



Munich Personal RePEc Archive

Crisis and health funding. The Great Recession in South American Countries

Cid, Camilo and Matus López, Mauricio

Universidad Pablo de Olavide

2013

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/105442/>
MPRA Paper No. 105442, posted 21 Jan 2021 16:48 UTC

Crisis and health funding. The Great Recession in South American Countries

Crisis y financiamiento de la salud. La Gran Recesión en los países sudamericanos

Camilo Cid Pedraza

Dpto. de Salud Pública. Facultad de Medicina

P. Universidad Católica de Chile

E-mail: ccid@med.puc.cl.

Mauricio Matus López

Dpto. de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica

Universidad Pablo de Olavide

Email: mmatlop@upo.es

Abstract

Most of the contractions in economic activity during crises have had a negative impact on social spending and therefore on health spending. The Great Recession (2007-2013) has been no exception for rich countries and in the case of Latin America, the economic slowdown has had other dimensions and particularities. This document discusses the evidence for seven South American countries: Argentina, Brazil, Uruguay, Paraguay, Venezuela, Chile and Colombia in terms of public health spending and out-of-pocket health spending. The results show a fiscal expansion associated with maintaining positive product rates, although not always accompanied by a proportional expansion of public health spending and in all cases a steady increase in out-of-pocket spending.

Resumen

La mayor parte de las contracciones de la actividad económica producidas durante las crisis han repercutido negativamente en el gasto social y por ende en el gasto en salud. La Gran Recesión no ha sido la excepción para los países ricos y en el caso de América Latina, la desaceleración económica ha tenido otras dimensiones y particularidades. En el presente documento se analiza la evidencia para siete países sudamericanos: Argentina, Brasil, Uruguay, Paraguay, Venezuela, Chile y Colombia en términos de gasto público en salud y gasto de bolsillo en salud. Los resultados muestran una expansión fiscal asociada al mantenimiento de tasas de producto positivas, aunque no siempre acompañadas de una expansión proporcional del gasto público en salud y en la totalidad de los casos un constante aumento del gasto de bolsillo.

Clasificación JEL: I15, I18, H12,

1. Introducción

Las relaciones entre salud y crisis económicas no son lineales ni carecen de controversia. Por lo tanto, configurar un marco teórico en este sentido es cuando menos complejo. La revisión de la literatura permite identificar dos ejes de análisis, con resultados diversos y muchas veces opuestos.

Un eje de análisis vincula directamente las crisis con los estados de salud y la principal hipótesis al respecto es la defendida por los primeros trabajos de Brenner (1975, 1979) que plantea una relación pro cíclica entre salud y crecimiento económico. La contrastación se ha realizado fundamentalmente a través de las tasas de mortalidad, que se comportan de manera inversa, vale decir, contra cíclica. En esta línea se encuentran los trabajos de Stuckler et al. (2008, 2009) para 26 países de la Unión Europea entre 1970 y 2007 y el de Karanikolos et al. (2013) para los países europeos en la actual crisis. Sin embargo, existe evidencia opuesta en las investigaciones de Ruhm (2000, 2003) y Miller et al. (2009) para Estados Unidos. Estos autores defienden una relación positiva entre mortalidad (exceptuando suicidios) y crisis económicas. La causa vendría dada por dietas más sanas, reducción del tabaquismo y mayor actividad física derivada del desempleo.

El otro eje de análisis estudia el impacto de las crisis económicas en los sistemas de salud y más concretamente en su financiamiento. Dos líneas se derivan de este eje. Una que se centra en los efectos de la contracción de la actividad y otra que se centra en las políticas económicas de respuesta a las crisis.

El efecto más directo de una caída en el producto es el incremento del desempleo y con ello la reducción de los ingresos de las familias, por la vía salarial. Esto repercute de manera directa en el financiamiento por la vía de la recaudación de cotizaciones (Cid 2009). Asimismo, desde el punto de vista teórico, la caída de la masa salarial reduce la capacidad de consumo de las familias y con ello, el gasto de bolsillo en salud. Al respecto, la bibliografía contrastada parece confirmar una elevada elasticidad ingreso de esta variable, particularmente en el caso latinoamericano (Musgrove 1983, Parker y Wong 1997) lo que ha llevado a elevados incrementos en los periodos y economías en auge (Cid y Prieto 2012).

En la segunda línea, las políticas económicas y particularmente las fiscales de respuesta a las crisis pueden adoptar criterios de austeridad, que favorezcan la reducción del gasto público, o criterios keynesianos, de expansión del mismo. Cuando la opción elegida se vincula a la consolidación fiscal, casi inexorablemente el presupuesto salud es uno de los más afectados (Kondilis et al. 2013). Pero incluso cuando las políticas son de tipo keynesianas, este puede verse reducido en términos absolutos o relativos en función de los énfasis sectoriales de la expansión fiscal, que suele priorizar obras públicas sobre gasto social. Lo cierto es que los resultados de las crisis suelen ser negativos para el sector. Cylus et al. (2012) muestra que para 24 países europeos las crisis ocurridas entre 1960 y 2010 resultaron mayoritariamente en desproporcionados recortes del financiamiento público de la salud así como un aumento del gasto de

bolsillo. En la misma línea Portela y Thomas (2013) demuestra una caída del gasto en salud con respecto al producto durante las crisis de 2000 a 2009 en 27 países de la Unión Europea.

Según el Banco Mundial la crisis que comenzó en 2008 y que provocó que por primera vez en 60 años el PIB mundial fuera negativo, llevó a cerca de 35 millones de personas de vuelta a la pobreza en Europa y Asia Central. Aunque los resultados pierden vertiginosidad en el caso de América Latina, los efectos de desaceleración en la reducción de la pobreza son una preocupación y la perseverancia de la desigualdad la sitúa a esta como el principal problema de la región (CEPAL, 2013).

El presente trabajo se enmarca en el segundo eje de análisis abordando ambas líneas de trabajo; el financiamiento público del sistema de salud y la evolución del gasto de bolsillo. El objetivo de la investigación es describir la evolución de estos dos indicadores para un conjunto de países sudamericanos en lo que va de la actual crisis económica global.

Para ello el artículo se divide en tres partes. En la primera de ellas se revisa de forma general las características de la actual crisis y de forma particular, la evolución de los principales indicadores macroeconómicos de los países seleccionados. En la segunda parte se realiza una breve descripción de los sistemas de salud de las economías analizadas, destacando sus peculiaridades de cara a comprender sus estructuras de financiamiento. En la tercera y cuarta parte se aborda de lleno el financiamiento en salud. Primero analizando la evolución del gasto público total y del de salud y luego el gasto de bolsillo de los hogares destinado a salud. En ambos casos se analizan en sus componentes agregados como per cápita y en una perspectiva comparada del periodo precrisis 2004-2007 con el periodo de crisis 2008-2011. Por último, se presentan las conclusiones preliminares de esta investigación y algunas implicaciones de política.

2. La Gran Recesión. Impacto económico en los países sudamericanos

La Gran Recesión

La crisis mundial ha golpeado a los países ricos. En los últimos cuatro años (2008-2012) las economías más avanzadas del planeta apenas crecieron un 0,5% real anual promedio y el G7 apenas un 0,3%. Estados Unidos, una de las que mostró mejores resultados, lo hizo un 0,8%, mientras que la Zona Euro retrocedió a una velocidad de 0,2% anual. Por el contrario, los mercados emergentes y las economías en desarrollo crecieron un 5,6% promedio anual; liderado por los países asiáticos con 7,9% y con un crecimiento medio del 3,3 para América Latina y el Caribe (FMI 2013).

Pocas veces en la historia se ha producido un comportamiento similar. Lo que a comienzos de la década pasada se conoció como una hipótesis de desacoplamiento de las economías periféricas hoy parece una realidad. El motor asiático, encabezado por China ha supuesto un nuevo actor en las relaciones económicas internacionales de los

principales productores de materias primas que ha venido a subsanar la caída del consumo y actividad de los países ricos.

No obstante, los impactos de la crisis en las economías latinoamericanas no han sido espurios y sí es posible encontrar efectos relativos en términos del contexto regional. Cabe recordar que no son pocos los autores que además de reconocer los problemas de desregulación financiera en el origen de la crisis (Torres 2010, Orio et al. 2012), llaman la atención acerca de la desigualdad como causa estructural de la ya conocida como Gran Recesión (Stiglitz 2012, Lansley 2012), así como las inaptitudes de las políticas de los países en el manejo y control de los excedentes de capital previos al crack (Jagannathan et al. 2013) y en la inducción a activos inmobiliarios (Horwitz 2012).

América Latina es paradigma de la desigualdad y la afluencia de flujos internacionales recientes (producto de la búsqueda de mercados refugio) pone en tensión el crecimiento de estos países. Por lo tanto, las causas que están afectando a las economías ricas tienen un componente de potencial riesgo para las economías latinoamericanas. Ante esto, resulta sugerente evaluar la evolución del gasto público en salud en un periodo de anómalo crecimiento regional (en perspectiva centro-periferia histórica), así como el impacto en los gastos de bolsillo, en tanto parte del gasto en consumo privado y fruto de decisiones de los hogares.

América Latina ante la crisis

El grupo de países estudiados es bastante heterogéneo de tamaño. Por un lado, se encuentra Brasil como la principal economía regional con un PIB mayor que los otros seis países juntos. En el otro extremo, Uruguay y Paraguay son economías significativamente más pequeñas que el resto, dejando en un rango medio los restantes cuatro países: Argentina, Colombia, Venezuela y Chile. El orden cambia cuando se analiza el PIB per cápita, que sitúa a Chile y Argentina en los primeros lugares con más de U\$ 18.000 PPP, en término medio le sigue Uruguay y más atrás Venezuela, Brasil y Colombia que rondan los U\$ 11 a 13 mil PPP, estos dos últimos con elevadas tasas de pobreza. Cierra el grupo con el PIB per cápita más bajo de todos, Paraguay con U\$ 6.000 PPP. En cuanto a desigualdad, la mayoría de los países seleccionados presentan índices de Gini superiores a 0,52, con la excepción de Argentina y Uruguay, que bordean los 0,45 (Tabla 1).

Los resultados macroeconómicos el periodo son claramente positivos, más aún en el contraste con las economías avanzadas. Incluso aquellos países de la muestra, que registraron los resultados más pobres, superaron en crecimiento a los países ricos. Pero esta evolución fue diversa.

Tabla 1. Principales indicadores macroeconómicos. 2008-2012.

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Paraguay	Uruguay	Venezuela	Economías Avanzadas
PIB 2012 (PPP \$MM)	743	2355	320	502	40	53	401	41.637
PIB real Var % anual 2008-12	5,5	3,2	3,9	4,0	3,7	5,6	2,1	0,5
PIB per cápita 2012 (PPP \$)	18.112	11.875	18.419	10.792	6.136	15.911	13.616	40.390
PIB per cápita Var % anual 2008-12	6,0	3,5	5,0	4,7	2,5	7,1	1,2	1,6
Tasa de desempleo 2012	7,2	5,5	6,5	10,4	5,8	6,1	7,8	8,0
Tasa de desempleo Var 2008-12	-0,7	-2,4	-1,3	-0,9	0,1	-1,5	0,5	2,2
Inflación 2012 Var. anual	10,0	5,4	3,0	3,2	3,8	8,1	21,1	2,0
Inflación Var. media anual % 2008-12	9,0	5,5	3,6	4,0	5,9	7,6	26,6	1,9
Pobreza 2010 (personas \$ 2 / día)	1,9	10,8*	2,7*	15,8*	13,2	1,2	-	-
GINI 2010	44,5	54,7*	52,1*	55,9	52,4	45,3	-	-

Fuente: Fondo Monetario Internacional (2013) y Banco Mundial (2013).

En efecto, es posible identificar una serie de países mucho más favorecidos en comparación al resto, como son Argentina y Uruguay. Estos registraron una tasa media anual de crecimiento del 5,5% y 5,6% respectivamente, que en un contexto de bajo aumento poblacional elevó la riqueza per cápita en 6,0% y 7,1% anual.

Luego se puede agrupar a Colombia y Chile con resultados similares y positivos, aunque algo menores que los anteriores. Las tasas de crecimiento de estos países bordearon el 4% promedio anual y su PIB per cápita el 5%. Un poco más atrás se sitúa Brasil, con indicadores medios de 3,2% y 3,5% respectivamente.

Por último, los países que muestran un menor desarrollo durante la crisis son Venezuela y Paraguay, aunque este último creció a una media del 3,7%, superando incluso a Brasil, pero que en términos per cápita sólo se situó en el 2,5%.

3. Sistemas de salud

Una breve descripción de los sistemas de salud de las economías analizadas, que destaque sus particularidades permitirá comprender mejor los resultados de financiamiento que se analizan a continuación.

Argentina es una república federal presidencialista con un territorio organizado en 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y más de 2.200 municipios. En este contexto, el sistema de salud está basado en esta estructura federal, descentralizada en la provisión y la administración de los servicios de salud, donde las provincias cuentan con autonomía total al respecto. Existen básicamente tres subsectores de salud: i) el subsector público que financia y provee desde los Ministerios de salud provinciales y desde el de la Nación, (35% de la población) ii) la seguridad social que financia servicios prestados por instituciones privadas y médicos contratados

por 298 Obras Sociales nacionales, 24 provinciales (46% de la población está en este sector) y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (9%) y iii) la medicina prepaga que la componen entre 200 a 250 compañías (8% de la población). (UNASUR, 2012)

Brasil también es una república federal, con régimen presidencialista que se compone de 26 estados más un distrito federal (Brasilia) y 5.564 municipalidades. El Sistema Único de Salud (SUS) funciona con acceso universal, financiamiento fiscal (impuestos generales) y contribuciones, con tres niveles de gestión: i) la Unión con el Ministerio, ii) los 26 estados y iii) los municipios con las correspondientes secretarías de salud y consejos de salud. La concertación de estos tres entes federados ocurre en la comisión intergestores tripartita a nivel nacional y en comisiones intergestoras bipartitas en los estados. El SUS cuenta con servicios propios y contrata parte de los servicios a privados. El sector privado está constituido por operadoras de planes y seguros privados de salud prepagos que cubre a 25% de la población y por servicios privados a los que acceden por pagos directos de bolsillo. (UNASUR, 2012)

Paraguay se define como un Estado unitario y descentralizado que consta de un territorio dividido en 17 departamentos y un distrito federal que es Asunción. El sistema de salud se organiza a través del sector público que cubre al 76% que es la población no asegurada en la seguridad social (16,4%) o en sector privado (7% o militar o laboral) sector privado y sector mixto. En Paraguay, existen 3 subsectores que conforman el sistema de salud, los cuales tienen fuentes y mecanismos de financiamiento diferentes. El subsector público, se financia vía el Presupuesto General de la Nación con recursos provenientes de tres fuentes, (a) recursos del tesoro público procedente de ingresos fiscales/impuestos, (b) créditos externos, y (c) los recursos institucionales procedentes del cobro de ciertos aranceles, las donaciones y otros recursos.

Uruguay es un estado unitario presidencialista con un territorio dividido en 19 departamentos. El sistema de salud está formado por un sector público y uno privado: el principal prestador público es la Administradora de servicios de salud del estado (ASSE), el sector privado está conformado por las Instituciones de Asistencia Médica colectiva (IAMC), instituciones sin fines de lucro. En conjunto cubren el 96% de la población. Por su parte el FONASA se financia con aportes del estado, hogares y empresas que a su vez redistribuye capitadamente recursos para financiar un plan universal de salud (Plan Integral de Atención de Salud, PIAS) que deben entregar todas las organizaciones participantes en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Los prestadores, públicos y privados, se desenvuelven bajo el mismo marco regulatorio, los públicos cubren al 83% de la población (con un 30%-34% en ASSE), 47% en IAMC y 1,3% en seguros privados (UNASUR 2012).

Venezuela se define como un estado federal que se organiza en 23 estados, un distrito capital (Caracas), dependencias federales (islas) y 335 municipios y 1.123 parroquias. El poder público se distribuye entre el Municipal, el Estadual y el poder Nacional. El sistema de salud se conforma por un sistema público y uno privado. El sistema público

nacional de salud se financia con recursos públicos provenientes de varios organismos de la seguridad social. El sistema privado de atención se financia con gasto de bolsillo o a través de empresas aseguradoras. El sistema público nacional de salud da cobertura universal pero un 17,5% de la población está cubierta por la seguridad social (IVSS) y 11,4% por seguros médicos privados. Es decir, prácticamente todo el resto de la población acude al sistema público.

El caso de Chile, un estado unitario con una administración organizada en 15 regiones, 54 Provincias y 346 comunas, cuenta con un sistema de seguridad social de salud segmentado que está conformado por un sector público y uno privado. Los trabajadores pagan una prima del 7% de sus salarios para cubrir el riesgo de enfermar suyo y de sus familias en FONASA o en una ISAPRE, sin embargo, en esta últimas la prima está asociada a riesgo lo que provoca los pagos de primas sean significativamente mayores y bordeen el 10% de la renta de los cotizantes. Los más pobres son subsidiados por el Estado a través de impuestos generales, en el FONASA y constituyen cerca del 35% de sus beneficiarios. FONASA financia un catálogo de salud cuyo acceso está sujeto a la capacidad de atención del sistema público y las ISAPRES cuentan con múltiples planes diferenciados en beneficios y copagos. La red pública de salud está organizada territorial y poblacionalmente en 29 servicios de salud y redes de APS, mientras que el sector privado se mueve en una lógica de mercado a través del uso de servicios ambulatorios y hospitalarios privados en particular en las principales ciudades de Chile. Las interacciones son menores y se producen principalmente a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE) del FONASA que permite acceso de sus beneficiarios a servicios privados con copagos.

Como república unitaria con autonomía de sus entidades territoriales Colombia está compuesta por 32 departamentos, un Distrito Capital (Bogotá), cuatro distritos especiales y 1.102 municipios. El sistema de salud colombiano denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) consiste en un seguro de salud obligatorio financiado a través de una combinación de impuestos generales y nómina de los sueldos que incluye dos regímenes: el régimen contributivo destinado a trabajadores formales e independientes que cotizan el 12,5% de sus ingresos laborales y el régimen subsidiado compuesto por la población más pobre donde el estado provee el financiamiento. Estos fondos son manejados por las Empresas Promotoras de Salud, privadas o públicas, que a su vez traspasan al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que busca generar subsidios cruzados entre distintos grupos de la población, para luego devolver una prima ajustada. Con ella, estos seguros de salud compran servicios de un Plan Obligatorio de Salud a ser cubierto como mínimo, a las Instituciones Prestadoras de Salud que generalmente se organizan en redes.

Se observa que los países tienen sistemas de salud distintos y con distintos niveles de madurez. De esta manera, los sistemas van desde un sistema nacional de salud maduro, como el Sistema Único de Salud brasileiro, a un sistema segmentado y menos organizado como el de Paraguay. Esto se asocia también a que son países que están en grupos distintos de niveles de desarrollo dentro de las clasificaciones usualmente

utilizadas en América Latina. En efecto, en Mesa-Lago (2009), Uruguay, Argentina, Brasil y Chile fueron clasificados en un Grupo 1 de países avanzados en seguridad social en el contexto latinoamericano, dada sus coberturas en los sistemas de seguridad social (pensiones y salud), Colombia y Venezuela fueron clasificado en el Grupo 2 y Paraguay en el tercero y menos desarrollado de los grupos. También la clasificación de ingresos del Banco Mundial y la OECD hace diferencias en este sentido, situando a 6 de los países dentro de los países de ingresos medios-altos y a Paraguay entre los países de ingresos medios-bajos.

4. Gasto público y gasto público en salud

Evolución del gasto público

Como señala Rojas-Suarez (2013), en términos generales, la gestión de la crisis por parte de los países latinoamericanos fue positiva. La tónica estuvo dada por respuestas keynesianas de estímulo fiscal de los gobiernos. Aunque sólo en el caso de Chile éste se produjo sin mayor impacto en las condiciones del financiamiento internacional (al contar con un fondo de estabilidad y una entidad bancaria pública).

Cabe señalar que el periodo previo a la crisis viene reseñado por una tendencia en la expansión del gasto público, en el que destaca Uruguay, Brasil y Argentina. En el primero el gasto medio en los últimos cuatro años duplicó el nivel de cuatrienio anterior, en el segundo el incremento alcanzó el 73% y en el tercero el 60,3%. Esfuerzos algo menores se aprecian en Colombia, Venezuela y Paraguay (Tabla 2). La excepción es Chile, que apenas si impulsó el gasto público.

Tabla 2. Gasto Público
(PPP; Índice 100 para 2004)

	2004-2007	2008-2011	Variación	2008	2009	2010	2011
Argentina	137	197	60,3	205,8	236,5	182,4	163,0
Brasil	120	193	73,0	180,6	194,3	189,2	208,2
Chile	115	116	0,8	127,4	135,0	89,0	111,6
Colombia	106	152	46,7	130,5	150,3	153,7	174,6
Paraguay	118	148	30,5	136,1	149,9	154,2	151,8
Uruguay	121	224	103,3	200,3	200,5	220,6	274,1
Venezuela	137	180	42,1	155,8	168,2	172,8	221,3

Fuente: Fondo Monetario Internacional (2013) y Banco Mundial (2013).

Si se presta atención al momento más agudo de la recesión, en 2009, se aprecian tres países que contraen su gasto y otros tres que lo continúan expandiendo. Los primeros son Brasil, Argentina, y Chile y de estos, los dos últimos se mantenían en el año 2011 por debajo de los niveles de 2008. En el segundo grupo están Colombia, Uruguay, Venezuela y Paraguay, aunque este último se contrae levemente en 2011.

Gasto público en salud

La relación entre gasto público y crisis es compleja. Por una parte, la experiencia de la Gran Depresión lleva a que hasta los gobiernos menos intervencionistas impulsen políticas expansivas cuando las cifras se tornan muy negativas. Incluso la Zona Euro, con una clara ideología contraria a la expansión del gasto, implementó medidas de estímulo en el comienzo de la crisis que evitó una caída mayor del producto (Coenen et al. 2012). No obstante, las consecuencias en déficit y deuda se tornan a medio en plazo en problemas que promueven políticas de austeridad, según algunas menos costosas que las expansivas (Alesina 2012), que terminan afectando igualmente al gasto social.

Ya sea la reducción del gasto social por la caída de los ingresos públicos o por las medidas de austeridad arrastra consigo al gasto público en salud en un momento particularmente delicado. La crisis, además de afectar a las finanzas públicas, castiga con desempleo y reducción de ingresos salariales a las familias, que deben contraer el consumo y ven limitadas sus opciones de adquirir bienes y servicios de salud por la vía privada. De esta manera, las presiones sobre el gasto en salud se producen por la vía del financiamiento y por la vía de la demanda de servicios.

En este contexto y dependiendo de la extensión y profundidad de la crisis, las consecuencias terminan afectando a los resultados en salud tales como mortalidad, consumo de drogas e incluso reduciendo la esperanza de vida. La Comisión de Determinantes Sociales en Salud (CSDH 2008) enfatiza que la salud de las personas está determinada por una amplia gama de factores que van desde las políticas económicas hasta aspectos biológicos. Los determinantes se extienden más allá de los factores directos, abordando las condiciones en que se desarrolla la vida en sociedad (Wilkinson y Marmot eds. 2003). Los canales más comunes que se desarrollan entre crisis y salud pasan por el incremento del desempleo y su duración (Stuckler 2009), la caída de los ingresos, el acceso a la educación y las condiciones habitacionales y de vecindario (Kaplan 2012).

En el caso de los países seleccionados los niveles de gasto público en salud iniciales son diversos. En el periodo 2004-2007 los países con mayor esfuerzo fiscal eran Paraguay, Argentina, Colombia y Venezuela, con proporciones destinadas a salud superiores al 12% del gasto público. A la cola se encontraba Chile con 5,1%, seguido más lejos de Uruguay y Brasil con proporciones menores al 10%. En 2008-2011 estas tasas se habían reducido en Brasil y Uruguay y se habían incrementado en el resto, particularmente en Venezuela, Chile, Argentina y Paraguay. De esta forma, se produjo una convergencia en la cola de la distribución, acercando los tres países con menores tasas y situándolos en un rango del 6,2% al 8,7%, bastante lejos del grupo conformado por Paraguay, Argentina, Venezuela y Colombia con tasas superiores al 15% (Tabla 3).

Tabla 3. Gasto Público en Salud

(Porcentaje del gasto público en salud en el gasto público total)

	2004-2007	2008-2011	Variación	2008	2009	2010	2011
--	-----------	-----------	-----------	------	------	------	------

Argentina	13,9%	16,5%	2,5	13,4%	14,4%	17,7%	20,4%
Brasil	9,5%	7,9%	-1,6	7,1%	8,2%	8,4%	7,9%
Chile	5,1%	7,8%	2,7	5,7%	5,9%	10,7%	8,7%
Colombia	13,7%	15,5%	1,8	15,3%	15,8%	15,8%	15,1%
Paraguay	15,7%	18,1%	2,4	17,7%	18,2%	17,8%	18,5%
Uruguay	7,6%	7,0%	-0,6	6,5%	7,7%	7,7%	6,2%
Venezuela	12,6%	16,0%	3,4	13,6%	16,8%	17,3%	16,4%

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2013).

Así, la expansión fiscal ha tenido distintos matices en los países seleccionados. Aunque los incrementos de gasto en salud en términos brutos fueron positivos en todos los países, entre los países con mayor expansión fiscal, sólo Argentina mostró un incremento proporcional mayor de su gasto público en salud (Brasil y Uruguay lo redujeron). Lo interesante de estas tendencias es que no es en la crisis donde el esfuerzo fiscal en salud se desacelera o retrocede, sino al final del periodo. Este es un fenómeno económico que merece más estudio y que sólo se irá dilucidando en el próximo año.

Un tercer punto de análisis es el impacto de estas tendencias en el gasto total en salud. Dada una serie de servicios, un gasto público mayor podría generar incentivos a la desaceleración del componente privado y viceversa (aunque la evidencia parece mostrar más bien complementariedad en marcos de crecimiento económico). Los valores de este indicador van desde el 30,2% en el caso de Uruguay hasta el 69,1% en el caso de Paraguay y 66,7% en Brasil. Es interesante percatarse de que en el periodo de crisis este porcentaje se incrementa en todos los países de la muestra, aunque particularmente más en Argentina y Uruguay, precisamente aquellos con mejores resultados macroeconómicos. Mientras, el crecimiento es cercano a cero en Brasil y Venezuela, aunque en el caso del primero los niveles iniciales son altos. Así, la crisis no parece ensañarse particularmente con la participación pública en salud, en términos relativos y absolutos, ya que como se ha analizado en apartados anteriores, el gasto público no mostró contracciones de gasto permanente (Tabla 4).

Tabla 4. Participación del gasto público
(Porcentaje del gasto público en salud en el gasto total en salud)

	2004-2007	2008-2011	Variación	2008	2009	2010	2011
Argentina	54,5%	63,2%	8,7	61,8%	66,0%	64,4%	60,6%
Brasil	66,7%	67,0%	0,3	65,1%	66,1%	66,2%	70,8%
Chile	42,7%	44,8%	2,1	42,8%	43,6%	47,0%	45,7%
Colombia	41,2%	46,3%	5,1	43,5%	47,6%	47,2%	47,0%
Paraguay	69,1%	72,6%	3,5	68,1%	72,8%	74,6%	74,8%
Uruguay	30,2%	38,7%	8,5	36,1%	37,5%	40,2%	41,0%
Venezuela	39,6%	39,8%	0,2	42,8%	43,6%	34,4%	38,6%

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2013).

El resultado del análisis de estas cifras es particularmente interesante. Brasil, terminó 2011 con una tasa del 70,8% (4,1 puntos más que 2004-2007) mientras que Argentina lo

hizo con un 60,6% (6,1 puntos más que 2004-2007) y Uruguay con un 41% (9,8 puntos más). Así, si no se excluye Venezuela (con resultados peores al resto), el rango de este indicador pasa de 38,9 puntos en 2004-2007 (30,2% de Uruguay y 69,1% de Paraguay) a 33,8 puntos en 2011 (41% y 74,8% respectivamente), mostrando una suerte de convergencia. Si el punto de comparación es Brasil el rango se reduce aún más. La tendencia aún es preliminar y su desglose y análisis múltiple de variables permitirá en el transcurso de la investigación identificar si esta impresión se sostiene en el tiempo.

5. Gasto de bolsillo en salud

El análisis de promedios 2004-2007 y 2008-2011 muestra un incremento del gasto total de bolsillo en todos los países. La mayoría con variaciones del 20% al 40%. Las excepciones son una vez más el caso particular de Venezuela (que se pretenden investigar más detalladamente en el futuro) y el de Argentina. El primero con tasas significativamente superiores y el segundo, más bajas (Tabla 5).

Tabla 5. Gasto de bolsillo en salud (en millones de PPP; Índice 100 para 2004)

	2004-2007	2008-2011	Variación	2008	2009	2010	2011
Argentina	111,6	125,9	14,3	113,4	116,9	120,6	152,8
Brasil	91,1	131,0	39,9	115,3	140,7	137,8	130,3
Chile	134,5	166,6	32,1	150,7	161,4	171,3	182,9
Colombia	110,6	148,4	37,8	142,6	140,0	146,9	164,2
Paraguay	170,0	190,1	20,0	230,0	192,5	168,1	169,7
Uruguay	106,7	127,7	21,0	119,4	134,8	131,2	125,5
Venezuela	103,7	188,0	84,3	116,2	153,5	239,4	243,0

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2013).

El análisis de los últimos años de la crisis muestra una división entre dos grupos de países. Unos en los que el gasto total de bolsillo se ha incrementado de manera casi constante. Estos son Brasil, Colombia y Chile, con la diferencia que en estos dos últimos la tendencia es constante e incluso se acelera en el último año, mientras que en el caso brasileño se produce un freno en 2011. El otro grupo de países está compuesto por Uruguay, Argentina y Paraguay, cuyo gasto total de bolsillo se ha reducido en el último año.

En términos de bienestar e impacto en las familias el indicador más certero es el gasto de bolsillo per cápita. El problema de este indicador, como muchos otros es que considera los gastos promedios en términos monetarios en sociedades profundamente desiguales en distribución de la renta. Así, un incremento del consumo de bienes de salud en los estratos más altos conlleva un incremento de la media aún cuando la mayoría de la población presente un estancamiento o una reducción de este, y viceversa. No obstante, a falta de un indicador mejor como la mediana, se analiza este. Lo primero que se aprecia de la comparación de los niveles de 2004-2007 es la enorme variabilidad del gasto medio, que va desde los 49,5 dólares PPP en Brasil los a 341,5 en Colombia.

Esta diferencia se mantiene en el periodo 2008-2011 pese a que Brasil se eleva a 66,5 Colombia alcanza los 440,4, Uruguay 316,1 y Chile 301,4 (Tabla 6).

Tabla 6. Gasto de bolsillo per cápita en salud (PPP; Índice 100 para 2004)

	2004-2007	2008-2011	Variación	2008	2009	2010	2011
Argentina	271,4	295,5	8,9%	269,9	275,8	282,1	354,4
Brasil	49,5	66,5	34,3%	60,0	72,0	69,4	64,6
Chile	252,5	301,4	19,4%	276,5	293,5	308,8	326,8
Colombia	341,5	440,4	29,0%	429,6	417,7	434,1	480,2
Paraguay	113,4	120,5	6,3%	148,6	122,6	105,6	105,2
Uruguay	280,2	316,1	12,8%	301,8	336,0	322,4	304,0
Venezuela	139,2	233,6	67,8%	149,0	193,4	296,4	295,6

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2013).

La comparación cuatrienal 2004-2007 y 2008-2011 muestra variaciones diversas. Una vez más Venezuela sobresale atípicamente sobre los resultados medios de la mayoría de los países, con un incremento del gasto de bolsillo per cápita en salud del 67,8%. Le sigue Brasil y Colombia con 34,3% y 29% respectivamente, en término medio Chile con 19,4% y más atrás Uruguay, Argentina y Paraguay.

Son pocos los países que ven reducido su gasto de bolsillo en salud en la crisis. Sólo muestran una contracción en 2011 Brasil, Uruguay y ligeramente Paraguay y Venezuela. En cambio, Argentina consolida su tendencia al alza en el último bienio, al igual que Chile y Colombia.

6. Conclusiones

La ya conocida como Gran Recesión está dejando a su paso una profunda contracción económica en muchos países ricos o en su defecto una fuerte desaceleración. Anómalamente a lo que ha sido la historia económica latinoamericana, América Latina no ha sufrido de manera igual estas consecuencias.

La nueva configuración económica mundial liderada por China e India, así como la coyuntura financiera internacional han tenido efectos amortiguadores de la crisis para las economías latinoamericanas. Junto a la consolidación democrática de estos países y un rol del Estado más intervencionista en muchos de ellos, el producto no sólo se ha expandido, sino que ha propiciado un incremento del gasto público.

No obstante, el análisis macroeconómico para la muestra seleccionada desvela distintas velocidades de crecimiento, distintas magnitudes de expansión fiscal y distintos impactos en materia de financiamiento público en salud y del gasto de bolsillo.

Aunque el mix de indicadores presenta un espectro bastante diverso de evolución, es posible identificar ciertas tendencias agrupadas por países. Argentina y Uruguay coinciden en los indicadores más positivos a la vez que de mayor influencia pública. Estos dos países han crecido en términos absolutos como per cápita, por encima de la media de la muestra y han acompañado este crecimiento con una fuerte expansión fiscal

que ha repercutido proporcionalmente más en el gasto público en salud. Chile en cambio, con niveles de crecimiento algo menores, similares a los de Colombia, ha recurrido a una menor expansión fiscal, incluso contracción relativa, pero ha incrementado proporcionalmente el esfuerzo público en salud.

Brasil ha crecido a una velocidad por debajo de estos países, pero dado su tamaño, es sin duda una de las causas del crecimiento de los otros, particularmente de los miembros de MERCOSUR. A su vez, ha sido también uno de los que más ha expandido su gasto público, pero en su componente de salud dicha expansión ha sido menor. Esto se debe a que son otros los componentes del incremento fiscal, posiblemente más relacionados con las comunicaciones y el transporte, prioritarios en el plan de gobierno actual.

Venezuela es uno de los casos más atípicos en términos de resultados. Parece ser el más golpeado por la crisis, pero también uno de los que más ha incrementado el peso de salud en el gasto público total. El otro caso de comportamiento particular es el de Paraguay, cuyos elevados niveles proporcionales posiblemente respondan a un presupuesto exiguo y estrecho a las necesidades de gasto social, en cuyo contexto, salud es prioritario.

Lo interesante de estos resultados descansa en que, con independencia de la crisis, del país y de las tendencias anteriores, en todos los casos el gasto de bolsillo en salud se ha incrementado no sólo de forma agregada sino también per cápita. Las explicaciones distan de encontrarse en este primer trabajo, pero parecen responder a lo que otros estudios señalan como complementariedad de este componente de financiamiento. Vale decir, un sesgo de consumo en las necesidades médicas que acompaña los esfuerzos fiscales, más que compensar las carencias de este.

Bibliografía

Alesina, A. A. (2012), "Fiscal Policy after the Great Recession", *Atlantic Economic Journal*, 40 (4), 429-435.

Banco Mundial (2013), *World Development Indicators*. Disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>. [Acceso el 10 de mayo de 2013].

Brenner, M. (1975), "Trends in Alcohol Consumption and Associated Illnesses: Some Effects of Economic Changes," *American Journal of Public Health*, LXV, 1279- 1292.

Brenner, M. (1979), "Mortality and the National Economy", *Lancet*, 314 (8142). 568-573.

CEPAL (2013), *Proposed regional agenda on population and development for Latin America and the Caribbean beyond 2014*, Montevideo 12 al 15 de Agosto de 2013. Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/search.asp?tipDoc=24&desDoc=Documentos%20institucionales>.

Cid, C. (2009), “¿Qué podemos esperar de la crisis? Posibles escenarios en el sector salud”, *Primer Congreso de Economía de la Salud de Uruguay*, 23 y 24 de Abril de 2009, Montevideo Uruguay.

Cid, C. y Prieto, L. (2012), “El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31 (4), 310–316.

Coenen, G., Straub, R., y Trabandt, M. (2012), “Fiscal Policy and the Great Recession in the Euro Area”, *American Economic Review*, 102 (3), 71-76.

CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, Genova, World Health Organization.

Cylus, J., Mladovsky, P., y McKee, M. (2012), “Is There a Statistical Relationship between Economic Crises and Changes in Government Health Expenditure Growth? An Analysis of Twenty-Four European Countries”, *Health Services Research*, 47 (6), 2204-2224.

Fondo Monetario Internacional (2013), *World Economic Outlook*, Abril. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/01/weodata/index.aspx>. [Acceso el 20 de Junio de 2013].

Horwitz, S. (2012), “Causes and Cures of the Great Recession”, *Economic Affairs*, 32 (3), 65-69.

Jagannathan, R., Kapoor, M., y Schaumburg, E. (2013), “Causes of the great recession of 2007-2009: The financial crisis was the symptom not the disease!”, *Journal Of Financial Intermediation*, 22 (1), 4-29.

Kaplan, G. (2012), “Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health--a tale of three countries”, *Social Science & Medicine*, 74 (5), 643-646.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., y McKee, M. (n.d), “Financial crisis, austerity, and health in Europe”, *Lancet*, 381 (9874), 1323-1331.

Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Lerodiakonou, I., Waitzkin, H., y Benos, A. (2013), "Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case", *American Journal Of Public Health*, 103 (6), 973-979.

Lansley, S. (2012), "Inequality, the Crash and the Ongoing Crisis", *Political Quarterly*, 83 (4), 754-761.

Mesa – Lago, C. (2009). "Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas", *Serie Políticas Sociales*, 150. CEPAL.

Miller, D., Page, M., Stevens, A., y Filipski, M. (2009), "Why are recessions good for your health?", *American Economic Review*, 99 (2), 122-127.

Organización Mundial de la Salud (2013), *Global Health Observatory Data Repository, Health Systems*. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main>. [Acceso el 20 de abril de 2012].

Orio, G., Ivo, Š., y Garry, J. (2012), "The Great Divorce: Finance and Economy", *Cadmus*, 12 (4), 1-3.

Parker, S., Wong, R. (1997), "Household income and health care expenditures in Mexico", *Health Policy*, 40 (3), 237-255.

Philip Musgrove (1983), "Family health care spending in Latin America", *Journal of Health Economics*, 2 (3), 245-257.

Portela, C. y Thomas, S. (2013), "Impact of the economic crisis on healthcare resources: An European approach", *International Journal of Healthcare Management*, 6 (2), 104-113.

Rojas-Suarez, L. (2013), "La Crisis Financiera Internacional: Ocho lecciones de y para América Latina", *Trimestre Económico*, 80 (1), 5-39.

Ruhm, C. (2000), "Are recessions good for your health?", *Quarterly Journal Of Economics*, 115 (2), 617-650

Ruhm, C. (2003), "Good times make you sick", *Journal of Health Economics*, 22 (4), 637-658.

Stiglitz, J. (2012), *El Precio de la desigualdad*, Taurus, Madrid.

Stuckler, D, Meissner, C., King, L. (2008), “Can a bank crisis break your heart?”, *Global Health*, 4 (1).

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., y McKee, M. (2009). “The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis”, *Lancet*, 374 (9686): 315–23.

Stuckler, D., McKee, M., Basu, S., Suhrcke, M., y Coutts, A. (2009). “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, *Lancet*, 374 (9686), 315-323.

Torres, J. (2010), *La crisis de las hipotecas basura. ¿Por qué se cayó todo y no se ha hundido nada?*, Editorial Sequitur, Madrid.

UNASUR (2012), *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud ISAGS-UNASUR, Mayo.

Wilkinson, R., Marmot M.G. eds. (2003), *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. 2nd ed. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.