

# **Un Piso de Protección Social en América Latina**

## **Costos fiscales e impactos sociales \***

Leonardo Gasparini \*\*  
Beatriz Alvarez  
Facundo Crosta  
Francisco Haimovich  
Andrés Ham  
Raúl Sánchez

*CEDLAS* \*\*\*  
*Universidad Nacional de La Plata*

Fabio Bertranou \*\*\*\*  
*OIT*

Versión preliminar  
30-8-07

---

\* Este trabajo fue realizado en el CEDLAS en el marco de un proyecto conjunto de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la OIT y EUROsociAL - Programa regional para la cohesión social en América Latina. Los errores, omisiones y opiniones son exclusiva responsabilidad de los autores.

\*\* [leonardo@depeco.econo.unlp.edu.ar](mailto:leonardo@depeco.econo.unlp.edu.ar)

\*\*\* CEDLAS es el Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata. [www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas](http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas)

\*\*\*\* [bertranou@oitchile.cl](mailto:bertranou@oitchile.cl)

## **1. Introducción**

El fortalecimiento de la cohesión social es una condición esencial para el desarrollo social y económico. El aumento de la cobertura de los sistemas de protección social, incluyendo salud, pensiones y asistencia social, es un paso crucial para la promoción de la cohesión social. El actual debate sobre el futuro de la protección social pareciera converger hacia cierto consenso que implica reformular parte del actual sistema de protección hacia un estado de reconocimiento de derechos ciudadanos independientemente de la inserción sociolaboral.

La evolución de la protección social, en especial de los seguros sociales, muestra una orientación ligada al trabajo asalariado formal. Debido a las restricciones que impone no sólo la estructura del empleo sino también la dinámica laboral, existe un cuestionamiento al criterio “contributivo” como único mecanismo para el establecimiento de derechos a la protección. De esta forma, varios países, así como agencias internacionales (OIT, CEPAL, BID y Banco Mundial entre ellas) han orientado el debate para reflexionar sobre la necesidad de estructurar un “piso de protección” que brinde cobertura frente a distintas contingencias.

El concepto de “piso de protección” es actualmente utilizado en algunas reformas sectoriales o de programas de la seguridad social. Por ejemplo, en el caso de la protección social en salud, numerosos países han avanzado en legislar derechos ciudadanos de acceso a coberturas para un grupo de contingencias derivadas de los problemas de salud. Otros países están discutiendo la necesidad de avanzar hacia reformas del componente previsional del sistema de protección con el objeto de establecer o garantizar una prestación o pensión universal para los adultos mayores.

El desafío de política pública es no sólo reflexionar sobre la universalización progresiva de cada una de las contingencias en forma separada, sino contar con un marco comprensivo que abarque un conjunto de prestaciones garantizadas. De esta manera, una estrategia podría consistir en garantizar un paquete de prestaciones de salud a toda la población, transferencias monetarias condicionadas a educación para los niños y adolescentes, y una prestación previsional universal por vejez e invalidez.

El objetivo principal de este estudio es analizar la viabilidad e impactos sociales de la implementación de un piso de protección social en un conjunto de países de América Latina. El trabajo discute la pertinencia de la institución de un piso básico no contributivo de protección social en países de diversos niveles de desarrollo en América Latina; sugiere los parámetros para el diseño de este piso de protección social, y las condiciones de elegibilidad para acceder a los beneficios; evalúa los costos fiscales de corto y largo plazo; y estima los impactos sobre pobreza y desigualdad. El piso de protección social simulado en cada país está compuesto por tres pilares: (i) un programa condicional de transferencias monetarias, (ii) un programa universal de pensiones, y (iii) un seguro básico de prestaciones de salud.

El trabajo tiene una cobertura amplia en América Latina, incluyendo resultados para 10 países de la región: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República

Dominicana, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay. En cada caso se realizaron simulaciones sobre la base de microdatos de las recientes encuestas de hogares de estos países, e información externa complementaria.

El resto del trabajo está organizado de la siguiente forma. El capítulo 2 presenta una discusión teórica acerca de las ventajas y desventajas de la institución de un piso no contributivo de protección social, y su articulación con el sistema contributivo. La sección 3 introduce las fuentes de datos y resume las principales características sociales de los países analizados en el trabajo. Las secciones 4 a 6 constituyen el núcleo del trabajo: en ellas se presentan los tres pilares del piso de protección social – transferencias condicionadas, pensiones universales y seguro de salud – y se estiman sus costos fiscales e impacto sobre la pobreza y la desigualdad bajo diferentes escenarios. La sección 7 concluye con una evaluación agregada de la viabilidad e impactos sociales de las alternativas de implementación de una red de protección social de amplia cobertura en los países de América Latina.

## **2. Discusión conceptual**

### **Fabio**

- Discusión teórica acerca de las ventajas y desventajas de la institución de un piso no contributivo de protección social, y su articulación con el sistema contributivo
- ¿Cómo desarrollar un “piso de protección” desvinculado de la inserción laboral en un sistema de protección social que, actualmente, tiene una orientación basada en criterios contributivos?
- ¿Cuáles son los principales desafíos institucionales para la implementación de este tipo de política?

## **3. Los países analizados**

La evaluación empírica de la viabilidad e impacto social del piso de protección se realiza para 10 países de la región: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Republica Dominicana, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay. El cuadro 3.1 presenta información básica de estos países. La muestra incluye países de nivel alto de desarrollo dentro del contexto latinoamericano, como los del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay), y países de nivel bajo de desarrollo económico, como Honduras y Nicaragua. Las naciones de la muestra difieren también en sus características geográficas y demográficas.

Aunque este trabajo se complementa con información administrativa de cada país, la principal fuente de información son los microdatos de las encuestas de hogares realizadas por los Institutos Nacionales de Estadística (INE) de cada país. Estos microdatos fueron procesados en el CEDLAS para alcanzar la máxima comparabilidad posible, condicional al diseño y cuestionarios de las encuestas.<sup>1</sup> Gasparini (2007) detalla las principales decisiones en este proceso de homogenización. El cuadro 3.2 lista las encuestas utilizadas para cada uno de los 10 países involucrados en el estudio.

De las encuestas de hogares se puede obtener información sobre la realidad social de los países en la muestra. El cuadro 3.3 presenta para cada país diversos indicadores de pobreza, desigualdad y capital humano, obtenidos del procesamiento de las encuestas utilizadas para las simulaciones de este trabajo.

Del análisis de los cuadros se desprenden algunas conclusiones generales.

- Existen grandes diferencias en la severidad de los problemas sociales en los países de América Latina considerados. Ejemplificar.
- La pobreza y la desigualdad de ingresos son dos problemas sociales de enorme relevancia en todos los países de la muestra, aunque con diferente intensidad.
- Existen importantes brechas en el acceso a servicios básicos de educación, salud, vivienda, agua y saneamiento entre personas ubicadas en estratos socioeconómicos diferentes.
- Los sistemas de protección social difieren marcadamente en su alcance en los países de la región.
- Existe una muy significativa fracción de la población latinoamericana sin acceso a la protección social, o con acceso de reducido alcance.

#### **4. Transferencias condicionadas**

Como se discutió arriba, el piso de protección social simulado en cada país en este trabajo está compuesto por tres pilares: (i) un programa condicional de transferencias monetarias, (ii) un programa universal de pensiones, y (iii) un seguro básico de prestaciones de salud. En esta sección se analiza el primer pilar de la red de protección. Este pilar consiste en un sistema de subsidios monetarios focalizados en las familias pobres condicionales a la presencia de comportamientos que estimulen el desarrollo humano de los niños: controles de salud y educación formal.

En América Latina y el Caribe los programas sociales tienen una larga historia de intervenciones en distintos ámbitos destinadas a potenciar el capital humano y actuar sobre el entorno familiar y comunitario. En los últimos años se ha sumado una nueva generación de iniciativas, denominadas “programas de transferencias condicionadas”,

---

<sup>1</sup> El conjunto de estadísticas que surgen de este proceso de homogeneización constituyen la base SEDLAC (Socioeconomic Database for Latin America and the Caribbean), realizada junto con el Banco Mundial y Mecovi. [www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas/sedlac](http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas/sedlac)

cuyo objetivo es producir sinergias entre las distintas dimensiones del capital humano a lo largo del tiempo y las transferencias monetarias. Muchos de los programas de lucha contra la pobreza en la región han surgido como respuesta a los vaivenes del ciclo económico y a las crisis, pero debido a los prolongados efectos negativos de estas últimas, estos programas se han ido convirtiendo cada vez más en componentes permanentes de la política social.

Las Transferencias Condicionadas son programas de ayuda a las familias pobres que consisten en la provisión de dinero, contingente en ciertos comportamientos de los receptores, tales como la inversión en capital humano a través de enviar a los hijos a la escuela, o la realización de controles periódicos en centros de salud. Sus principales objetivos son:

- Proveer de una fuente adicional de recursos a las familias más pobres y con ello contribuir a reducir tanto la pobreza presente como futura.
- Incrementar el nivel y los logros educativos de los niños en los sectores más vulnerables de la sociedad.
- Reducir el trabajo infantil, fomentando la asistencia a la escuela.
- Contribuir al mejor control de salud de la población menor carenciada, y por ende reducir sus riesgos de enfermedad.
- Servir como red de protección social a la comunidad, que incremente su grado de cooperación y su sentido de cohesión.

El cuadro 4.1, tomado de Rawling y Rubio (2004), resume los principales aspectos de los programas implementados en América Latina. Aunque los programas varían en sus características entre países, algunos elementos básicos se repiten. Se trata de programas donde se transfiere dinero regularmente a un grupo objetivo de escasos recursos, condicional a acciones familiares que fomenten la salud y educación formal de los niños. Estas son las características rescatadas en este trabajo para la modelización de este pilar de la red de protección social.

Es importante entender que se trata de un ejercicio que busca captar los rasgos más salientes de un sistema de transferencias condicionadas, pero que no intenta replicar las características específicas de ningún sistema particular. Al ser aplicado de manera homogénea a 10 países tiene la ventaja de permitir la comparabilidad de resultados, aunque al costo de perder los elementos idiosincráticos de cada país.

En particular, se proponen 5 programas de transferencias condicionadas alternativos. En cada caso existe una transferencia básica mensual  $b$ , y variaciones sobre ese monto en función de las características demográficas y educativas del hogar. En la mayoría de los casos se focaliza el programa en las familias pobres. La definición precisa de pobreza aplicada en las simulaciones se discute más abajo. En todos los casos el beneficio es en cabeza del jefe o jefa del hogar, quien se asume que lo reparte equitativamente en el hogar (no hay desigualdad intrahogar).

#### *Programa 1*

- Transferencia básica *b* a hogares pobres por cada hijo menor de 5 años, sujeto a controles básicos de salud.
- Transferencia 15% superior a la básica (1,15.*b*) por cada niño pobre entre 6 y 12 años condicional a la asistencia a la escuela primaria.
- Transferencia 50% superior a la básica por cada joven pobre entre 13 y 17 años condicional a la asistencia a la escuela secundaria.

El componente de Salud y Nutrición de este primer programa implica una transferencia básica destinada a las familias pobres con hijos menores de 5 años. El beneficio es condicional en un chequeo periódico del niño en los puestos de salud habilitados y registro del historial clínico llevado por el receptor de la transferencia, con el objetivo de monitorear un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

El componente educación está enfocado a las familias pobres con hijos entre 6 y 17 años de edad. El beneficio es 15% superior al básico en el caso de cada hijo entre 6 y 12 años, condicional a que concurra a la escuela, y 50% superior por cada hijo que asista al secundario. Esta diferenciación se hace a efectos de considerar el diferente costo de oportunidad que implica para las familias pobres el enviar o no a un joven a la escuela, dado que el atractivo y las posibilidades de trabajar aumentan con la edad.

*Programa 2:*

- Transferencia básica *b* a hogares pobres por cada hijo menor de 5 años, sujeto a controles básicos de salud.
- Transferencia 15% inferior a la básica (0,85.*b*) a todos los hogares pobres sin hijos.
- Transferencia 15% superior a la básica (1,15.*b*) por cada niño pobre entre 6 y 14, condicional a la asistencia escolar.

*Programa 3:* este programa es idéntico al 1, con la diferencia que la mitad de los potenciales beneficiarios pobres en edad de asistir al secundario, deciden no hacerlo, y por ende no reciben la transferencia monetaria (1,5.*b*). Este comportamiento puede estar justificado en el costo de oportunidad para los jóvenes de asistir a la escuela, y no poder trabajar y aportar ingresos para el hogar durante ese tiempo.

En los tres casos anteriores la simulación no asume que se eliminan los programas condicionales existentes en cada país. Nótese que esto no implica “doble contabilidad”, ya que los programas simulados se otorgan a familias que son consideradas pobres contabilizando el ingreso que reciben de los programas existentes. Si una familia deja de ser pobre por el programa oficial existente (captado en la encuesta de hogares) no recibirá ninguna transferencia en nuestro ejercicio, por lo que no habrá duplicación. Si en cambio la persona sigue siendo pobre pese a la transferencia oficial, el programa de

nuestra simulación debería funcionar como complemento al programa de transferencias monetarias vigente en el país. Pese a este argumento, consideramos el siguiente programa:

*Programa 4:* es semejante al programa 1, pero antes de implementar el programa el gobierno retira el programa existente de transferencias monetarias condicionadas.

Nótese que este ejercicio implica que el costo fiscal de introducir la nueva red de protección social puede resultar negativo, ya que el programa de transferencias existente en un país puede resultar más generoso que bajo algunos valores de  $b$  en el piso de protección propuesto. Por ejemplo, la transferencia del Programa Jefes de Hogar (PJH) en Argentina es de \$150 pesos por hogar. En algunas de nuestras simulaciones la transferencia básica toma el valor de US\$ 1 por día por persona a PPP, que resulta igual a \$50. Si la cobertura en nuestra simulación no es muy superior a la del PJH, el ejercicio de retirar el PJH e introducir un programa como el simulado tendría un costo fiscal negativo.

Los cuatro programas anteriores se focalizan en la población pobre. Sólo como ejercicio de comparación se simula también un programa de transferencias condicionadas que tenga cobertura universal. Algunas propuestas de ingreso mínimo garantizado para toda la población tienen estas características.

*Programa 5:* es semejante al programa 1, pero se aplica a toda la población (y no únicamente a la pobre).

El cuadro siguiente resume los cinco programas simulados

Programa	Transferencia	Población objetivo
Nº 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Básica por niño menor de 5</li> <li>▪ 15% superior por cada niño que asista a primaria</li> <li>▪ 50% superior por cada joven menor de 17 años que asista a la secundaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pobres</li> </ul>
Nº 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Básica por niño menor de 5</li> <li>▪ 15% inferior por hogar sin hijos</li> <li>▪ 15% superior por cada niño entre 6 y 14 que asista a la escuela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pobres</li> </ul>
Nº 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem Programa 1, pero asumiendo que 50% de jóvenes entre 13 y 17 no aceptan asistir al secundario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pobres</li> </ul>
Nº 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem Programa 1, pero asumiendo que se eliminan programas similares existentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pobres</li> </ul>
Nº 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem Programa 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda la población</li> </ul>

### *La focalización*

Un aspecto de gran importancia en estos programas es el de la definición de la población beneficiaria. Salvo en el programa 5 los programas de transferencias monetarias están destinados a aquellas familias consideradas pobres por el método del ingreso. La definición e implementación de pobreza es un problema arduo de difícil solución objetiva (Sen, 1984, Deaton, 1997). En este trabajo se ha optado por considerar cuatro líneas de pobreza internacional alternativas: las fijadas en 1, 2, 3 y 4 dólares (ajustados por poder de paridad de compra, PPP) por día por persona. Estas líneas son aplicadas a la distribución del ingreso per cápita familiar en cada país, construido en CEDLAS a partir de microdatos de las encuestas de hogares. Aunque esta metodología es limitada, resulta sencilla y permite comparaciones internacionales, las cuales son imposibles al utilizar las metodologías oficiales de cada país, ya que éstas difieren considerablemente.

La línea de USD1 por día por persona, ha sido adoptada para monitorear la Meta 1 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La línea de USD2 es extensamente utilizada en América Latina para comparaciones entre países. En el trabajo agregamos cálculos para las líneas de 3 y 4 dólares con el objeto de permitir aproximaciones de los resultados que obtendríamos utilizando las líneas oficiales de algunos países. El cuadro 4.2 reporta las líneas oficiales de cada país y su relación con las líneas consideradas en este trabajo.

### *La altura del beneficio*

Uno de los parámetros clave en nuestras simulaciones es el valor de la transferencia básica  $b$ . Más que postular un valor único de la transferencia básica, preferimos realizar los ejercicios para un conjunto de valores de  $b$  y evaluar las diferencias en los resultados. En todos los programas simulados la transferencia básica  $b$  se expresa como porcentaje de la línea de la pobreza considerada. En cada simulación se postulan valores alternativos de  $b$ , y se computa el costo fiscal y el impacto distributivo de estas políticas alternativas.

### *Algunos supuestos importantes*

Naturalmente, los ejercicios realizados no deben considerarse réplicas de la realidad, sino estilizaciones de la misma que permiten obtener un conjunto considerable de información sobre fenómenos agregados complejos, con un grado de aproximación razonable. En ese sentido, la modelización exige adoptar algunos supuestos simplificadores. En particular, se asume que:

- El costo administrativo del programa es 10% del presupuesto en transferencias del programa.
- Salvo en el programa 4, la existencia del programa (cualquiera sea el monto  $b$ ) convence a todas las familias pobres de mandar a sus chicos a la escuela para poder cobrar el subsidio.

- El costo unitario de provisión de educación en cada país es uniforme entre personas y surge de dividir el presupuesto educativo (estimado de CEPAL y datos de PBI a precios corrientes de FMI) por el número de alumnos (obtenido de SITEAL).
- Los programas simulados tienen un costo fiscal que es financiado con un impuesto proporcional a los ingresos. Este supuesto no se aleja demasiado de los sistemas tributarios reales en América Latina.
- Los comportamientos de las personas no se ven afectados por la presencia del programa, más allá de la decisión de mandar los niños a la escuela, o de realizarse controles de salud. Naturalmente, este es un supuesto restrictivo, ya que la presencia de un complemento monetario puede afectar varias decisiones de comportamiento. Por ejemplo, la disponibilidad de una fuente alternativa de ingreso puede prolongar la duración del desempleo, y al permitir un mejor proceso de búsqueda laboral puede incrementar el salario esperado. Por otra parte, si el programa logra atraer a todos los niños del hogar a la escuela, es probable que se estimulen las decisiones de trabajo por parte de la persona encargada de cuidarlos en el hogar, típicamente la madre. Una mayor participación laboral de la mujer seguramente incrementa los ingresos familiares y reduce las probabilidades de caer en la pobreza.

### *Resultados*

En esta sección se presentan y discuten los resultados de las simulaciones de los distintos programas de transferencias monetarias en función de su costo fiscal, y de su impacto sobre la pobreza y la desigualdad. El impacto sobre la pobreza se evalúa a nivel nacional y para el grupo etario de niños y jóvenes.

El cuadro 4.2 muestra los resultados de las microsimulaciones. En cada país hay 20 cuadros que presentan los resultados de cada combinación de línea de pobreza y tipo de programa. En cada cuadro la primera columna indica el valor de la transferencia básica  $b$  (expresada en veces la línea de la pobreza del país). El valor de esa columna expresa la “altura” del piso de protección social.

La siguiente columna indica el costo fiscal del programa. Por ejemplo, en Argentina una transferencia básica  $b$  de 1.5 veces la línea de la pobreza de US\$ 2 representa \$149.2, lo cual está cerca del monto del subsidio entregado en el Programa Jefes de Hogar. El cuadro 4.2 indica que bajo el esquema de protección 1 una transferencia de ese monto que cubra a toda la población bajo la línea de US\$2 (8.5% de la población argentina) implicaría un costo fiscal de 0.7 puntos del producto. En Argentina la línea de US\$ es muy cercana a la línea de indigencia.

Las siguientes cuatro columnas de cada cuadro reportan la tasa de incidencia de la pobreza (el *headcount ratio*) y la brecha de la pobreza alternativamente para toda la población y para los jóvenes menores de 14. Continuando con el caso argentino, una transferencia básica  $b$  de 1.5 veces la línea de la pobreza de US\$ bajo el esquema 1 implicaría una caída en la tasa de incidencia de la pobreza de 8.5% a 1.7%. La

reducción en la pobreza infantil sería más drástica: de 14.9% a 1.1%. Por su parte, la brecha de la pobreza se cerraría en un 82% para la población total y en un 98% para los menores.

La última columna de cada cuadro presenta el coeficiente de Gini de la distribución del ingreso per cápita familiar del país. Sin un paquete de protección social como el simulado (es decir, en la situación actual) el Gini en Argentina es de 48.3. Con un paquete tipo 1 con transferencia básica  $b=1,5$ , la desigualdad medida por el Gini caería 2 puntos porcentuales (a 46.3).

El programa 2 genera resultados semejantes al 1, con un costo fiscal y un impacto social ligeramente inferior. El programa 3 es similar al 1, pero asume que la mitad de los jóvenes no son atraídos al secundario, y por ende sus familias no cobran el subsidio monetario. La consideración de este punto reduce el costo fiscal y el impacto en pobreza y desigualdad, pero las diferencias son menores respecto del caso 1.

El programa 4 asume la eliminación del programa de transferencias existente: el PJH en el caso de Argentina. Este ahorro implica en ese país un costo fiscal nulo o incluso negativo para valores bajos de  $b$ . Para valores más altos de  $b$  los resultados vuelven a ser semejantes al caso 1.

El costo fiscal crece enormemente si el programa de transferencias se generaliza a toda la población (programa 5). En Argentina, por ejemplo, una transferencia básica de unos \$150 (1,5 veces la línea de UD\$ 2) implica un costo fiscal de 5 puntos del producto. El impacto sobre la pobreza naturalmente es muy similar al programa 1 (que está focalizado en los pobres). En cambio, este programa universal de transferencias resulta un instrumento redistributivo importante: en el ejemplo anterior el Gini cae de 48.3 a 42.2. Una vez más deben leerse estos resultados con prudencia, dados los supuestos restrictivos del ejercicio.

El cuadro 4.2 extiende los resultados de las microsimulaciones al resto de los 10 países latinoamericanos de la muestra. El gráfico 4.1 ilustra los resultados para la línea de pobreza de US\$ 2 por día por persona para cada país.<sup>2</sup> El gráfico 4.2 combina a todos los países en una sola figura, bajo el paquete de protección social 1 y la LP de US\$2. El costo fiscal de alcanzar una determinada meta de reducción de la brecha de la pobreza es mucho mayor en Nicaragua, y en menor medida Honduras y Perú, que en el resto de los países considerados.

La información presentada es un rico insumo para la discusión informada de un piso de protección social en cada país. Comentar en detalle los resultados de cada país excede el alcance de este trabajo. En su lugar, a continuación se listan algunos resultados de relevancia para el conjunto de países analizados.

- El ejercicio sugiere que la implementación de un sistema de transferencias monetarias condicionadas parece fiscalmente posible en América Latina. El movimiento que en

---

<sup>2</sup> Los gráficos para otras líneas están disponibles para el que los solicite.

ese sentido han tomado muchos países no parece implicar un compromiso fiscal demasiado imprudente.

- Bajo los supuestos de este ejercicio, el potencial impacto sobre la desigualdad, y en especial sobre la pobreza de ingresos, de este tipo de política es muy sustancial.
- La “altura” del beneficio resulta un parámetro esencial que determina el costo fiscal y el impacto social. En el diseño de las redes de contención social este parámetro debe ser cuidadosamente escogido. En cambio, el impacto de otros elementos de diseño (los implicados por los programas 2 a 4) es algo menor.
- La universalización de las transferencias en un programa de ingreso mínimo garantizado universal no parece ser fiscalmente viable, ni aportar significativamente a la reducción de la pobreza (más allá de un programa más focalizado). En cambio, su aporte a la reducción de la desigualdad puede ser muy significativo.
- Existen diferencias significativas entre los países de la región. El costo fiscal de alcanzar una determinada meta de reducción de la pobreza es mucho mayor en países de bajo nivel de desarrollo, que en los relativamente más avanzados.
- El ejercicio es ilustrativo del orden de magnitud de ciertos impactos de implementar un programa de transferencias bajo ciertos supuestos, en particular el de capacidad para focalizar el subsidio y el de costos administrativos bajos. Si estos supuestos no se cumplen los resultados pueden variar considerablemente, y en particular, la conclusión de la viabilidad de un sistema de protección social extendido puede resultar errónea.

### *Proyecciones a futuro*

El desarrollo de proyecciones constituye una herramienta importante para el análisis del impacto del paquete de protección social ante diferentes contextos económicos.

Mediante el mismo es posible evaluar la evolución de la pobreza o la desigualdad ante diferentes escenarios socioeconómicos, considerando alternativamente la presencia o ausencia de un programa social.

En esta sección se realiza una modelización esquemática de la evolución de la economía considerando el fenómeno del envejecimiento demográfico, el crecimiento económico y la presencia de programas de transferencias condicionadas.

En cada país las proyecciones parten del año para el que se cuenta con la última encuesta de hogares y termina en el año 2025. En todos los casos, y por simplicidad, se trabaja con el programa simulado 1, y con la línea de pobreza de US\$2. A partir de los datos de cada encuesta, las proyecciones consideran cambios en los parámetros económicos y demográficos de cada país a efectos de analizar el impacto del paquete de protección social sobre la pobreza, la desigualdad y el costo fiscal en el tiempo.

A medida que pasa el tiempo, el modelo va considerando el envejecimiento de la población y el crecimiento de la economía. Las estimaciones de los cambios

poblacionales por grupo etario utilizados en este trabajo se basan en las proyecciones de las Naciones Unidas. Estas proyecciones sugieren el envejecimiento de la población latinoamericana, dado el mayor crecimiento que presentan los grupos de mayor edad.<sup>3</sup> En función de los supuestos sobre el crecimiento (neutral) de la economía, se simulan tres escenarios:

Escenario I: este modelo se basa en que la economía no crece a lo largo del tiempo: únicamente existe un aumento demográfico en cada país, donde se registra un envejecimiento de la población.

Escenario II: en este caso la economía presenta un crecimiento constante del 2% a lo largo del tiempo, al que se le agrega el mismo incremento poblacional que en el caso anterior.

Escenario III: es el caso más favorable en el que la economía crece al 5% de manera constante durante todos los años de la proyección, y también se registra un envejecimiento poblacional.<sup>4</sup>

A su vez, cada uno de los tres escenarios es analizado en dos contextos diferentes. En el primero de ellos no se considera la existencia del paquete de protección social, en tanto que en el segundo se aplica el paquete en la proyección. De manera sintética, es posible resumir los 3 escenarios de la siguiente forma:

Escenario I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envejecimiento de la población</li> <li>• Sin crecimiento de la economía</li> </ul>	a_ Sin programa b_ Con programa
Escenario II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envejecimiento de la población</li> <li>• Crecimiento de la economía 2%</li> </ul>	a_ Sin programa b_ Con programa
Escenario III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envejecimiento de la población</li> <li>• Crecimiento de la economía 5%</li> </ul>	a_ Sin programa b_ Con programa

Por ultimo, cabe aclarar que en las proyecciones no se consideran cambios en la estructura educativa o de comportamiento de los individuos beneficiados por los programas, por lo que los resultados subestiman el verdadero impacto de los programas condicionados. Un análisis de este tipo excede a los objetivos propios de este trabajo.<sup>5</sup>

El cuadro 4.3 contiene los resultados de las proyecciones realizadas para los 10 países analizados en este trabajo, el cual se complementa con la figura 4.3. En primer lugar se

<sup>3</sup> Ver Gasparini et al. (2007) para un análisis más exhaustivo del fenómenos de envejecimiento y pobreza en América Latina.

<sup>4</sup> El trabajo desarrollado por la OIT-ILO (Discussion paper 15, 2006) utilizan la misma fuente de información en cuanto a la evolución demográfica de los países, sin embargo, las tasas de crecimiento defieren entre países.

<sup>5</sup> Un análisis que mas completo comprendería incluir diferentes niveles de crecimiento económico para cada país en particular, evolución de la productividad, inflación proyectada, la interacción de los diferentes grupos ante cada escenario, cambio en los comportamientos de las personas ante la presencia de los paquetes de protección social. El trabajo de la OIT-ILO (Discussion paper 13 y 17, del 2005 y 2006 respectivamente) sigue esta línea de modelización.

analiza el Escenario I en el que no hay crecimiento económico, pero la población envejece a lo largo del tiempo. A continuación se presentan los resultados del Escenario II, en el que la economía crece a una tasa constante del 2%. Por último, se analiza el Escenario III, en el que la economía presenta una tasa decrecimiento constante del 5%. Asimismo, en cada uno de los escenarios, se presentan los resultados con y sin programas de transferencia.

Las proyecciones indican que un contexto en el que la economía no crece, hay envejecimiento de la población y no existe el programa de transferencias, la pobreza se mantiene constante, o que tiende a disminuir muy levemente en países con sistemas de pensiones más desarrollados como Argentina, Chile y Uruguay.

La introducción del programa de protección social constituye una herramienta de alivio muy importante para todos los países analizados. La pobreza se reduce entre 7 (para los casos de Argentina y Costa Rica) y 20 puntos (Honduras y Perú).

La situación de los Escenarios II y III plantea resultados interesantes. Bajo el contexto de no existencia del programa de protección social, la pobreza se reduce de manera lenta a lo largo del tiempo. Si estos resultados se comparan con los obtenidos en el Escenario I, en el que se implementa el programa, es posible observar que el programa de transferencias reduce la pobreza de manera más drástica desde el mismo momento en que se aplica. Un crecimiento de la economía del 5% tiende a reducir la pobreza en la misma medida que el programa en un plazo de 15 años (Chile y Costa Rica) a 23 años (Colombia). A excepción de Chile y Uruguay, un crecimiento del 2% nunca llega a reducir la pobreza en igual medida que el programa propuesto. Los resultados de los escenarios en los que la economía crece y existe el programa, no difieren mucho a lo largo del tiempo en los casos de Argentina, Chile y Uruguay. En estos casos, ya no resulta posible reducir más la pobreza, dado que prácticamente se logró el objetivo. En Perú y Nicaragua, es necesario implementar el programa y que la economía crezca al 5% para lograr extinguir la pobreza completamente en el año 2025.

El índice de Poverty Gap o brecha de la pobreza, presenta resultados muy similares a los obtenidos anteriormente. La inclusión del programa de transferencias, aun sin crecimiento de la economía, reduce este índice en más de la mitad a partir de su implementación. En la mayoría de los casos, un crecimiento de la economía del 5% nunca logra igualar los resultados de reducción de la brecha de pobreza que obtiene el programa de transferencias condicionadas. En los 10 países analizados, es posible observar que el índice se hace prácticamente igual a cero para el caso de los jóvenes, dado que este programa está destinado principalmente a este grupo de edad.

En este trabajo también se efectuaron proyecciones para el coeficiente de Gini. Puede apreciarse que para los escenarios I, II y III, en el caso de que no exista programa de transferencias, el coeficiente presenta valores similares a lo largo del tiempo. Esto se debe a una característica propia de este indicador que resulta ser invariante a la escala. Si la economía crece al 5%, significa que los ingresos de todas las personas crecen a esa tasa, por lo que la desigualdad no se modifica. Ante la ausencia del programa de

transferencias, el coeficiente de Gini cae para los casos de Argentina, Brasil, República Dominicana, Honduras, Perú y Uruguay. En estos países, el envejecimiento poblacional contribuye a una reducción de la desigualdad en términos de ingreso, aun en el caso de que la economía no crezca. En el resto de los países, la desigualdad aumenta.

La introducción del programa de transferencias conlleva a una reducción de la desigualdad de la economía en todos los casos. La reducción de la desigualdad es de alrededor de 5 puntos en la mayoría de los casos. Las reducciones más importantes las presentan Nicaragua (15 puntos), Honduras y Perú (8 puntos). En el escenario I, sin crecimiento de la economía, el coeficiente de Gini presenta un incremento a lo largo del tiempo en todos los casos analizados, aunque nunca alcanza al valor proyectado en caso de que no exista programa. Al pasar a los escenarios II y III con la implementación del programa, el índice de desigualdad tiende a estabilizarse, dado que la implementación del programa (que beneficia principalmente a los grupos de menor edad) contrarresta el crecimiento poblacional y económico (que tiende a beneficiar a los grupos etarios mayores). Resulta destacable el hecho de que la desigualdad no presenta reducciones tan contundentes como en la pobreza y brecha de la pobreza (salvo los casos de Nicaragua, Honduras y Perú como se mencionó antes). Esto se debe a que la simulación no afecta los factores estructurales propios de cada país. El coeficiente de Gini constituye un índice que resulta afectado por la presencia de valores extremos – como ser la presencia de una persona muy rica –, por lo que si se simula que la economía crece al 2% y se instaura un programa de transferencias, la persona muy rica continua poseyendo gran parte del ingreso nacional, y la desigualdad se ve afectada de manera mínima.

Por último, la simulación analiza la evolución del Costo Fiscal como porcentaje del PBI a lo largo del tiempo. En el escenario I, el costo fiscal se mantiene prácticamente constante para los casos de Uruguay, Argentina, Brasil y Chile, en tanto que para el resto de los países el incremento resulta ser de un punto porcentual en Perú y Colombia de hasta 5 puntos en Nicaragua. La situación de los escenarios II y III presenta un patrón de reducción constante del costo fiscal, dado que el PBI presenta un incremento mayor al costo del programa. El incremento del costo del programa a lo largo del tiempo resulta de analizar el escenario I, en el que para todos los países nunca llega a ser del 2% (la tasa de crecimiento de la economía más baja simulada), por lo que este incremento de la economía resulta ser mayor que el crecimiento del costo, de allí que el costo fiscal se reduce en el tiempo para los escenarios II y III. En este último caso, el incremento de la economía es tan importante que el costo fiscal pasa a representar un porcentaje tan ínfimo del PBI, por lo que en ningún país supera el 1% al llegar al año 2025.

## **5. Pensiones universales**

En general, la pobreza de los adultos mayores<sup>6</sup> depende fuertemente del desarrollo del sistema de pensiones.<sup>7</sup> Entre otros factores, la creciente dificultad que enfrentan las personas para continuar trabajando en la vejez (especialmente en empleos que requieren de fortaleza física) vuelve fundamental el ingreso no laboral que reciben las mismas.

El sistema de pensiones en la mayor parte de América Latina es de carácter contributivo y basado en el empleo. Esto hace que sólo aquellos individuos con empleo formal estable accedan a una jubilación al finalizar su ciclo laboral. La proporción promedio de adultos mayores que cobran una prestación contributiva en la región es baja, aunque este promedio esconde realidades distintas. Existe un bloque de países con cobertura relativamente alta que incluye Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay (ver Cuadro 5.2). En el otro extremo, están Honduras y Nicaragua, con sistemas de previsión mucho menos desarrollados y que cubren menos del 11% de su población en edad de jubilarse. A pesar de los esfuerzos realizados en materia previsional en muchos países latinoamericanos, la expansión de la cobertura del sistema sigue siendo la principal tarea pendiente (CEPAL, 2006).<sup>8</sup> La creciente precariedad del empleo hace que el panorama a largo plazo no sea muy alentador.

En este contexto, los componentes no contributivos del sistema previsional se vuelven fundamentales. Los esquemas de protección “no convencionales” destinados a proteger a la población durante la vejez comprenden programas de diversas características. Sin embargo, en general los mismos comparten ciertos rasgos comunes. Estos programas suelen brindar transferencias monetarias relativamente homogéneas a los adultos mayores no protegidos por el sistema de seguridad social tradicional. En algunos casos, las prestaciones están totalmente desvinculadas de la trayectoria laboral de los beneficiarios. En otros casos, los beneficios se encuentran parcialmente ligados a la historia de las cotizaciones, aunque generalmente las mismas sólo financian una pequeña parte del costo del programa.<sup>9</sup>

En Latinoamérica los programas no contributivos son escasos y otorgan una protección limitada que no se corresponde con un principio claro de universalidad (CEPAL, 2006).<sup>10</sup> En esta sección se simulan diversos programas de este tipo con el objeto de explorar, en cada país considerado, la factibilidad fiscal de los mismos y el impacto potencial sobre distintas dimensiones de la distribución del ingreso. Los indicadores

---

<sup>6</sup> En este trabajo el término “adulto mayor” hace referencia a aquellos individuos que superan la edad mínima que se requiere legalmente para jubilarse. Dicha edad varía en cada país, y oscila entre 60 y 65 años para los hombres y entre 55 y 65 para las mujeres (ver cuadro 5.1)

<sup>7</sup> Gasparini et al (2007) muestran evidencia en este sentido para una muestra de 20 países de Latinoamérica.

<sup>8</sup> Un análisis exhaustivo de la cobertura del sistema de pensiones se puede encontrar en Rofman y Lucchetti (2006)

<sup>9</sup> Ver (OIT, 2002). En algunos países estos programas también otorgan seguros de salud o permiten acceder a otras prestaciones de la seguridad social

<sup>10</sup> Entre las excepciones se destacan el programa brasileño de pensiones rurales y el programa boliviano de pensiones universales. Estos programas explican en gran parte la relativamente alta tasa de cobertura del sistema de pensiones de estos países

obtenidos constituyen un insumo fundamental para evaluar posibles reformas orientadas a mejorar las condiciones de seguridad económica en la vejez.

### *Los programas*

Se simularon 5 programas alternativos de pensiones no contributivas (PNC) para los adultos mayores. Las diferencias fundamentales se encuentran o en la población objetivo de los mismos o en las hipótesis de comportamiento realizadas. Los beneficios los reciben todos los adultos mayores que satisfagan las condiciones de elegibilidad de cada programa.

#### *Programa 1:*

Transferencia básica  $b$  a todos los adultos mayores pobres sin ingresos por jubilación o pensión.

#### *Programa 2:*

Este programa es idéntico al 1, pero se asume que la presencia del mismo afecta las decisiones que toman las personas que actualmente forman parte de la fuerza laboral respecto de cotizar en la seguridad social. El requisito de no estar cubierto por el sistema de pensiones para acceder al programa implica en teoría un desincentivo a buscar empleos formales, en particular en los escenarios en los que el monto de la transferencia simulada es elevado. Si se ignoran estos desincentivos se estaría subestimando el número de beneficiarios del programa en el largo plazo y, por ende, también se subestimaría el costo del mismo.

Para explorar si los resultados difieren sustancialmente cuando se incorporan este tipo de reacciones, se asumió que la distribución observada del ingreso por jubilaciones y pensiones es una buena aproximación de la distribución correspondiente al equilibrio de largo plazo. En particular, se asumió que el 50% de los adultos mayores pobres que reciben una jubilación inferior a la transferencia del programa, habrían optado por dejar de realizar aportes al sistema durante su vida laboral activa.<sup>11</sup> Bajo estos supuestos, el número de beneficiarios será superior a los del programa anterior.

#### *Programa 3:*

Este programa es similar al 1, pero se contempla la posibilidad de que el mismo no se focalice completamente en la población objetivo. Si bien resulta relativamente sencillo chequear los requisitos relativos a la edad y a la percepción de pensiones (empleando los registros administrativos del sistema previsional), la condición de que los beneficiarios sean pobres es mucho más difícil de verificar en la práctica, especialmente para los individuos que son “marginamente” no pobres. En este programa se asume que parte del gasto en el mismo se filtra hacia estos individuos. En particular, se

---

<sup>11</sup> Estrictamente debería considerarse también el ahorro que realizarían dichos individuos en términos de aportes al sistema. Debido a la ausencia de información apropiada para estimar el monto de los mismos se optó, por simplicidad, por ignorar este aspecto.

consideraron como beneficiarios a la mitad de los adultos mayores no pobres cuyo ingreso per cápita es a lo sumo un 20% superior a la línea de pobreza correspondiente.

*Programa 4:*

Este programa otorga una pensión no contributiva a toda la población mayor, independientemente de que la misma esté o no protegida por el sistema tradicional de seguridad social y de su nivel de ingresos. El Bono Solidario de Bolivia reúne estas características.<sup>12</sup>

*Programa 5:*

Este esquema de protección es idéntico al anterior, pero descuenta el gasto en los programas de pensiones preexistentes.<sup>13</sup>

Entre los supuestos realizados se destacan:

- El costo administrativo del programa es el 10% del monto total de las transferencias
- Posiblemente la implementación de un programa de PNC en gran escala afecte, entre otras cosas, la oferta laboral de la población mayor. Es probable que una proporción significativa de las personas que continúan trabajando durante la vejez no se hayan retirado del mercado laboral porque carecen de otro tipo de ingreso.<sup>14</sup> Esto se ilustra en la figura 5.1. Se observa que tanto en Nicaragua como en Uruguay la probabilidad de estar ocupado cae sustancialmente cuando se incrementa el ingreso no laboral.<sup>15</sup> Para incorporar este efecto en el análisis, se estimó el número esperado de horas trabajadas en función de las características de las personas empleando un modelo econométrico.<sup>16</sup> Mediante este modelo, se simuló para cada beneficiario ocupado el cambio esperado en el ingreso laboral en los escenarios considerados.

---

<sup>12</sup> Este programa brinda desde 1997 un beneficio vitalicio a toda la población mayor de 65 años de edad, independientemente de su nivel socioeconómico o de su historia contributiva (CEPAL, 2006)

<sup>13</sup> Específicamente, se define la transferencia neta del programa como:

$TN = b - P^*$  donde  $b$ : transferencia básica,  $P^*$ : pensión preexistente. En el ejercicio realizado se supuso que el gasto neto del programa por pensión otorgada fue igual a:  $GN = \text{máximo} \{0, BN\}$

El gasto neto en la pensión otorgada es nulo si  $BN$  es negativo o igual cero (sólo se reemplaza parte del gasto de un programa preexistente) y es igual a  $BN$  si la pensión recibida por la persona es inferior a la transferencia básica  $b$  (se descuenta la totalidad de la pensión otorgada antes de la implementación del nuevo esquema).

<sup>14</sup> Gasparini et al (2007) muestran evidencia en este sentido.

<sup>15</sup> Dicha probabilidad fue calculada para un adulto mayor sin ingreso por jubilaciones "típico". Es decir, el resto de las variables fueron evaluadas en la media muestral correspondiente a este tipo de individuo.

<sup>16</sup> Específicamente, la ecuación de horas trabajadas se estimó mediante el método de Tobit. Las variables independientes del modelo incluyen dummies que captan el máximo nivel educativo alcanzado. También se incluye la edad, la edad al cuadrado, una dummy que captura el género, otra que identifica al jefe del hogar y un conjunto de dummies regionales. Asimismo, se incluyó el ingreso no laboral y una dummy que identifica a los adultos mayores jubilados (para captar el efecto de la distinta dinámica laboral de este grupo). Los modelos estimados están disponibles para quien lo solicite.

- Al evaluar el impacto sobre la pobreza y la desigualdad se supone que los beneficiarios distribuyen el monto de la transferencia en partes iguales entre los miembros del hogar al que pertenece el beneficiario.
- Al igual que en la sección anterior se asumió que el costo fiscal de los programas es financiado con un impuesto proporcional a los ingresos
- Probablemente la implementación de programas de PNC altere el comportamiento de los individuos en múltiples dimensiones (no sólo las mencionadas en los párrafos anteriores). Claramente puede esperarse que los mismos alteren las decisiones de ahorro de los individuos o la participación laboral de otros miembros del hogar que no reciben el programa, por nombrar un par de ejemplos. La consideración de este tipo de reacciones excede el alcance de este trabajo.
- Al igual que en la sección anterior se asumió que el costo fiscal de los programas es financiado con un impuesto proporcional a los ingresos.

En muchos países existen pensiones mínimas establecidas legalmente. En general el valor de las mismas se fija como una proporción del salario mínimo vigente. Expresar las PNC simuladas como proporción de este salario limitaría la comparabilidad de los ejercicios entre países. Por este motivo se optó por expresar la PNC como proporción de la línea de pobreza considerada. No obstante, en este trabajo se consideran diversas líneas de pobreza y un amplio rango de proporciones de las mismas. Por lo tanto, puede elegirse la combinación de parámetros que se considere más apropiada en cada país. Como referencia, en la figura 5.2 se grafican para la muestra de países utilizada los salarios mínimos a PPP

### *Resultados*

En el cuadro 5.3 se reportan los resultados de los ejercicios de microsimulaciones para los 9 países considerados en esta sección.<sup>17</sup> El impacto sobre la pobreza se estudia tanto para el total de la población como para los adultos mayores considerados en forma aislada. Los resultados obtenidos se ilustran con el caso de Nicaragua tomando como referencia la línea de US\$2.

En el primer panel de dicho cuadro se presentan los resultados correspondientes al primer programa de pensiones simulado. Se observa que otorgar a todos los adultos mayores no protegidos una pensión de 2 veces la línea de pobreza de US\$2 costaría aproximadamente un 2.3% del producto de Nicaragua. Dicha transferencia reduciría la tasa de incidencia de la pobreza en solamente 3.7 puntos porcentuales. Por otra parte, la brecha de la pobreza se cerraría en aproximadamente un 15%. El hecho de que la

---

<sup>17</sup> En esta sección no se analizó el caso de Perú debido a que la base de datos empleada no posee información apropiada sobre la percepción de pensiones.

población objetivo del programa represente un pequeño porcentaje de la población total es uno de los principales motivos que explican el impacto limitado del programa en estas dimensiones. En el gráfico 5.3 se observa que la misma representa poco más del 2% de la población de Nicaragua.<sup>18</sup>

Las conclusiones son diferentes cuando se considera la pobreza del grupo etario al que está dirigido el programa. El porcentaje de adultos mayores pobres caería en más de 17 puntos porcentuales y la brecha de la pobreza se cerraría en aproximadamente un 85%.

Por otro lado, el coeficiente de Gini no varía significativamente. Si el monto de la pensión otorgada es 1.5 veces la línea de pobreza de US\$2, el coeficiente de Gini cae de 52.3 a 50.8.

El programa 2 es similar al 1 pero incorpora el efecto de los desincentivos a cotizar que genera un programa extendido de PNC. En el largo plazo estos desincentivos se manifestarían en un mayor número de beneficiarios para el programa y, por ende, en un mayor costo del mismo. Sin embargo, en el caso de países como Nicaragua, donde el sistema tradicional de protección social no se encuentra muy desarrollado, no se espera un incremento sustancial en el número de beneficiarios debido a este tipo de comportamiento. Asimismo, incluso en los países en los que dicho sistema se encuentra relativamente extendido, el supuesto de focalización en la población pobre tiende a atenuar el incremento de los costos por este efecto.

Comentarios similares pueden realizarse respecto del programa 3. El esquema de pensiones propuesto es análogo al del programa 1, pero se reconocen las dificultades que existen para focalizar las transferencias en los pobres en la práctica. Al igual que en el caso del programa anterior, esto se traduce en un incremento en el número de beneficiarios. Dado que los mismos poseen un ingreso superior a la línea de pobreza antes de la existencia del programa, se espera que el incremento en el gasto del mismo no genere beneficios adicionales en términos de reducción de la pobreza.<sup>19</sup>

En la figura 5.3 se verifica lo mencionado en los párrafos anteriores. En dicha figura se observa que en Nicaragua el número de beneficiarios de los programas 2 y 3 no difiere sustancialmente del correspondiente al programa 1. En el cuadro 5.3 se percibe que los resultados obtenidos para los tres programas son prácticamente los mismos. En general las diferencias son prácticamente insignificantes. Como era de esperar, se observa que el programa 3 obtiene un impacto similar sobre la pobreza y el coeficiente de Gini a un costo ligeramente mayor.

---

<sup>18</sup> En el mismo gráfico se percibe que dicho porcentaje es el más elevado en la muestra de países considera en este trabajo. La combinación de elevada tasa de incidencia de pobreza y escaso desarrollo del sistema de pensiones en Nicaragua explican este fenómeno

<sup>19</sup> Se debe notar que esto no es necesariamente cierto. Dado que se asume que el programa se financia mediante impuestos proporcionales, individuos que son marginalmente no pobres antes de su implementación, pueden dejar de serlo después de la misma. En este sentido, las “filtraciones” pueden contrarrestar este efecto.

El programa 4, en cambio, requiere de un esfuerzo fiscal muy superior. El mismo extiende la nueva red de protección a toda la población mayor. En la figura 5.3 se observa que esto implica en todos los países un incremento sustancial en la población objetivo del programa. En Nicaragua, una transferencia de dos veces la línea de la pobreza de US\$2 implica un costo fiscal de aproximadamente 8 puntos del producto. La tasa de incidencia de la pobreza sólo cae en 1.9 puntos porcentuales. La mayor presión tributaria requerida para financiar un esquema de gran escala como el propuesto explica el menor impacto sobre la pobreza en comparación con los programas focalizados. No obstante, el impacto sobre el coeficiente de Gini es muy similar. Los resultados son prácticamente los mismos para el programa 5, aunque a un costo ligeramente menor. Por el contrario, en los países del Cono Sur el ahorro de costos en comparación al programa anterior es sustancial. Naturalmente, esto se explica por la mayor extensión del sistema de seguridad social en los mismos. Los comentarios anteriores son ilustrados en la figura 5.4

La figura 5.5 permite comparar directamente los resultados obtenidos para cada programa en la muestra de países considerada, empleando la línea de US\$2. En el caso de los programas focalizados en la población pobre, se observa que en Nicaragua y Honduras el esfuerzo fiscal requerido para obtener un determinado cierre de la brecha de la pobreza es muy superior al del resto de los países. Otros resultados importantes que se desprenden de los ejercicios realizados son los siguientes:

- En todos los países considerados las PNC focalizadas permitirían reducir significativamente la pobreza en la vejez a un costo razonable. En muchos casos el esfuerzo fiscal requerido representa una fracción insignificante del producto.
- El efecto sobre la pobreza de la población total y la desigualdad es limitado.
- Los resultados son robustos a filtraciones moderadas hacia la población no pobre.
- Tampoco se alteran si se incorpora en el análisis los desincentivos a cotizar. No obstante, las conclusiones posiblemente serían diferentes si se consideraran programas universales, si los desincentivos se modelaran de otra forma o si el monto de las pensiones otorgadas fuera mucho mayor. En particular, el carácter focalizado de las pensiones atenúa considerablemente estos desincentivos.
- La universalización de las PNC no parecería ser una alternativa atractiva en comparación con los programas focalizados en la población pobre. La extensión de las pensiones a todos los adultos mayores implicaría un aumento sustancial en el costo del programa sin ganancias claras en términos de reducción de la desigualdad y (obviamente) la pobreza. En algunos casos se observa incluso un incremento de la pobreza luego del programa. Además, el financiamiento de este tipo de programas no parece ser viable en muchos países latinoamericanos. Asimismo, como se mencionó en el párrafo anterior, los desincentivos a cotizar podrían ser considerables.
- Se observan heterogeneidades importantes entre los países en términos del costo fiscal requerido para cerrar la brecha de la pobreza en un cierto porcentaje. El grado

de desarrollo del sistema de pensiones y el nivel de la pobreza de cada país son los principales factores que explicarían estas diferencias.

### *Proyecciones a futuro*

(próxima versión)

## **6. Cobertura en salud**

El concepto de protección social asociado a salud ha evolucionado desde una perspectiva comunitaria en donde el Estado garantizaba la provisión de servicios hacia una perspectiva de derechos en la cual el compromiso estatal reside en garantizar “...que un individuo o grupo de individuos puedan obtener servicios de salud de una manera adecuada a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud existentes en el país” (Rosenberg y Andersson, 2000).

Existe una preocupación por la generación e identificación de los recursos necesarios para afrontar los desafíos que proponen los irregulares logros en salud que alcanza América Latina tanto en términos de niveles de salud, como de cobertura financiera y efectiva. En el Cuadro 6.1 se presenta una comparación de la situación en diversos indicadores de salud de los países considerados en el estudio. Allí puede observarse que en general pareciera que los niños logran niveles satisfactorios y relativamente homogéneos de cobertura efectiva (columnas (i) y (ii)), que no pareciera reflejarse en los indicadores de salud (columnas (iii) a (v)), ni en los indicadores de gasto (columnas (vi) a (viii)).

Dado que parte del objetivo de este trabajo es evaluar la extensión de la cobertura de salud, en el Cuadro 6.2 se presenta la ausencia de cobertura de seguro de salud para diversos grupos relevantes. En el mismo puede observarse que en casi todos los países existe una demanda insatisfecha de cobertura, -columna (i)- que se incrementa para los grupos de menores ingresos, -columnas (v) y (vi)-. También puede observarse que mientras las mujeres tienen una mayor demanda de cobertura que el promedio poblacional -columna (ii)-, entre los individuos de la tercera edad suele suceder exactamente lo inverso -columna (iv); mientras que para los niños no pareciera existir un comportamiento definido-columna (iii).

El éxito en la resolución del problema de falta de cobertura a través de la universalización de la misma implica considerar cuestiones como el nivel de ingreso, la estructura de la economía, la distribución de la población, la capacidad del país de gestionar un sistema de este tipo y el nivel de solidaridad de la sociedad (Carrin y James, 2005, a y b). Entre estos elementos se destaca por su ausencia la consideración de la fortaleza fiscal, el cual es un elemento esencial tanto para el logro del objetivo de ampliar la cobertura en salud como para sostener las ganancias ya alcanzadas (Baeza y Packard, 2006).

En los últimos años diversos países de América Latina han comenzado un lento proceso de dotar a toda su población una cobertura explícita en salud. Este proceso se enmarca en una preocupación de los organismos multilaterales y agencias de cooperación (Banco Mundial, OIT, OMS, GTZ) por avanzar en proveer cobertura de salud para toda la población. En la actualidad, en América Latina, estos programas se basan en prestaciones hacia la Madre y el Niño (Argentina, Honduras) hacia prestaciones básicas o de primer nivel de atención (Ecuador, Honduras y Nicaragua) o ciertas garantías de prestaciones y su calidad (Chile).

Frente a la creciente tensión que colocan en los sistemas de salud las exigencias de financiamiento en contraposición con las necesidades de salud no cubiertas<sup>20</sup> resulta relevante considerar los esfuerzos fiscales asociados al pilar de una cobertura básica en salud del piso prestacional. Para ello se evaluarán los costos fiscales asociados a la combinación de distintos paquetes prestacionales que podrían ser considerados con la implementación de un seguro de este tipo. Adicionalmente, se pretende evaluar la inclusión de segmentos significativos de la población excluida de los sistemas de salud y considerar cómo cambian dichos costos cuando se utilizan definiciones alternativas de la población objetivo.

### *Algunos conceptos generales*

El tipo de programa que aquí se analiza es en realidad un único programa consistente en asegurar la cobertura financiera para el acceso a los servicios de salud básicos. En términos generales, podemos establecer que el costo total de un programa de salud depende del tamaño y la estructura demográfica de la población objetivo y del monto del beneficio. En esta sección se modifican cada uno de estos elementos de manera de poder obtener un mapa para cada país de los costos asociados a la combinación seleccionada.

Dada la complejidad de definir la canasta de prestaciones y su valor<sup>21</sup> para el conjunto de países considerado en este trabajo, se utilizarán estimaciones ya existentes de dicha canasta. De este conjunto de estimaciones se considerarán sólo aquellas que incluyan los cambios requeridos en la oferta. De esta manera, los programas que aquí se

---

<sup>20</sup> Titelman y Uthof (2003)

<sup>21</sup> Rutten y van Busschbach (2001) describen los criterios que deberían considerarse para definir un paquete prestacional. Entre ellos: costo efectividad, necesidad de tratamiento por los individuos, severidad de la enfermedad, la responsabilidad colectiva y personal y la eficiencia de asegurar el servicio.

consideran garantizarán las funciones de rectoría<sup>22</sup>, el proceso de financiamiento<sup>23</sup>, el aseguramiento<sup>24</sup> y la provisión de los servicios.

Estos programas se relacionan con un conjunto de definiciones de poblaciones objetivo, las cuales permiten considerar desde el caso más general, universalización del programa, hasta los casos en que se prefiere focalizar la implementación en algún grupo en particular. En este sentido, se evalúa el caso de las mujeres y los niños y a los pobres.

Con las valorizaciones obtenidas de la literatura sobre el paquete prestacional y las poblaciones objetivos se realiza una comparación del esfuerzo fiscal requerido tanto en términos del gasto actual como del PBI.

El tipo de enfoque metodológico multi-país condiciona el tipo de definición del concepto de “extensión de cobertura” a considerar. Esto es, para algunos países con elevada informalidad, baja cobertura de salud y baja disponibilidad de recursos en salud, la universalización de la cobertura refiere más a la inclusión de toda la población en un esquema de aseguramiento. Por el contrario, para otros países, con mejores condiciones socioeconómicas y mayor disponibilidad de recursos en salud, la universalización de la cobertura también refiere a mejorar los procesos, los tamaños de los paquetes prestacionales, etc. para los individuos que poseen cobertura (Baeza y Packard, 2006)

### *La población objetivo o la focalización*

Como se ha comentado previamente, en el estudio de sensibilidad se propone utilizar diversas definiciones de población objetivo, las cuales tratan de reflejar cómo sería el proceso hacia la universalización de la cobertura.<sup>25</sup> Es por esto que se comienza considerando el caso más general en que se considera como objetivo a toda la población hasta el caso más restringido en que la preocupación son las mujeres y niños sin seguro de salud y pobres. En la Figura 6.1 se presenta como sería el proceso de delimitación de la población. A continuación se detalla el mismo.

Primero, se comienza considerando que el gobierno se encuentra preocupado por garantizar para toda la población un paquete prestacional uniforme.<sup>26</sup> En este caso se

---

<sup>22</sup> Esto es la conducción, regulación y vigilancia del sistema de salud

<sup>23</sup> Entendido como el proceso de recolección, gestión y asignación de los recursos financieros

<sup>24</sup> El cual implica definir la población cubierta, los paquetes prestacionales y la contratación de los servicios

<sup>25</sup> La dificultad para lograr la universalización de la seguridad social es uno de los desafíos históricos de estos sistemas. Titelman y Uthof (2003)

<sup>26</sup> El programa Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) de Chile es un programa que tiene este objetivo. Urriola (2006) presenta el funcionamiento de este programa en el contexto del sistema de salud de Chile.

supondrá que el seguro se aplicará a toda la población independientemente de su condición de aseguramiento actual. En la columna (i) del Cuadro 6.3 se presenta para cada país cual sería la población objetivo. Si bien esta definición puede ser excesivamente amplia, y hasta ineficiente al dotar de un seguro a personas que pueden no desearlo, se la utilizará como un caso base para futuros avances.

También se considera manteniendo la visión de incluir a toda la población, que la autoridad sanitaria prefiera focalizar la población objetivo considerando que le preocupan en particular todos los niños y mujeres en edad fértil. En las columnas (ii) a (iv) del Cuadro 6.3 se presenta esta información.

No obstante, las demandas sobre los servicios de salud varían según la edad del individuo y por lo tanto el gobierno quisiera que los montos recibidos reflejen este hecho. Por esto se implementó un ajuste por el cual se considera como valor de referencia a los adultos y se ponderan con mayor intensidad a los ancianos y con menor intensidad a los niños.<sup>27</sup> Los resultados de este ajuste se pueden observar en las columnas (v) a (ix) del Cuadro 6.3. Estos ajustes son importantes ya que para unos países (Argentina, Chile o Uruguay) implican un aumento de la población objetivo mientras que para otros, todos los restantes, implica un descenso.

Muchas veces la preocupación se concentra en aquellos individuos que no disponen de seguro de salud. Por ello, a las 4 poblaciones consideradas se las restringió por esta condición de lo cual surgen los resultados que se muestran en el Cuadro 6.4 Finalmente, dado que es posible que una persona pobre no pueda evaluar si desea o no tener un seguro de salud dado que no puede pagarlo<sup>28</sup>, podría considerarse a esta población como objetivo del programa. En el Cuadro 6.5 se presentan estas poblaciones.

#### *Los paquetes prestacionales (altura del beneficio)*

Para poder evaluar cual sería la viabilidad fiscal de implementar este tipo de política, a cada una de estas poblaciones se le imputa el valor de 5 paquetes alternativos, los cuales se detallan a continuación. Es importante notar que los cuatro primeros refieren a paquetes prestacionales básicos mientras que el último incluye prestaciones de todos los niveles de atención. En el Cuadro 6.6 se presenta cada uno de estos paquetes convertidos en moneda nacional (MN) a partir de un indicador de paridad de poder de compra.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Este ajuste se construye suponiendo que los ancianos “necesitan” 2,5 veces más de recursos y los niños 0.72 veces respecto del promedio. Como tal se consideró a la población adulta.

<sup>28</sup> En el Cuadro 6.2 se puede ver que la falta de cobertura entre los individuos pobres es muy elevada en casi todos los países.

<sup>29</sup> Este valor se obtuvo de World Economic Outlook Database del Fondo Monetario Internacional.  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2007/01/data/index.aspx>

Valorización 1- Una canasta de 15U\$\$ la cual refleja algunos acuerdos recientes realizados en Nicaragua y Honduras<sup>30</sup>, países en los cuales se han realizado diversos acuerdos de prestaciones cuyos valores anuales se ubican entre los 12 y los 18 U\$\$.

Estos valores se refieren a un conjunto básico de prestaciones de variada composición.

Valorización 2- Una canasta de 34U\$\$, los cuales incluyen todos los recursos necesarios para la administración adicional y refieren al gasto total anual per capita en valores de 2002 que requerirían todos los países de ingresos bajos. Fuente: Tabla A2.4 del Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud OMS-Harvard

Valorización 3- Una canasta de 40U\$\$, estos recursos incluyen todos los necesarios para la administración adicional y refieren al gasto total anual per capita en valores de 2002 que requerirían todos los países de ingresos medios o en desarrollo. Fuente: Tabla A2.4 del Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud OMS-Harvard

Valorización 4- Una canasta de 60U\$\$, estos recursos incluyen todos los necesarios para la administración adicional y refieren al gasto total anual per capita en valores de 2002 que requerirían todos los países de América Latina. Fuente: Tabla A2.4 del Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud OMS-Harvard. Debe aclararse que sólo dos países de los considerados en el estudio fueron costeados por la Comisión: Nicaragua y Honduras para mensurar este valor.

Valorización 5- Una canasta que surge de considerar el valor que debe aportar un trabajador independiente por año para disponer de cobertura de salud por la seguridad social de Argentina. Este monto es de 274U\$\$ y sirve para financiar un paquete de prestaciones que excede el primer nivel de atención, incluyendo servicios de alta complejidad y medicamentos. Estas prestaciones componen el Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual define los servicios que deben ser prestados por las entidades pertenecientes a la Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales).

### *Otros supuestos*

Antes de continuar con el análisis deben realizarse algunos comentarios sobre los supuestos subyacentes:

- Si bien se trata de un punto importante para garantizar la cobertura efectiva de salud, por la complejidad del tema, no se establece de qué manera concreta se realizará el pago a los prestadores.<sup>31</sup> Esta aparente debilidad es la que permite considerar que la implementación de esta cobertura se realizará a través de cualquiera de los subsectores del sector salud y bajo cualquier organización del

---

<sup>30</sup> Sojo y Uthoff (2007) y Oostingh (2006)

<sup>31</sup> Langenbrunner y Liu (2004) revisan los arreglos institucionales tradicionales y algunas de las innovaciones recientes

mismo. Así, para algunos países en donde el sistema público de salud es importante se podría pensar el seguro como un refuerzo sobre dicho sistema<sup>32</sup> (Argentina, Brasil). En otros casos en donde se pretende reforzar la seguridad social podría transferirse estos recursos al sistema el cual incorporaría a la población objetivo.<sup>33</sup> Por último, en los casos en que por las debilidades del sector público se pretenda implementar a través del sector privado se podría realizar un contrato de compra de servicios a este sector.<sup>34</sup>

- Tanto para la realización y estimación de las poblaciones objetivo como para los efectos posteriores a su implementación no se realizan supuestos sobre la respuesta de las personas frente a la oferta de un seguro público. En la sección posterior a los resultados se realiza un análisis detallado de este tema.
- Se supone que existe la posibilidad de obtener los fondos adicionales que requiere el programa. Este supuesto puede ser cuestionable dado que la economía política de la tributación difícilmente permita elevar la misma y porque difícilmente los recursos que hoy están utilizando otros sectores puedan ser redistribuidos. No obstante, como argumenta Wagstaff (2007), no existe evidencia, para los países de la OECD, sobre que sea relevante la fuente de financiamiento pero sí sobre que importan las características del sistema de provisión. En este sentido este argumento sugiere prestar atención sobre la modalidad concreta de implementación del programa que aquí se estudia.
- En este sentido es conveniente aclarar que todos los paquetes prestacionales considerados incluyen todos los costos de su implementación. Esto implica que se incluyen tanto los servicios de rectoría como los de financiamiento pero también aquellos relacionados con la generación de la oferta necesaria para que el servicio se pueda prestar.

#### *A modo de síntesis*

Simplemente para dejar bien establecidos los distintos elementos considerados en esta sección, a continuación se presentan de manera esquemática las diferentes estimaciones de poblaciones objetivo y de paquetes prestacionales de las cuales se derivan las 60 alternativas consideradas para cada país.

---

<sup>32</sup> Este podría ser la situación de países como Argentina o Brasil en donde el sistema hospitalario público, en la forma de Sistema Nacional o no, es un prestador muy importante.

<sup>33</sup> Por ejemplo, recientemente Argentina está transfiriendo a algunas Obras Sociales Provinciales, como Buenos Aires o Salta, la cobertura de los beneficiarios de las pensiones no contributivas (PROFE).

<sup>34</sup> Tal es el caso, por ejemplo, de Honduras.

Denominación	Definición
PO1	Toda la población
PO2	Toda la población de mujeres y los niños
PO3	Toda la población ajustada por necesidad
PO4	Toda la población de mujeres y niños ajustada por necesidad
PO5	Toda la población sin seguro de salud
PO6	Toda la población de mujeres y los niños sin seguro de salud
PO7	Toda la población ajustada por necesidad sin seguro de salud
PO8	Toda la población de mujeres y niños ajustada por necesidad sin seguro de salud
PO9	Toda la población pobre sin seguro de salud
PO10	Toda la población pobre de mujeres y los niños sin seguro de salud
PO11	Toda la población pobre ajustada por necesidad sin seguro de salud
PO12	Toda la población pobre de mujeres y niños ajustada por necesidad sin seguro de salud

Programa	Valor del paquete prestacional y fuente
Nº 1	15U\$S Experiencias piloto en Honduras y Nicaragua
Nº 2	34U\$S Tabla A2.4 del Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud OMS-Harvard
Nº 3	40U\$S Tabla A2.4 del Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud OMS-Harvard
Nº 4	60U\$S Tabla A2.4 del Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud OMS-Harvard.
Nº 5	274U\$S Anualización del pago de un trabajador independiente a la Seguridad Social en Argentina

### Los resultados

A partir de las 5 canastas y las 12 poblaciones objetivo se construyeron 60 escenarios alternativos para cada país. Para cada uno de ellos se computó el costo total de brindar los servicios de salud definidos por el paquete fiscal asociado para cada una de las poblaciones. Para poder evaluar la magnitud del esfuerzo que implicaría su implementación se relacionó dicho valor con el Gasto Público en Salud<sup>35</sup> y con el Producto Bruto Interno.<sup>36</sup>

En el Cuadro 6.7 se presentan estos resultados para cada país en la forma de 12 cuadros, con la excepción de Brasil y Rep. Dominicana, que surgen de todas las combinaciones de valores de paquetes prestacionales y población objetivo.<sup>37</sup> En cada cuadro la primera

<sup>35</sup> Este valor es el que adopta la Organización Mundial de la Salud en las estimaciones de cuentas nacionales en salud. <http://www.who.int/nha/country/en/>

<sup>36</sup> Este valor se obtuvo de World Economic Outlook Database del Fondo Monetario Internacional. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2007/01/data/index.aspx>

<sup>37</sup> Las limitaciones para incluir a estos países reside en la no disponibilidad de información en formato de micro datos sobre aseguramiento.

columna indica el valor del paquete (expresado en dólares PPP), el cual refleja la altura del piso de protección social.

Las dos columnas siguientes muestran el costo total del paquete, tanto en moneda nacional como en paridad de poder de compra. Por ejemplo, para Argentina el costo de cubrir a toda la población con un paquete mínimo de prestaciones (15U\$S) implicaría un costo de 586.9 millones en moneda nacional y de 627.7 millones en dólares de paridad de compra.

Adicionalmente, como se ha considerado en la definición de las poblaciones objetivo, dado que la estructura demográfica afecta las necesidades de salud estos cuadros se presentan de la siguiente manera. Todos los cuadros a la izquierda reflejan los casos en que la población objetivo no se ajusta y en los de la derecha se presenta el caso en que sí se realiza el ajuste. Para el caso de Argentina, este ajuste implicaría que el costo se eleve a 617.1 millones en moneda nacional y 660 millones en paridad de poder de compra.

En la Figura 6.2 es posible observar una comparación de cómo cambian para cada país los dos indicadores de esfuerzo para cada valorización de las prestaciones y para cada población objetivo según si se realiza o no el ajuste por demografía.

Los últimas dos columnas de cada cuadro reflejan los esfuerzos requeridos para poder implementar cada caso. La primera de estas mide el esfuerzo con relación al Gasto Público Total en Salud mientras que la segunda mide este esfuerzo con respecto del Producto Bruto Interno. Siguiendo con el caso de Argentina, cubrir a toda la población (ajustada) implicaría destinar tan sólo 2.6% de los recursos públicos que actualmente se destinan a salud y 0.1% del PBI.

A medida que se encarece el costo del paquete prestacional ofrecido, los costos y esfuerzos asociados se elevan en proporción al aumento de dicho valor de referencia. Así, cuando el paquete prestacional se eleva cuatro veces respecto del caso básico (a 60 U\$S) el costo en moneda nacional pasa, para Argentina, a 2468.4 millones de moneda nacional con un esfuerzo requerido de 10.3% del gasto público y 0.5 del PBI. Esto mismo sucede con cada uno de los países.

La situación inversa se presenta a medida que se focaliza la población objetivo. Por ejemplo, el sólo paso a la totalidad de la población materna infantil implicaría, para el caso de Argentina, un descenso en los montos implicados a casi una tercera parte. Este efecto es de magnitudes similares para casi todos los países, con la excepción de Honduras y Nicaragua en donde el descenso es a la mitad. Cuando se realizan los ajustes por necesidades, dado que esta población excluye a los individuos con mayores necesidades de recursos, ahora los recursos necesarios son inferiores para todos los países.

Cuando la focalización del programa se realiza exclusivamente por la disponibilidad de seguro de salud, también se produce el descenso en los costos totales pero de menor magnitud que en el caso anterior. En este caso, la presencia de sistemas de seguridad social maduros implica que el costo ajustado también sea inferior al costo sin ajustar. Por ejemplo, en Argentina, el costo del programa con la población ajustada en relación

al gasto actual en salud es 10 puntos inferior al que surge cuando no se ajusta la población, 15.2% y 25.3% respectivamente.

Finalmente, cuando los criterios de focalización incluyen la condición de pobreza, los casos asociados tanto a la población en general como a la materna infantil muestran un descenso muy significativo. Por ejemplo, en Argentina el costo con referencia al PBI se reduce de 6.1% a 1.2%, para el paquete de mayor valor. Proporciones similares se presentan en los restantes países con la excepción de Nicaragua para el cual el descenso es del 50%.

Como ya se ha argumentado, se dispone de un volumen de información que permitiría realizar estudios muy interesantes por países. No obstante dado que este objetivo excede el de este trabajo, a continuación se presentan algunos resultados de tipo general:

- Si el objetivo de la política de protección social es brindar un paquete básico de prestaciones a toda la población de América Latina no pareciera que estuviese limitado por el esfuerzo fiscal requerido. Para los países que mayor esfuerzo debieran realizar, Honduras, Nicaragua, Perú y Rep. Dominicana, el costo total del programa se ubicaría en torno del 10% del gasto público total en salud.
- Si se evalúa el esfuerzo de implementar este mismo programa con relación a los recursos de la economía, en ningún caso la relación de su costo total con el PBI es superior al 0.5%.
- No obstante existente diferencias significativas entre los países de la región si el objetivo fuese asegurar a toda la población un mismo monto de recursos pero de un paquete de complejidades diversas -paquete V5-. El mayor esfuerzo de recursos, con relación al PBI, deberían realizarlo Honduras (8.7%) y Nicaragua (6.9%). Si bien estos montos parecerían alcanzables, cobran verdadera dimensión cuando se considera que el esfuerzo con relación al gasto público total en salud es de 197.5% y 160.7% respectivamente. La situación inversa se presenta en Argentina y Chile, en donde el esfuerzo con relación al PBI es del orden de 2%. Para los restantes países estos montos se ubican en torno del 3%. Cabe aclarar que para Perú este paquete puede implicar un importante esfuerzo fiscal debido a que representaría el 254.7% de su gasto público en salud.
- De esta manera la principal conclusión que puede obtenerse de las microsimulaciones es que para algunos países, la implementación de programas de bajo costo puede alcanzarse con esfuerzos fiscales relativamente pequeños. No obstante, cuando el objetivo de la política de protección social requiere cubrir un conjunto superior de bienes que involucren la prestación de servicios de variada complejidad, es posible que para los países de menor desarrollo, posiblemente aquellos con mayores necesidades sanitarias, resolver la cuestión fiscal no sea un tema menor.

*Respuestas esperadas frente al piso de protección social en salud*

En este trabajo no se realizan supuestos sobre la respuesta de las personas frente a la oferta de protección desde la perspectiva de salud. A continuación se destacan algunos resultados que podrían llegar a presentarse durante la implementación del mismo y que debieran ser considerados.

- Es probable que algunos individuos decidan realizar un menor esfuerzo laboral, ya que parte de los ingresos que antes requerían ahora son compensados por el programa. Como parte de este mismo efecto es posible que los individuos, en los casos en que exista, tiendan a preferir empleos con menor presencia de la seguridad social<sup>38</sup>.

También, aunque menos probable, si no se considera las decisiones de aseguramiento, es posible que se entregue un seguro a personas que no desean tenerlo, esto es personas con ingresos suficientes para asegurarse pero que no lo desean. Si el seguro disminuye el precio de los servicios prestados es muy posible que esta población tienda a utilizar más los servicios.

- De esta manera se requiere suponer que el gobierno puede llevar adelante este seguro de manera que sea incentivo compatible. Esto es, de manera que pueda incluir los instrumentos adecuados para que los individuos bajo programa realicen el uso adecuado del mismo. El mecanismo usual es el establecimiento de copagos los cuales difícilmente puedan establecerse sobre personas que no disponen de recursos para realizar el pago de un seguro (asumiendo que la mayoría de las personas son adversas al riesgo del costo financiero por la enfermedad).
- Se supondrá que una vez que el gobierno ofrezca el seguro, el cual siempre incluye todos los costos, los individuos beneficiarios cambiarán sus decisiones de uso de servicios de salud y que existirá la oferta adicional que se requerirá.

A continuación se revisan algunos trabajos cuyos resultados pueden llamar la atención sobre las respuestas que podrían esperarse frente al paquete de protección social.

- Dantes et al (1999) analizan un programa de salud para población no asegurada en México. Encuentra que el impacto es positivo tanto en términos de cobertura efectiva (disponibilidad de oferta), el acceso y la calidad de los servicios pero también en los principales indicadores de salud materno infantil.
- Gruber y Simon (2007) en una revisión de las estimaciones de los últimos 20 años para EEUU encuentran que aproximadamente el efecto de crowding-out sobre el seguro privado es del 60%. Allí también se revisan los efectos de las políticas para evitar este efecto y encuentran que las mismas no han sido efectivas.

---

<sup>38</sup> Si bien ésta es una característica del puesto que se ofrece, junto con la menor oferta de puestos con seguridad social es posible que también los empleados tiendan a preferir menos este tipo de empleos.

- Scheil-Adlung et al (2006) estudian el impacto de disponer de un seguro de salud en tres países sudafricanos y encuentran que el efecto es significativo tanto en términos del uso de servicios de salud como del gasto de bolsillo. Por la metodología de estimación econométrica (modelos de probabilidad no lineales) reportan tan sólo los signos de efectos por lo que no es posible saber el valor de los efectos marginales.
- Card et al (2004) evalúan los efectos de la cobertura de salud con expansiones del MEDICARE de EEUU. Entre los principales resultados destacan: la reducción de las disparidades entre razas y grupos de educación, aumenta la probabilidad de acceder a los servicios médicos (incluyendo internación) pero no se modifica la tasa de crecimiento de la mortalidad específica del grupo.

### *Una evaluación preliminar sobre el piso de protección social*

Una pregunta interesante de considerar es si los esfuerzos que deben realizar los países de la región para implementar el piso de protección social tienen alguna relación con algunos indicadores de salud. En particular resulta interesante responder a tres cuestiones:

- Cómo es el esfuerzo que requiere el piso de protección social con relación al gasto total en salud del país?
- Existe alguna relación entre el piso de protección social y el gasto por habitante en salud?
- Necesitan más esfuerzo aquellos países que tienen peores indicadores de salud?

Las Figuras 6.3 a 6.6 pretenden realizar una evaluación de estas preguntas cuando el piso de protección social se implementa a través del paquete más básico aquí considerado (15U\$S PPP). Las Figuras 6.3 y 6.5 presentan los resultados cuando la población objetivo no es ajustada mientras que las otras dos tablas presentan los casos en que sí se realiza el ajuste. Los comentarios que siguen refieren a estas últimas.

En el primer panel de la Figura 6.4 se puede observar que cuando se ordena a los países en forma creciente por el nivel de Gasto Total en Salud (público y privado) respecto del PBI, no pareciera existir un patrón sistemático. Por ejemplo, Perú es el país con menor Gasto Total y el que requeriría el mayor esfuerzo fiscal cuando se considera a toda la población como objetivo pero Chile, el país que lo sigue con menor Gasto Total en Salud es uno de los que menor esfuerzo fiscal deberían realizar.

Cuando el análisis se concentra en el gasto en salud por habitante, pareciera existir un patrón claro decreciente. Esto es, a medida que los países destinan más recursos por habitante a salud menor es el esfuerzo fiscal requerido para implementar el piso de protección social.

La última dimensión relevante para analizar es como se relaciona el esfuerzo fiscal requerido con el nivel de salud de la población. Como aproximación a esta dimensión se

utiliza la tasa de mortalidad infantil. Se puede ver en el último panel de la Figura 6.4, que si bien con cierta discontinuidad, existe una relación positiva entre dicha variable y el esfuerzo fiscal. Esta discontinuidad surge por los resultados para el caso de Perú, pero si se elimina este país de la comparación se puede ver que la relación es bastante robusta.

De esta manera pareciera que cualquiera sea el programa que se decida implementar, en cuanto a la población objetivo, la distribución del esfuerzo fiscal podría permitir que las diferencias en los resultados de salud se suavicen. Esto es si los países con peores indicadores realizan un mayor esfuerzo, resultaría en un mayor nivel de gasto por habitante. Por otro lado, al destinarse una mayor proporción de recursos sobre poblaciones con mayores necesidades (mayores tasas de mortalidad infantil) resultaría en una mejora de la situación de salud de estos países.

Cuando se analizan estas dimensiones con relación al esfuerzo económico, esto es la relación entre el costo del programa y el PBI, los resultados no cambian significativamente. Al respecto obsérvese la correspondencia que existe entre todos los paneles de la Figura 6.6. y la Figura 6.4.

### *Proyecciones a futuro*

La evaluación del funcionamiento del paquete de protección social también puede realizarse desde la evaluación de proyecciones a futuro de la evolución del esfuerzo fiscal y económico. En esta sección se realiza una modelización esquemática de la evolución de la economía considerando como cambian estos indicadores de esfuerzo frente al fenómeno del envejecimiento demográfico y el crecimiento económico y la presencia de programas de transferencias condicionadas.

En cada país las proyecciones parten del año para el que se cuenta con la última encuesta de hogares y termina en el año 2025. En todos los casos, y por simplicidad, se trabaja con los dos paquetes extremos: el básico (V1 de 15U\$) y el de mayor complejidad (V5 de 274U\$) sobre tres poblaciones (todas ajustadas por necesidades): el total poblacional (PO3), toda población sin seguro de salud (PO7) y toda la población pobre (línea de pobreza de 2U\$) sin seguro de salud (PO11). Nótese que de esta manera se considera la evolución de todos los valores extremos posibles: desde el de menor costo (combinación V1-PO11) hasta el de mayor costo (combinación V5-PO3). Adicionalmente se supone que los gobiernos no modifican la asignación de gasto en salud con respecto al PBI.

Los restantes supuestos, la evolución demográfica, el crecimiento de cada economía y la respuesta de los individuos frente al programa, son los mismos que se han utilizado en las proyecciones de las secciones previas.

En el Cuadro 6.8 se presentan los resultados de estas proyecciones para cada uno de los países. Allí cada panel refiere a una población objetivo y se divide en dos subpaneles cada uno de los cuales refleja las dos valorizaciones evaluadas. Luego para cada una de

ellas se presenta la evolución de los costos absolutos, en moneda nacional y en paridad de poder de compra y el esfuerzo fiscal y económico que debiera hacerse.

En la Figura 6.7 se puede observar la evolución de estos indicadores para cada país en donde la columna de la izquierda refiere al paquete de menor valor y la de la derecha al de mayor valor. El primer par de paneles refieren a toda la población ajustada, los paneles inferiores a la población sin seguro de salud y los últimos dos a la población pobre si seguro de salud. Así, por ejemplo, para Argentina el primer par de paneles muestra que cuando no hay crecimiento los esfuerzos, fiscales y económicos, tienden a elevarse si se considera a toda la población como objetivo. Los paneles siguientes muestran que esto mismo se mantiene aún cuando el objetivo es la población sin seguro de salud y en los últimos dos paneles se puede observar que sucedería lo mismo cuando la población objetivo es la población pobre sin seguro de salud.

Dado que en este caso no se han realizado supuestos sobre el comportamiento de los hogares se puede ver en cada panel que a medida que el crecimiento del país pasa de ser nulo a ser elevado (5%), los esfuerzos muestran el patrón inverso al cambiar la tendencia de positiva a negativa. Este resultado es cierto para todas las poblaciones objetivo.

Se destaca que al diferenciarse los programas tan sólo en el valor del paquete prestacional, las tendencias generales no se modifican sustancialmente entre columnas son similares, cambiando tan sólo el nivel en el cual se realizan. En el mismo sentido, las tendencias de los esfuerzos son muy similares debido a que se ha supuesto que el gasto público con relación al PBI no se modifica.

Finalmente las Figuras 6.8 a 6.10 presentan una comparación de estos mismos resultados entre todos los países considerados para tres poblaciones objetivo (ajustada) diferentes. La Figura 6.8 presenta el caso en que se considera como objetivo a toda la población, la Figura 6.9 refleja el caso en que la población objetivo queda restringida a aquellos individuos que no disponen de seguro de salud y finalmente, la Figura 6.10 muestra el caso en que además de no tener seguro los individuos son pobres.

Todas estas figuras tienen la misma organización. Como en los casos previos la columna de la izquierda muestra la evolución proyectada del esfuerzo fiscal y la columna de la derecha el esfuerzo económico. La primera fila de cuadros corresponde al caso del paquete de menor costo y el escenario en que se supone crecimiento nulo. Las dos filas siguientes muestran que sucede para el mismo programa pero con los otros dos escenarios de crecimiento, 2% y 5%. Así por ejemplo, en la Figura 6.8 se puede ver que, debido al envejecimiento poblacional, a medida que pasa el tiempo el esfuerzo fiscal tiende a crecer, especialmente para aquellos países que requieren realizar éste esfuerzo con mayor intensidad, Perú, Honduras y Nicaragua. Los restantes países se mantienen sistemáticamente por debajo del 5%. Por el contrario, cuando se considera el esfuerzo económico surge que tan sólo Nicaragua, llegando a superar el 5% pareciera enfrentar un escenario de esfuerzos de magnitud creciente.

Los dos cuadros de la fila siguiente muestran que cuando las economías crecen moderadamente, ambos niveles de esfuerzos tienden a ser muy similares a los que se presentan en el año base. Y los finalmente, la fila siguiente muestra que cuando las economías crecen los esfuerzos fiscales y económicos disminuyen casi a la mitad para los países que mayor intensidad requieren. Por el contrario, en los restantes países también se observa este descenso pero con menor intensidad. Los últimos 6 cuadros muestran exactamente los mismos casos pero cuando el paquete prestacional es el de mayor valor. En este caso se observan las mismas tendencias pero para un nivel que es tanto mayor como el valor unitario de las prestaciones.

La Figura 6.9 refleja las mismas circunstancias que las consideras (consideradas) en la figura previa pero modificando tan sólo la población objetivo, que en este caso es aquella que no dispone de seguro de salud. Las tendencias generales son similares a las que se presentaron en el caso previo, siendo diferente las posiciones relativas de los países sólo para el caso del esfuerzo fiscal ya que ahora Perú se ubica entre Honduras y Nicaragua. Este último sigue siendo el país que mayor esfuerzo fiscal debe realizar

Finalmente la Figura 6.10 presenta la comparación cuando la población objetivo se limita a los individuos sin seguro de salud y pobres. Como en el caso previo, los comportamientos generales son muy similares para todos los países salvo que ahora el orden de aquellos con mayor esfuerzo fiscal se altera. El de mayor esfuerzo es Nicaragua, seguido por Perú y luego Honduras

Estas proyecciones permiten observar que el comentario respecto de la mayor necesidad de recursos por aquellos países de la región con situación de mayor necesidad, Nicaragua y Honduras, se reforzaría si estos países tienden a no crecer. Por el contrario, si estos países presentan un proceso de crecimiento relativamente sostenido los esfuerzos requeridos tenderían a reducirse.

Es importante destacar que en un escenario de crecimiento moderado el esfuerzo económico nunca implicaría incrementos superiores al 4% del PBI, los aspectos fiscales no son de despreciar. Así tanto para Nicaragua, el país que emergería como el que debería realizar mayores esfuerzos, como para Honduras y Perú, la asignación de recursos fiscales para el componente de salud de un piso de protección social no pareciera ser un tema menor.

## **7. Una evaluación del Piso de Protección Social**

## Referencias

- Baeza, Cristian C. y Truman G. Packard (2006) *Beyond Survival. Protecting Households from Health Shocks in Latin America*. Stanford University Press y The World Bank
- Bertranou, F., Solorio, C., van Ginneken, W. (2002). *Pensiones no Contributivas y Asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. Santiago, Oficina Internacional del Trabajo.
- Carrin, Guy y Chris James (2005,a) “Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage” *International Social Security Review*, Vol. 58, N 1
- Carrin, Guy y Chris James (2005,b) “Reaching universal coverage via social health insurance:key design features in the transition period” *Health Financing Policy Issue Paper Department of Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation(WHO/Geneva)*. Comments
- CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso financiamiento y solidaridad*. CEPAL, Naciones Unidas.
- Deaton, A. (1997).
- Gasparini, L., Alejo, J., Haimovich, F., Olivieri, S., , Tornarolli, L. (2007). Poverty among the Elderly in Latin America and the Caribbean. *Background paper for the World Economic and Social Survey 2007, The World Ageing Situation*
- Gasparini (2007). A Guide to SEDLAC. [www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas/sedlac](http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas/sedlac)
- Gómez-Dantés, Octavio; Francisco Garrido-Latorre; Sergio López-Moreno; Blanca Villa y Malaquías López-Cervantes (1999) “Assessment of the health program for the non-insured population” *Revista Saúde Pública*, 33 (4): 401-12
- Gruber, Jonatan y Kosali Simon (2007) “Crowd-out ten years later: Have recent public insurance expansions crowded out private health insurance?” *National Bureau Of Economic Research, Working Paper 12858* <http://www.nber.org/papers/w12858>
- ILO (2005). Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise. Working papers, 2005, Issues in social protection, Discussion paper 13.
- ILO (2006). Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: First results of a modelling exercise. Working papers, 2006, Issues in social protection, discussion paper 17.
- ILO (2006). Cash benefits in low-income countries: simulating the effects on poverty reduction for Senegal and Tanzania. Working papers, 2006, Issues in Social Protection - discussions paper 15.
- Langenbrunner y Liu (2004) “HOW TO PAY? Understanding and Using Incentives” *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper N 31633* September

- Ministerio de Salud de Chile (2002, a) “Objetivos sanitarios para la década 2000–2010” Comisión de Reforma. Santiago: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud de Chile (2002, b) “Sistema de acceso universal con garantías explícitas: construcción de la propuesta técnica del año base”. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- OIT (2007) Minimum wages database. Disponible en <http://www.ilo.org/travaildatabase/servlet/minimumwages>
- OMS (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra
- Oosting, Harrie (2006) “Protección social para trabajadores independientes en América Central” Fondo de Cooperación al Desarrollo de Bélgica
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2006) *World Ageing Wall Chart*. Department of Economics and Social Affairs. Population Division. New York.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2007) *World Population Ageing*. Department of Economics and Social Affairs. Population Division. New York.
- Perazzo, Alfredo; Alberto Porto, y Walter Valle. (2006). “Las transferencias intergubernamentales del Plan Nacer como un cambio en el sistema de gestión” Jornadas de Finanzas Públicas. Córdoba.
- Porto, Alberto. (2006). “Transferencias del Plan Nacer en el contexto de las relaciones con las Provincias.
- Rosenberg, Hernán y Bernt Andersson (2000) “Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe” *Pan American Journal of Public Health* 8(1/2)
- Rofman, A. y Lucchetti, L. (2006) *Pension Systems in Latin America: Concepts and Measurements of Coverage*. *Social Protection Discussion Paper No. 0616*. The World Bank
- Rutten, F y J van Busschbach (2001) “How to define a basic package of health services for a tax funded or social insurance based health care system?” *Health Economics in Prevention and Care* 2, 45-46
- Sandoval, Hector (2004) “Mejor salud para los chilenos”. *Cuad Med Soc*. N 43(1) pp:5–16.
- Scheil-Adlung, Xenia; Abay Asfaw; Frikkie Booyesen; Karine Lamiraud; Emmanuel Reynaud, Johannes Juetting; Ke Xu; Guy Carrin; Somnath Chatterji; David Evans; Chris James and Stephen Muchiri. (2006) “What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries” Discussion Paper Number 2- 2006 WHO Geneva
- Sen, A. (1984).

Sojo, Ana y Andras Uthoff (2006) *Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe. Los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía*. CEPAL-FLACSO.

Titelman, Daniel y Andreas Uthof (2003) “El papel del aseguramiento en la protección social” *Revista de la CEPAL* 81 pp 103-122

Urriola, Rafael (2006) “Chile: protección social de la salud” *Pan American Journal of Public Health* 20(4), 2006

Urriola, Rafael (2005) “Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno”. *Revista de la CEPAL*. N 87, pp:61–78.

Wagstaff A (2007). *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Paper 4111, Washington DC.

WHO “National Health Accounts. Country Information”

<http://www.who.int/nha/country/en/>