de SNS nació con vocación de cobertura universal, actualmente ambos modelos tienden hacia formas mixtas equivalentes. Ambas alternativas van paulatinamente adquiriendo rasgos comunes: a) procuran la cobertura universal e integral de todos los habitantes; b) descentralizan el riesgo financiero hacia entidades o ámbitos más circunscriptos que el nivel nacional; c) establecen limitaciones en la cobertura o paquetes básicos de beneficios; d) prevén distintas formas de participación de los usuarios en el gasto; e) funcionan con un desdoblamiento de los actores, como compradores y prestadores de servicios, y f) admiten fuentes mixtas de financiamiento. En las economías en desarrollo o transicionales, donde la cantidad relativa de trabajadores informales suele ser alta, para que los sistemas sean viables se requiere invariablemente la participación del Estado, con fondos originados en impuestos generales.

El modelo elegido por cada país depende de aspectos históricos, políticos, económicos y culturales, pero en general las reformas actuales se llevan a cabo dentro del modelo que originó el sistema. Es difícil establecer un patrón que permita definir por qué causas los países adoptaron uno u otro modelo de sistema de salud. Las búsquedas de relaciones de causalidad con la ideología política predominante, han sido desmentidas por los hechos. Los sistemas de protección social más equitativos, se pueden encontrar actualmente en monarquías constitucionales, como el Reino Unido, Japón o los países escan-

⁹ Aclaraciones del traductor.



dinavos (excepto Finlandia). En la Unión Soviética ya existían seguros médicos privados, al menos una década antes de la caída del Muro de Berlín. Pese al formidable crecimiento sostenido de China en las últimas décadas -transitando hacia la economía de mercado en un marco de dictadura política- el sistema de protección social quedó desmantelado y, actualmente, los trabajadores rurales no cuentan con cobertura pública integral.

Aunque se requeriría una exploración extensa para demostrarla, arriesgo una hipótesis de causalidad que al menos aportaría uno de los ingredientes, en los que se asentaron las bases de los sistemas actuales: los SNS surgieron en países en los que predominaban organizaciones benéficas

para brindar atención médica a los pobres; los modelos de SeS nacieron en países donde prevalecían organizaciones mutuales voluntarias. Es una hipótesis complementaria que no pretende sustituir otros factores causales, pero al menos sería válida para el SNS del Reino Unido -en el primer caso- y la SeS de Alemania, en la segunda alternativa. También sería aplicable en la Argentina: el subsistema público se construyó sobre la base de la nacionalización en 1944 de las sociedades de beneficencia, que administraban los hospitales públicos; por otra parte, el subsistema de Obras Sociales -nuestro particular modelo fragmentado de SeS- surgió de la transformación de las primitivas mutuales voluntarias de trabajadores inmigrantes.

Reconocimientos

Sin la intención de incriminarlos de ninguna manera, desearía agradecer a Jan Bultman, Pablo Gottret, Matthew Jowett y Magnus Lindelow, por sus apropiados comentarios sobre una versión anterior de este trabajo. Los resultados, las interpretaciones y las conclusiones expresadas son enteramente responsabilidad del autor, y no representan necesariamente la visión del Banco Mundial, de sus directores ejecutivos, o de los países que representan.

Referencias bibliográficas

- Ahmad E.: *Taxation reforms and sequencing of intergovernmental reforms in China; preconditions for a xiaokang society*. Washington D.C., World Bank, mimeo, 2006.
- Anderson G. F.: *Universal health care coverage in Korea*. Health Aff (Millwood), 1989, 8 (2): 24-34.
- Baeza C., Packard T.: *Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America*. Washington D.C., World Bank, 2006.
- Bauer T., Riphahn R. T.: Employment Effects of Payroll Taxes; An Empirical Test for Germany. *Applied Economics*, 2002, 34 (7): 865-76.
- Belev B. (editor): *The Informal Economy in the EU Accession Countries: Size, Scope, Trends and Challenges o the Process of EU Enlargement*. Sofia, Center for the Study of Democracy, 2003.
- Bhushan I., Keller S. - Schwartz B.: Achieving the twin objectives of efficiency and equity: Contracting health services in Cambodia. *Manila, Asian Development Bank, ERD Policy Brief, Series N° 6*, 2002.
- Carrin G., James C.: *Reaching universal coverage via social health insurance*. Geneva, WHO, Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation Discussion Paper N° 2, 2004.
- Castro Leal F., Dayton J., Demery L., Mehra K.: Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (1): 66-74.
- Chen J.: A Ten-year review and prospects of Chinese medical insurance system. *China Medical Insurance Research* (3), 2004: 6-8.
- Datta S.: *Is Germany gearing up for health care reform?* Frost & Sullivan, 2006.
- Der Spiegel: *A Sickly Compromise for German Healthcare Reform*. Spiegel on line, 2006.
- Docteur E., Oxley H.: *Health care systems: lessons from the reform experience*. Paris, OECD, OECD Health Working Papers, 9, 2003.
- Escobar M., Panopolou L. & P.: *Health Colombia: the economic foundation of peace*. Giugale M., Lafourcade O. and Luff C. Washington D.C., World Bank, 2003: 653-707.
- Fiedler J. L.: The privatization of health care in three Latin American social security systems. *Health Policy Plan*, 1996, 11 (4): 406-17.
- Gaviria, A., Medina C., Mejía C.: *Evaluating The Impact Of Health Care Reform In Colombia: From Theory To Practice*. Bogotá, Universidad de Los Andes-CEDE, Documentos CEDE 002682, 2006.
- Gottret P. E., Schieber G.: *Health financing revisited; a practitioner's guide*. Washington D.C., World Bank, 2006.
- International Network on Health Policy & Reform: *Health Policy Monitor*, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2006.
- Jonsson B., Musgrove P.: Government financing of health care. *Innovations in health care financing; proceedings of a World Bank Conference*, March 10-11, 1997. Schieber G., Washington D.C., World Bank: VII, 255.
- Jowett M.: *Group enrolment into SHI in the Philippines; the conceptual framework*. Presentation at Conference on Extending Social Health Insurance to Informal Economy Workers, Manila, Philippines, 18th-20th October 2006.
- Jowett M., Contoyannis P., Vinh N. D.: The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam. *Soc. Sci. Med.*, 56 (2), 2003: 333-342.
- Kenkel D. S.: *Prevention. Handbook of health economics*. Culyer A. J. - Newhouse J. P., Amsterdam, New York, Elsevier, 2000: 2 v.
- Kugler A., Kugler M.: The Labour Market Effects of Payroll Taxes in a Middle-Income Country: Evidence from Colombia. *CEPR Discussion Papers*, 2003: 40-46.
- Lewis M., Eskeland G., Traa-Valerezo X.: Primary health care in practice; is it effective? *Health Policy*, 2004, 70 (3): 303-325.
- Lu J. R., Hsiao W. C.: Does Universal Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health Affairs*, 2003, 22 (3): 77-88.
- Micheli A., Coebergh J. W., Mugno E., Massimiliani E., Sant M., Oberaigner W., Holub J., Storm H. H., Forman D.,

-
- Quinn M., Aareleid T., Sankila R., Hakulinen T., Faivre, Ziegler H., Tryggvadottir L., Zanetti R., M. Dalmás R., Visser O., Langmark F., Bielska-Lasota M., Wronkowski Z., Pinheiro P. S., Brewster D. H., Plesko I., Pompe-Kirn V., Martínez-García C., Barlow L., Moller T., Lutz J. M., Andre M., Steward J. A.: European health systems and cancer care. *Ann. Oncol.*, 2003, 14-Suppl. 5: 41-60.
- Nguyen T. K. P.: *Extending Social Health Insurance to Informal Economy Workers; The Case of Vietnam*. Presentation at Conference on Extending Social Health Insurance to Informal Economy Workers, Manila, Philippines, 18th-20th October 2006.
- Nickell S.: Unemployment and Labor Market Rigidities; Europe versus North America. *Journal of Economic Perspectives*, 1997, 11 (3): 55-74.
- Nickell S.: Employment and Taxes. Centre for Economic Performance, LSE, *CEP Discussion Papers*, 2004.
- Nickell S., Nunziata L., Ochel W.: Unemployment in the OECD since the 1960's; What Do We Know? *Economic Journal*, 2005, 115 (500): 1-27.
- Nonneman W., van Doorslaer E.: The role of the sickness funds in the Belgian health care market. *Soc. Sci. Med.*, 1994, 39 (10): 1483-1495.
- Obermann K., Jowett M. R., Alcantara M. O., Banzon E. P., Bodart C.: Social health insurance in a developing country; the case of the Philippines. *Soc. Sci. Med.*, 2006, 62 (12): 3177-3185.
- O'Donnell, O., Van Doorslaer E., Rannan-Eliya R., Somanathan A., Adhikari S. R., Akkazieva B., Harbianto D., Garg C. G., Hanvoravongchai P., Herrin A. N., Huq M. N., Ibragimova S., Karan A., Kwon S. M., Leung G. M., Lu J. F. R., Ohkusa Y., Pande B. R., Racelis R., Tin K., Trisnantoro L., Vasavid C., Wan Q., Yang B. M., Zhao Y.: *Who pays for health care in Asia?* EQUITAP Working Paper N° 1, Erasmus University, Rotterdam and IPS, Colombo, 2005.
- OECD: *The OECD Jobs Strategy Implementing the OECD Jobs Strategy; Assessing Performance and Policy*. Paris, OECD, 1999.
- Reinikka R., Svensson J.: *Working for God? Evaluating Service Delivery of Religious Not-for-Profit Health Care Providers in Uganda*. Washington D.C., World Bank, Policy Research Working Paper Series N° 3058, 2003.
- Schmidt U. *Health policy and health economics in Germany*. Washington D.C., Friedrich Ebert Foundation, Speech, 2006.
- Scott J.: Seguro Popular Incidence Analysis. *Decentralized Service Delivery for the Poor*, Vol. II. World Bank. Washington D.C., 2006.
- Summers L. H.: Some Simple Economics of Mandated Benefits. *American Economic Review*, 1989, 79 (2): 177-183.
- Tono T.: *Director Health Care Reform Ministry of Social Protection*. Colombia, 2006.
- Van Doorslaer E., Wagstaff A., van der Berg H., Christiansen T., Citoni G., Di Biase R., Gertham U., Gerfin M., Gross L., Häkkinen U., John J.: The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 1999, 18 (3): 291-314.
- Wagstaff A.: Health Systems in East Asia: What Can Developing Countries Learn From Japan and the Asian Tigers? *Health Economics*, 2006 (in press).
- Wagstaff A.: *Health Insurance for the Underprivileged; Initial Impacts of Vietnam's Health Care Fund for the Poor*. Washington D.C., World Bank, mimeo 26, 2007.
- Wagstaff A., Claeson M.: *The Millennium Development Goals for Health, Rising to the Challenges*. Washington D.C., World Bank, 2004.
- Wagstaff A., Lindelow M., Gao J., Xu L., Qian J.: *Extending Health Insurance to the Informal Sector; An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme*. Washington D.C., World Bank, mimeo, 2007.
- Wagstaff A., van Doorslaer E., Calonge S., Christiansen T., Gerfin M., Gottschalk P., Janssen R., Lachaud C., Leu R. E., Nolan B. et al.: Equity in the finance of health care; some international comparisons. *J. Health Econ.*, 1992, 11 (4): 361-387.

-
- Wagstaff A., van Doorslaer E., van der Burg H., Calonge S., Chris-tiansen T., Citoni G., Gerdtham U. G., Gerfin M., Gross L., Hakinnen U., Johnson P., John J., Klavus J., Lachaud C., Lauritsen J., Leu R., Nolan B., Peran E., Pereira J., Propper C., Puffer F., Rochaix L., Rodriguez M., Schellhorn M., Winkelhake O. et al.: Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J. Health Econ.*, 1999, 18 (3): 263-290.
 - World Bank, Argentina: *Facing the Challenge of Health Insurance Reform*. Washington D.C., World Bank, Report N° 16402-AR, 1997.
 - World Bank: *Paying Taxes; The Global Picture*. Washington DC, World Bank, 2006.
 - Wu R.: Try to perfect the system. *China Medical Insurance Research*, 2004, 1, 2: 16-19.
 - Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C. J.: Household catastrophic health expenditure; a multicountry analysis. *The Lancet*, 2003, 362 (9378): 111-117.

Referencias bibliográficas de los comentarios

- Arce H.: *El territorio de las decisiones sanitarias*. Ed. H. Macchi, Buenos Aires, 1993: 281-332.
- Arce H.: Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en la Argentina. Ed. CEPAL/GTZ, Serie Financiamiento del Desarrollo, N° 59, Santiago de Chile, 1997 y en, Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. I: 190-256.
- Bronstein S.: *La Seguridad Social; su evolución, sus problemas, sus tendencias*. Citado en AMR, 1980.
- Castro B., Casal A., de Lellis M.: *Medicina Prepaga: Políticas pública y derecho a la salud*. Ed. Proa XXI, Buenos Aires, 2007: 268-313.
- De Soto H.: *El misterio del capital. Por qué el capitalismo triunfa en Occidente y fracasa en el resto del mundo*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 2002.
- Fitoussi J., Rosanvallon P.: *La Nueva Era de las Desigualdades*. Ed. Manantial, Buenos Aires, 1997. Comentario bibliográfico de Arce H. en: *Medicina y Sociedad*, Vol. 21, N° 3, Buenos Aires, 1998: 164-165.
- Flood C.: Política del Gasto Social. La experiencia argentina. Ed. La Colmena, Buenos Aires, 2006.
- Freeman R.: Competition in context; the politics of health care reforms in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, N° 5, 1999: 395-401.
- Glennerster H.: Competition and quality in health care; the UK experience. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford University Press, Vol. 10, N° 5, 1998, 403-410. También en *Revista del ITAES*, Vol. 5, N° 4: 19-28, Buenos Aires, 2000.
- Londoño J., Frenk J.: Pluralismo Estructurado. Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. J. Frenk (editor). Fundación Mexicana para la Salud, México D.F., 1997, 307-346. También en *Revista del ITAES*, Vol. 4, N° 2: 10-24, N° 3: 6-15, Buenos Aires, 1999.
- Restrepo Trujillo M.: La reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia y la Teoría de la Competencia Regulada. Ed. CEPAL/ GTZ, Serie Financiamiento del Desarrollo, N° 59, Santiago de Chile, 1997 y en, Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. II: 659-726.
- Roemer M.: *Perspectiva mundial de los Sistemas de Salud*. Ed. Siglo XXI, México D.F., 1980.
- Terris M.: *Los tres sistemas mundiales de atención médica. Tendencia y perspectivas*. Reunión Anual de Salud Pública, Washington D.C., 2 de noviembre de 1977.
- Terris M.: Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica. *Foro Mundial de la Salud*, Tomo 1, N° 1-2, 1980, 93-103.
- Tobar F.: El concepto de salud atrasa en Estados Unidos. *Clarín*, 15-marzo-2007: 29.