

Seguro Social de Salud versus Sistema de Salud financiado con impuestos – la evidencia de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo

Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD

Adam Wagstaff

Development Research Group, The World Bank, Washington DC, USA, 2008

Hemos elegido presentar una reseña de esta monografía porque el autor, bastante conocido por sus aportes a la medición de las desigualdades en salud, plantea en ella preguntas importantes acerca de las influencias de los dos principales modos de intermediación financiera sobre los costos y efectos del sistema de atención de salud y sobre el empleo. Las conclusiones a las cuales llega él aportan argumentos a la marea de opinión reciente que redescubre las ventajas del Estado y están, por lo tanto, en oposición a las tesis sustentadas al respecto por los organismos internacionales en las décadas del 70, 80 y 90, tesis que han condicionado en gran medida las políticas de salud vigentes en Chile.

Los países estudiados y la evolución de sus mecanismos de intermediación financiera.

El autor utiliza los datos sobre los mecanismos de financiamiento vigentes en los 29 países de la OCED (excluyendo a los EE UU), para el período 1960-2006. Clasifica a estos países en cuatro grupos. El primero comprende a los que han mantenido un Seguro Social de Salud en todo el período, a saber: Alemania, Austria, Bélgica, Corea, Francia, Holanda, Japón, Luxemburgo, México, Suiza y Turquía. El grupo dos ha retenido el financiamiento por impuestos e incluye a Australia, Canadá, Finlandia, Irlanda, Nueva Zelanda y el Reino Unido. El grupo tres incluye a los que usaban el Seguro y luego cambiaron a un sistema de salud universal financiado por impuestos: Dinamarca,

España, Grecia, Islandia, Italia, Noruega, Portugal, y Suecia. El grupo cuatro tuvo un Seguro hasta fines de los años 40, cuando cambió a un sistema financiado por impuestos, y luego lo revirtió al Seguro en los años 90: Hungría, Polonia, República Checa y República Eslovaca.

Diferencias entre sistemas de Atención de Salud, que están asociadas a la intermediación por Seguros

Es interesante la lista de siete características que, según Wagstaff, distinguen –de un modo general– a los sistemas con Seguro de los sistemas con financiamiento por impuestos:

- 1) los Seguros tienen con frecuencia vacíos de cobertura y
- 2) disparidades en los **beneficios y**
- 3) diferencias en los gastos por afiliado;
- 4) los Seguros tienen rara vez una puerta de entrada hacia los proveedores de segundo nivel;
- 5) en consecuencia, dan menor énfasis a la atención primaria;
- 6) en general, los Seguros no administran directamente una red de proveedores, sino que contratan a proveedores, públicos o privados; y
- 7) su modo de pago más común es por acto (aunque esto está cambiando).

Preguntas

Los objetivos de la monografía son: averiguar

- 1) si el sistema de intermediación financiera influye en el gasto per capita;
- 2) si influye en los resultados del sistema en cuanto a mortalidad evitable;
- 3) si influye en el nivel de empleo del país, y
- 4) si influye en la proporción de trabajadores del sector formal dentro del empleo total.

Método

El autor utiliza como modelo básico una fórmula en que la variable dependiente (gasto, mortalidad, empleo) es función de la suma de tres elementos: la proporción de años-país con Seguro; las variables que pueden influir a la vez en el resultado y en que haya seguro (a la postre se reducen a una: el PIB); y una medida de error.

Las causas evitables de muerte que toma en cuenta como posiblemente influidas por el mecanismo de financiamiento son nueve y se expresan en AVPP (años de vida potencial perdida).

Resultados

Las respuestas que entrega el análisis de los datos son muy claras en dos aspectos:

- 1) tener un sistema de Seguro eleva el gasto total per capita en salud en 3 a 4%;
- 2) la participación del sector formal en el empleo se reduce en 8 a 10%.

Con respecto al efecto en salud, no se encontró evidencia de que tener un sistema de Seguro, pese al mayor gasto, se asocie a menor mortalidad evitable. Al contrario, los datos sugieren que los sistemas con Seguro presentan mayor mortalidad prematura por al menos una causa: cáncer mamario.

En cuanto al empleo total, los resultados sugieren una asociación negativa con la utilización del Seguro de salud.

Seguros y Salud Pública

En la Discusión, el autor sostiene que la comprobación de resultados deficientes en salud – al menos en el caso del cáncer mamario – son plausibles, si se considera que “los países con Seguro tienen actividades de

salud pública menos integrales que los países con financiamiento por impuestos” (Allin et al. 2004, Making decisions in public health- a review of eight countries, Copenhagen, WHO), lo cual se debe a que “se centran en sus afiliados individuales más que en la población total” (Allin et al., op.cit.). Esto es consistente, dice Wagstaff, con el hallazgo por [Arbeláez M P et al., Tuberculosis control and managed competition in Colombia, The Int J of Hlth Planning and Management 2004;19(S1): S25-S43] de que la introducción de la competencia administrada en el Seguro colombiano llevó a la fragmentación de responsabilidades y a la discontinuidad en la prevención y tratamiento de la tuberculosis.

COMENTARIO

En una visión desde Chile, es interesante la explicitación que hace A. Wagstaff acerca de la determinación del mecanismo de intermediación – fisco o seguro – por países dominantes. Así, antes de la Segunda Guerra Mundial, Alemania y Japón impusieron el seguro en los países que ocuparon, tales como Austria, Bélgica, Dinamarca, Noruega o Corea; el Reino Unido adoptó el mecanismo fiscal y le siguieron los países de la Comunidad Británica, como Australia, Nueva Zelanda, Irlanda y Canadá; después de la Segunda Guerra, la Unión Soviética hizo que los países de su órbita cambiaran desde el seguro al financiamiento fiscal y a la caída del muro de Berlín estos regresaron al mecanismo de seguro.

El caso de Chile es análogo, en cuanto el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo apoyaron fuertemente el cambio desde el régimen predominantemente fiscal propio del Servicio Nacional de Salud (1952-1979) a una situación en que surgieron seguros comerciales (Isapre) y el intermediario financiero estatal pasó gradualmente a comportarse como un seguro público con aporte fiscal (Fonasa) (ver, p. ej.: “Proyecto Minsal Banco Mundial”, Santiago, 1999).

Adam Wagstaff se pregunta, hacia el fin de esta monografía: “¿es posible que un mecanismo fiscal con una red de proveedores administrada directamente pase a un modelo de contrato comprador-proveedor sin arriesgar la coherencia y la integración de sus programas de salud pública?”. Una interpretación razonable sugiere que una cierta desconfianza en los proveedores puede inducir la búsqueda de un mayor

control mediante la adopción de un mecanismo de seguro con compraventa de servicios. Ahora bien, el trabajo reseñado proporciona evidencia empírica de que, en general, ese mayor control no mejora la efectividad del sistema y, en cambio, tiene un costo.

El autor encontró una relación adversa significativa del mecanismo de seguro solamente en el caso de la mortalidad prematura evitable por cáncer mamario; pero hay que notar que no consideró el cáncer pulmonar, ni las causas externas, ni la cirrosis hepática ni las enfermedades transmisibles (salvo influenza y neumonía), todas causas de muerte importantes en la mayoría de los países de la OCED que cuentan con un mecanismo de seguro de salud. De haberlo hecho, es probable que hubiera podido demostrar con más fuerza una asociación perjudicial entre seguro y estado de salud. La explicación de esta relación podría residir en las cinco primeras de entre las características que, según Wagstaff, distinguen a los sistemas de atención cuyo financiamiento es intermediado por seguros.

Cuando en Chile se consagró la adopción de un seguro público de salud, al lado de los seguros comerciales, no se examinó la evidencia relativa a las consecuencias negativas que dicho cambio podía traer consigo. Sin embargo, el riesgo había sido advertido en el propio país, sobre la base de la experiencia internacional ya publicada (ver: Colegio Médico de Chile, "Nuestra

visión", Santiago, 1997). Por ejemplo, se dijo: "diferentes autores han hecho notar las limitaciones que tienen los seguros de salud, aunque sean públicos y obligatorios, en comparación con los Sistemas o Servicios Nacionales de Salud..... aseguran contra el riesgo económico de enfermar, más que contra la enfermedad misma y por lo tanto enfatizan lo curativo; otorgan beneficios limitados (planes o paquetes); sus costos administrativos son altos.....las cotizaciones (al seguro social obligatorio) pueden constituir una fuente preponderante para el gasto en salud y en tales casos existe el temor de que – al encarecer el costo de la mano de obra – se dañe la posición de tales países y empresas en el mercado" (Montoya-Aguilar C, La víspera del año 2000: los Sistemas de Atención a la Salud. Conceptos y ejemplos, Cuad Med Soc 1998; 39 (1): 5-23). Wagstaff - y otros – siguen comprobando estas verdades.

Este autor termina el texto ofreciendo sus conclusiones "al mundo en desarrollo", para el cual "estudios gruesos como éste seguirán siendo útiles para decidir si, a la postre, los seguros o los regímenes fiscales gastan más, logran mejor salud y conducen a mejores resultados en el mercado laboral.". Sobre todo, deberían ser un estímulo para la evaluación de este aspecto en los propios Sistemas de Atención de la Salud.

Dr. Carlos Montoya-Aguilar