



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Lourenço Ferreira, Fabianna Bacil
Seguro social de salud en china: principales reformas y desequilibrios
Salud Colectiva, vol. 13, núm. 1, 2017, pp. 5-17
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73150530002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Seguro social de salud en China: principales reformas y desequilibrios

Social health insurance in China: principal reforms and inequalities

Fabianna Bacil Lourenço Ferreira¹

¹Graduada en Relaciones Internacionales, Graduada en Economía. Investigadora asociada, Laboratório de Estudos em Economia Política da China (LabChina), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. 

RESUMEN En este artículo se analiza el sistema de seguro social de salud de China, sus reformas y los principales desequilibrios sociales encontrados. A partir de diversos autores de referencia, es posible observar que las reformas rurales y urbanas siguen el mismo patrón: un sistema de gran tamaño que se fue reduciendo, para volver a expandirse en una forma relativamente rápida. Sin embargo, a pesar de las mejoras, persisten algunos problemas históricos de China, principalmente, la brecha rural-urbana y las desigualdades regionales. La falta de integración del trabajador que migra del campo a la ciudad también se reproduce fuertemente en el sistema de salud pública de China, siendo estos los principales desafíos que se presentan actualmente.

PALABRAS CLAVES Reforma del Sector Salud; Seguridad Social; Desigualdades en la Salud; China.

ABSTRACT This article analyzes the social health insurance system in China, its reforms and the principal social inequalities uncovered. Based in the work of a number of authors of reference, it is possible to observe that rural and urban reforms follow the same pattern: large systems that were gradually reduced and then again expanded relatively quickly. Improvements notwithstanding, some of China's historical problems persist, especially the rural-urban gap and regional disparities. The lack of integration of workers that migrate from the country to the city is reproduced in the current Chinese public health system, constituting one of the primary challenges to be faced at present.

KEY WORDS Health Care Reform; Social Security; Health Inequalities; China.

INTRODUCCIÓN

China pasó por grandes cambios desde el inicio de la reforma económica desplegada por Deng Xiaoping, en 1978, que tenía como objetivo superar el atraso del país y hacerlo crecer a partir de la transición hacia un sistema de mercado. El crecimiento económico se convirtió en una prioridad del gobierno, y se constituyó en una vía para garantizar la legitimidad del Partido Comunista de China y alejarse de las consecuencias nefastas de la Revolución Cultural (1966-1976). La política de protección social, por otro lado, quedó marginada, dado que el gobierno priorizó los objetivos de reducción de costos⁽¹⁾. Los resultados económicos fueron impresionantes. Según datos del Banco Mundial, el PIB per cápita (US\$ a precios constantes de 2010) se incrementó de 347,9 en 1980 a 6.497,5 en 2015⁽²⁾. A pesar de ello, el sistema de seguro social de salud, que es parte del sistema de protección social, sufrió un gran retroceso al iniciarse las reformas económicas.

El sistema de seguro social de salud anterior a la reforma se caracterizaba por estar basado en las comunas rurales y en las unidades de trabajo de las zonas urbanas. La mayor parte de la población estaba protegida y tenía acceso a la atención médica, aunque no siempre de buena calidad. A partir de fines de 1970, al priorizarse la reducción de costos y el desmantelamiento del sistema de protección social existente, como resultado del fin de las comunas rurales, y la flexibilización y la autonomía concedida a las empresas estatales o *State Owned Enterprise* (SOE) la mayor parte de la población dejó de tener cobertura, lo que produjo un empeoramiento de los índices de salud y un aumento de los movimientos que expresaban insatisfacción social.

De acuerdo al análisis de Yu⁽³⁾, el gobierno chino contaba con ciertos incentivos para la realización de nuevas reformas con el objetivo de ampliar nuevamente el sistema social de salud, entre ellos: a) la ideología oficial del Partido Comunista de China (PCCh) seguía siendo el socialismo y, en ese sentido, era necesario garantizar el bienestar social de

la población en su conjunto, bajo el riesgo de una pérdida de legitimidad del gobierno; b) además, con el aumento del descontento social y como forma de contener las amenazas al régimen, se priorizó la construcción de una “sociedad armoniosa”, expresión que fue el eslogan del presidente Hu Jintao. El sistema de seguro social de salud se encuadra en la construcción de esa sociedad, caracterizada por una mayor igualdad y seguridad social⁽⁴⁾.

De este modo, desde fines de la década de 1990 se realizan nuevas reformas en el sistema de seguridad social de salud de China. Este artículo muestra que, aunque la reforma haya tenido como resultado la expansión de la cobertura, dado que en 2011 China alcanzó la universalización de la cobertura del sistema social de salud⁽³⁾, el modelo configurado profundizó las desigualdades y consolidó la estratificación de la sociedad china, respondiendo a la estrategia de “divide y reinarás” de los gobiernos autoritarios. Así, al mismo tiempo que el acceso a la atención de la salud apacigua el descontento social, la concesión de beneficios diferenciados para distintas clases de la población china mantiene satisfecha a la base de apoyo del gobierno y dificulta la unión de las demás clases, reduciendo las amenazas potenciales a la estabilidad del régimen⁽⁵⁾.

A partir de esta introducción, el artículo se divide en tres secciones. La primera, aborda las reformas realizadas en el área rural y el área urbana, analizadas de forma separada. Luego, se exponen las desigualdades y los desequilibrios existentes en el modelo vigente, con énfasis en la brecha rural-urbana, en la desigualdad interregional, en las diferencias existentes entre los programas y, por último, la marginalización que enfrentan los trabajadores campesinos que migran a las ciudades.

LAS REFORMAS EN EL SISTEMA RURAL Y EL URBANO

Cuando China inició la reforma económica a fines de la década de 1970 y durante

los años 1980, se produjeron cambios importantes en el sistema de salud; principalmente, en relación con la población cubierta por los seguros sociales existentes. Antes de la reforma, la mayor parte de la población china estaba cubierta por alguno de los programas sociales de salud existentes, como el *Rural Cooperative Medical Scheme* en el área rural, o el *Government Health Scheme* y el *Labor Health Insurance Scheme* en el área urbana, y el gobierno chino obtenía buenos resultados con la política de salud, que enfocaba, principalmente, a la prevención.

Sin embargo, después de la transición hacia una economía de mercado, hubo una reducción de la cobertura y los beneficios ofrecidos por los programas, y el *Rural Cooperative Medical Scheme* fue cerrado⁽¹⁾. En consecuencia, hubo un aumento significativo del gasto individual en atención médica y parte de la población quedó excluida del acceso a los servicios⁽⁶⁾. Otra cuestión importante es la alta inflación de los costos médicos. A partir de los recortes de gastos, los hospitales perdieron la mayor parte de los subsidios gubernamentales; además, el gobierno estableció precios artificialmente bajos para ciertos servicios médicos, mientras permitía que se cobraran valores con márgenes de lucro para ciertos medicamentos y exámenes tecnológicamente avanzados. Eso generó un sistema ineficiente, por la prescripción innecesaria de estos fármacos y estudios, y el aumento de los costos para la población⁽⁷⁾. Según Jackson, citado por Chan, Ngok y Phillips⁽¹⁾, la participación del gasto en salud pública en el total del gasto público disminuyó del 3,1% en 1985 al 2,3% en 2000 y la participación del gobierno en el gasto total de salud pasó del 37% en 1980 al 18% en 2004⁽³⁾.

Como resultado de las reformas políticas y económicas de fines de la década de 1980, el sistema social de salud de China mostró problemas crecientes; hecho que, a su vez, alimentó aún más la insatisfacción social: entre 1994 y 2005, el número de incidentes masivos pasó de 10.00 a 87.000, fragilizando la estabilidad del gobierno chino⁽⁷⁾. El descuido de la salud pública se puso en evidencia, en 2003, con la epidemia

de síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés), lo que llevó al gobierno chino a rever su posición y aumentar las inversiones en salud⁽³⁾.

A pesar de compartir algunos aspectos y condicionantes, las reformas del sistema rural y del urbano fueron muy diferentes, por lo que a continuación se analizan las particularidades de cada una.

Reforma Rural

En el período comprendido entre las décadas de 1950 y 1990, la población rural accedía a la atención médica a través del *Rural Cooperative Medical System* (RCMS), el cual se basaba en la recaudación de las comunas rurales y brigadas de producción, para financiar los gastos médicos⁽¹⁾. La contribución de los miembros de las brigadas giraba en torno a 1,5 a 3 yuanes en promedio, en forma anual⁽⁸⁾, y las familias más pobres también tenían el derecho a recibir beneficios médicos⁽¹⁾.

Quienes proporcionaban la atención médica eran los llamados “médicos de pies descalzos”, trabajadores rurales que recibían un año de entrenamiento y se les pagaba a través de los puntos de trabajo⁽⁸⁾. El sistema médico seguía una estructura de tres niveles: el primero de ellos estaba formado por puestos de atención médica en las aldeas; el segundo nivel, por los centros de salud de las comunas y, el tercero, por los hospitales del municipio, a los que se trasladaban los casos más graves. Los médicos más capacitados atendían en el nivel más alto del sistema, mientras que, el primer nivel, era para los “médicos de pies descalzos”⁽¹⁾.

El RCMS conseguía atender la mayor parte de la población rural: en 1979 su cobertura alcanzó entre el 80% y el 90% de la población rural⁽⁹⁾. Kanbury y Zhang⁽¹⁰⁾ muestran que durante el RCMS, la atención en las zonas rurales presentó una amplia expansión, con un aumento tanto del número de camas, que pasó de 0,08 en 1952 a 1,48 en 1980 (cada 1.000 habitantes), como del número de profesionales de la salud, cifra que pasó de un

0,95 en 1952 a un 1,81 en 1980 (cada 1.000 habitantes). También se produjo un gran descenso en la tasa de mortalidad infantil entre 1960 y 1980, que muestra el impacto positivo logrado bajo este programa⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, los resultados positivos no significan que el RCMS no tuviera problemas, sobre todo, en términos de financiación. Las dificultades económicas enfrentadas por ciertas regiones provocaron recortes o suspensiones en los programas, especialmente cuando la cosecha agrícola no era buena, lo que perjudicaba las contribuciones que ya eran a menudo insuficientes. Además, el servicio médico proporcionado era, con frecuencia, de menor calidad⁽⁸⁾.

En el sistema de responsabilidad familiar, la tierra, que era de propiedad estatal y colectiva, era dividida por el gobierno local y cedida a las familias de la región, que pasaban a tener el derecho de producir y construir allí por un determinado período de tiempo, lo que permitió que las familias se tornaran más autónomas e independientes. Cada familia tenía una cuota de producción y, una vez alcanzada, podía vender el excedente en el mercado agrícola o directamente al gobierno. La reforma económica llevada a cabo desde fines de la década de 1970 priorizó la reducción de costos en el sector salud, principalmente, a través de la privatización de la atención médica la cual significó, en las áreas rurales, el fin del RCMS. La visión predominante expresada, por ejemplo, en Chan, Ngok y Phillips⁽¹⁾, entiende el fin del RCMS como subproducto de la reforma económica que pone fin a las comunas rurales y adopta el sistema de responsabilidad familiar, lo que habría significado el fin de la base de financiación del RCMS y su consecuente falta de sustentabilidad.

Sin embargo, Jane Duckett⁽⁸⁾ refuta el paradigma de la reforma económica y defiende la tesis de que el final del RCMS fue producto del cambio de la voluntad política del gobierno y, específicamente, de un posicionamiento distinto del Ministerio de Salud, aunque no niegue que el fin de las comunas rurales, de hecho, acarreó la supresión de las fuentes de financiación del RCMS y de los

ingresos de los “médicos de pies descalzos”. Sin embargo, si la cuestión hubiera sido solo financiera, se podrían haber explorado alternativas. Además, el Ministerio de Agricultura no era el organismo responsable del programa, sino el Ministerio de Salud, de quien se requería el permiso para poner fin al RCMS. El sistema fue abolido después del cambio de posición del Ministerio de Salud, que dejó de defenderlo y se alineó, en 1981, con las políticas maoístas y la revolución cultural, que eran combatidas en el período. Frente a los cambios políticos e ideológicos introducidos bajo el liderazgo de Deng Xiaoping y el bajo impacto del RCMS, con relación a los recursos, el Ministerio de Salud tenía pocas motivaciones para mantenerlo.

Con el abandono progresivo del RCMS, la población rural pasó a ser responsable de financiar su atención médica y los pagos individuales mostraron un crecimiento considerable, pasando de un 16% en 1980, al 38% en 1988 y al 61% en 2001⁽¹⁰⁾. Según Lok Sang Ho⁽⁹⁾, después de la reforma económica y el desmantelamiento del RCMS, la población rural cubierta por el seguro social de salud llegó a ser solo del 5%⁽⁹⁾. Entre 1983 y 1998, hubo una disminución tanto del número de camas en el hospital como de profesionales de la salud, pasando respectivamente de 1,47 en 1983 a 1,11 en 1998, y de 1,99 en 1983 a 1,71 en 1998 (ambos, cada 1.000 personas)⁽¹⁰⁾. Según Meng, citado por Chan, Ngok y Phillips⁽¹⁾, esto produjo como resultado el deterioro del estado de salud de la población y el resurgimiento de enfermedades como la esquistosomiasis y la malaria en algunas provincias.

Para hacer frente a los problemas de salud en las áreas rurales, los líderes locales hicieron varios intentos aislados. En 2002, fue publicado el documento *Decision in further strengthening health services in rural areas*, en el que el gobierno central admite las fallas que existían en el otorgamiento de asistencia médica a la población rural⁽¹¹⁾. Así, en 2003 se creó el *New Rural Cooperative Medical Scheme* (NRCMS), que mostró una rápida expansión, que alcanzó al 97% de la población rural en 2011⁽³⁾.

El NRCMS es un programa que está cargo del Ministerio de Salud y se organiza a nivel de las provincias con la inscripción voluntaria de la unidad familiar. Se financia a partir de contribuciones individuales, del gobierno local y del gobierno central, lo cual varía según las condiciones socioeconómicas locales. En 2010, las contribuciones anuales mínimas por persona de las regiones más pobres eran de 20 yuanes, y de 100 yuanes divididos en partes iguales entre los gobiernos local y central. Los beneficiarios con más dificultades financieras también tenían su parte de la contribución cubierta por el *Medical Financial Assistance Program*⁽¹¹⁾.

Reforma urbana

Entre las décadas de 1950 y 1970, casi la totalidad de los residentes urbanos contaban con el denominado “iron rice bowl”: tenían empleo de por vida en las empresas públicas responsables de proveer bienestar social a sus empleados, que incluía vivienda, educación, alimentación y salud⁽¹⁰⁾. La política de seguro social de salud tenía dos programas distintos: las empresas del Estado o state-owned enterprises (SOE) financiaban el seguro social de salud de sus empleados a través del *Labor Insurance Scheme* (LIS); mientras que los empleados de las instituciones gubernamentales recibían cobertura a través de *Government Insurance Scheme* (GIS), financiado a través de recursos presupuestarios⁽⁶⁾.

Al igual que en las zonas rurales, el sistema de salud urbana se organizaba en tres niveles: “clínicas de la calle”, que realizaban atención ambulatoria y en casos más graves, los pacientes eran derivados al segundo nivel, formado por los hospitales distritales y, por último, los casos más complejos eran recibidos por el último nivel: el hospital de la ciudad. Las grandes empresas también tenían sus propios hospitales, mientras que las pequeñas y medianas empresas contaban con clínicas y consultorios de atención ambulatoria para atender a sus empleados y proporcionar asistencia médica⁽¹⁾. La cobertura alcanzaba no solo a los empleados de las empresas,

sino también a sus dependientes, quienes estaban parcialmente cubiertos. Sin embargo, el sistema no era eficiente. Funcionaba sobre la base del cobro de tasas por servicios de los hospitales, lo que generaba el problema del agente-principal, ya que los trabajadores urbanos no tenían limitaciones fuertes con relación al servicio médico solicitado, en la medida en que su costo quedaba a cargo de la empresa o el Estado, y los proveedores de servicios médicos tenían un gran incentivo para “empujar” al máximo posible la utilización de los productos y servicios, con el fin de incrementar sus ganancias⁽⁹⁾, cuestión agravada desde las reformas de la década de 1980, en la cual, para reducir sus costos, el gobierno central comenzó a incentivar la “productividad” y la “independencia financiera” de los proveedores de salud que debían ser los responsables de garantizar sus ganancias⁽¹⁾. Otro tema era la falta de socialización de los riesgos entre las unidades individuales y el peso financiero que ese sistema representaba para las empresas⁽⁹⁾.

Como expone Liu⁽⁶⁾, con la transición hacia una economía de mercado, muchas SOE se encontraron con limitaciones impuestas por la desventaja financiera del sistema de protección social vigente. Debido a ello, un número creciente de SOE comenzó a no poder pagar los gastos médicos de sus empleados, por lo que quedaron descubiertos. Otro tema fue la rápida inflación de los precios de bienes y servicios médicos, lo que creó una brecha con los ingresos urbanos: mientras que los salarios urbanos crecieron en promedio un 18% anual entre 1989 y 1997, el costo médico de cuidados ambulatorios aumentó en un 26%, y los costos de hospitalización aumentaron un 24% anual⁽⁶⁾. Muchos de los problemas sociales se han asociado a ese cuadro, dado que se produjo, por ejemplo, un aumento de la pobreza causada por los grandes gastos médicos y de la población sin acceso a la atención necesaria, creando un mayor potencial de inestabilidad social.

La reforma del sistema de seguro social de salud urbana tiene como uno de sus marcos de referencia la publicación *Decision on establishing the basic medical insurance system for urban employees* de 1998⁽¹⁾ cuando se creó

el *Urban Employee Basic Medical Insurance* (UEBMI), programa de seguro social de salud individual y obligatorio que sustituía al LIS, y que brindaba atención a los empleados urbanos formales. Se estableció que los empleadores deberían contribuir con el equivalente al 6% de su salario, y el 70% de esa contribución debería ser depositado en el *Health Insurance Fund* (HIF), es decir, el fondo local para el seguro de salud. Los trabajadores, por su parte, tenían que pagar el 2% de su salario, el cual sería depositado en cuentas individuales o *Health Insurance Account* (HIA), que también recibían el 30% de las contribuciones de los empleadores. Los jubilados estaban exentos de la contribución^(1,5).

El UEBMI fue eficaz en la ampliación de la cobertura con respecto a la conseguida anteriormente por el LIS; sin embargo, no resolvió de manera satisfactoria los problemas de salud de las zonas urbanas, en donde una parte considerable de la población continuaba sin ser atendida. El UEBMI y GIS atendían, básicamente, a los trabajadores formales de las empresas y los empleados estatales, excluyendo a todos los que no contaran con un empleo formal estable como, por ejemplo, a las personas mayores y estudiantes, personas con discapacidad y toda la enorme fuerza de trabajo urbana empleada en actividades informales⁽¹²⁾.

En 2007 se creó el *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI), con el objetivo de abarcar la población no atendida por el UEBMI. La inscripción en ese programa era voluntaria, con el fin de mitigar el problema de la selección adversa. Los gobiernos locales tenían autonomía para determinar e implementar el URBMI, siempre que siguieran las directrices generales establecidas por el gobierno central. De esa manera, la contribución del gobierno variaba según la región y la situación financiera del beneficiario. En promedio, el pago de la cuota individual representaba el 64% de los costos, mientras que el gobierno aportaba cerca del 36% y, en el caso de enfermedades crónicas, este porcentaje era mayor⁽¹²⁾.

Por lo tanto, el sistema de seguro social en las áreas urbanas estaba compuesto, prin-

cipalmente, por el UEBMI, que proporciona cobertura a los trabajadores urbanos formales, y por el URBMI, responsable del resto de la población urbana sin empleo formal estable. En 2010, UEBMI y URBMI alcanzaron, respectivamente, el 92% y el 93% de su público objetivo⁽³⁾.

UNIVERSAL PERO CON DESEQUILIBRIOS: PRINCIPALES LÍMITES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE HOY EN CHINA

En 2011, China alcanzó la universalidad de sus programas sociales de salud después de alcanzar la mayor expansión de la cobertura de la historia⁽³⁾. Sin embargo, esto no significa que la población china en su conjunto tenga acceso a los mismos beneficios. En este sentido, hay tres tipos principales de desigualdad: entre la región rural y la urbana, entre los programas y, en la integración de los trabajadores migrantes.

Desigualdad

En primer lugar, debemos tratar tres conceptos claves para analizar la desigualdad del sistema de salud chino: a) la generosidad de las prestaciones, que consiste en el nivel de beneficios otorgados por el programa de seguro social de salud; b) la cobertura, que es el porcentaje de la población cubierta por el programa; c) la estratificación, que consiste en la segmentación que se produce como resultado de las desigualdades sociales⁽¹³⁾.

Como Huang aborda en dos de sus textos^(5,13), las desigualdades existentes entre los grupos sociales en el sistema de seguro social de salud en China no son accidentales. Al gobierno central le interesa que no se produzcan brechas demasiado grandes entre las clases sociales, lo que estimularía conflictos sociales y podría reducir la legitimidad del régimen. Por otro lado, el gobierno trata a las diferentes clases de manera distinta, manteniendo los privilegios reservados a sus

bases de apoyo, con el objetivo de dificultar también la movilización horizontal de las demás clases sociales, que tienen diferentes intereses y preferencias.

De esta forma, el sistema de seguro social de salud es también un instrumento de control social y dominación, que impide el fortalecimiento de las amenazas al gobierno a través de la consolidación de la estratificación de la sociedad.

El gobierno consolida la estratificación a través de la distribución diferencial de beneficios en los programas de seguro social de salud. Huang⁽⁵⁾ ha observado que los

programas que se basan en criterios relacionados con la ocupación profesional, el UEBMI y el GIS, son los que atienden a porciones menores de la población y que reciben los mayores beneficios, al haber tenido entre 2007 y 2010, el gasto per cápita más alto de sus beneficiarios respecto a los demás⁽⁵⁾. El programa con criterio de área de residencia rural, el NRCMS, es lo opuesto: cubre a más personas con un conjunto prestacional más restringido. La Tabla 1, tomada de Yu(2), resume las principales características del UEBMI, el URBMI y el NRCMS. Este autor también señala la desproporción entre la

Tabla 1. Principales características de los tres programas sociales de salud de China, 2011.

Características	UEBMI	URBMI	NRCMS
Población blanco	Empleados urbanos	Niños urbanos, estudiantes, desempleados, discapacitados	Residentes rurales
Tasa de inscripción (%)	92	93	97
Número de personas inscriptas (en millones)	252	221	832
Personas inscriptas, como % de la población de China (1,3 mil millones de habitantes)	19	16	62
Unidad de inscripción	Individuales	Individuales	Hogares
Unidad de mancomunicación de riesgos	Ciudad	Ciudad	Condado
Prima por persona por año (US\$)	240	21	24
Prima si se incluye el subsidio gubernamental (US\$)	0	18	18
Cobertura de los beneficios			
Tasa de reembolso para internación (%)	68	48	44
Condados o ciudades que cubren cuidados ambulatorios generales (%)	100	58	79
Condados o ciudades que cubren cuidados ambulatorios para enfermedades importantes y crónicas (%)	100	83	89
Techo anual de reembolso	Six-times average wage of employee in the city	Six-times disposable income of local residents	Six-times income of local farmers
Departamento gubernamental que supervisa	MOHRSS	MOHRSS	NHFP

Fuente: Yu H. Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: What accounts for China's success? *Health Policy*. 2015;119:1145-1152. Nota: UEBMI = Urban Employee Basic Medical Insurance; URBMI = Urban Resident Basic Medical Insurance; NRCMS = New Rural Cooperative Medical Scheme; MOHRSS = Ministry of Human Resource and Social Security; NHFP = National Health and Family Planning Commission.

población atendida y el nivel de generosidad de prestaciones de cada programa: en 2011, el UEBMI atendió a un 19% de la población, sin embargo, presentó la mayor tasa de reembolso (68%), mientras que el NRCMS, que cubría al 62% de los ciudadanos chinos tuvo una tasa de reembolso de solo el 44%. Huang⁽¹³⁾ presenta evidencias empíricas que indican que la probabilidad de estar inscripto en programas con beneficios más amplios aumenta significativamente si el trabajador se encuentra en el sector público y/o si trabaja en una empresa de mayor porte. Otros factores que influyen en el tipo de programa de seguro social de salud en el que la persona tiene más probabilidades de estar inscripto son, por un lado, el *hukou* o registro de residencia vinculado al lugar de nacimiento, por el que las personas con *hukou* urbano tienen más probabilidades de ser inscriptos en los programas basados en la ocupación y, por otro, el estatus socioeconómico, entendido como el nivel de educación y de ingresos: se correlaciona positivamente con la inscripción en el GIS o el UEBMI.

De este modo, Huang muestra la paradoja producida por las reformas en el sistema de seguro social de salud en China: si bien la creación del UEBMI, el URBMI y el NRCMS causó un gran aumento de la proporción de la población cubierta por el seguro de salud, las desigualdades sociales se han reproducido en este sistema, profundizando y solidificando las diferencias preexistentes de la sociedad china. El sistema no solo mantiene las desigualdades entre la población rural y la urbana, sino que también diferencia dentro de las regiones urbanas de acuerdo con su posición en el mercado laboral y el sector (privado o público) en que se emplea.

Gao⁽¹⁴⁾ también muestra que el sistema social de salud redistribuía regresivamente sus beneficios entre 1995 y 2002, es decir, tenía una redistribución que favorecía a la parte más rica de la población, causada por las razones ya mencionadas por Huang⁽⁵⁾, ya que el sistema de beneficios de salud reproducía las divisiones de la sociedad en función de su posición en el mercado de trabajo, sector y tipo de empleo.

En su texto de 2015, Huang⁽¹³⁾ muestra que los programas del seguro social de salud se distinguen regionalmente por las elecciones políticas tomadas por el gobierno central y los gobiernos locales. Al gobierno central, como se expuso, le interesa minimizar las amenazas al sistema y mantener su estabilidad. Para tal fin, resulta conveniente mantener un cierto grado de desigualdad, el cual está garantizado a través de la estratificación establecida por la legislación social. Por otro lado, es necesario impedir el crecimiento de las demandas sociales, para lo cual se requiere dar respuesta a cierto nivel de reivindicaciones. En ese sentido, Huang afirma que el gobierno central se enfrenta a un intercambio entre el control y el tipo de concesiones: si bien el gobierno central procura mantener su liderazgo a través del control sobre la distribución de beneficios, necesita conceder poder discrecional sobre la formulación de políticas del seguro social de salud a los gobiernos locales, que tienen menores dificultades para saber cuáles son las necesidades de la población de cada región.

El gobierno central, sin embargo, consigue mantener un cierto grado de control sobre las decisiones de los gobiernos locales, principalmente, porque es responsable de los incentivos de carrera de los empleados locales y de la gestión de personal. Los gobiernos locales deben ser capaces de impedir que el descontento de la población aumente demasiado, lo que podría dar lugar a incidentes masivos, perjudicando la evaluación de su desempeño por parte del gobierno central y sus posibilidades profesionales. De esta manera, los líderes locales deben ser capaces de implementar una política de seguro social de salud adecuada al contexto socioeconómico de la región. Además, otros instrumentos utilizados por el gobierno central son la legislación social, como se ha mencionado, y las transferencias fiscales.

Los gobiernos locales enfrentan limitaciones a sus posibilidades de elección política respecto de: a) la legislación social, ya que deben cumplir con las directrices establecidas por el gobierno central; b) las restricciones fiscales dado que, si bien cuentan

con recursos locales, dependen también de las transferencias del gobierno central; c) el riesgo social, para el cual Huang utiliza una estimación de la tasa de dependencia y de movilidad del trabajo, calculada como la razón entre la población migrante y la población local. En función de esto, los gobiernos locales tienen cuatro posibilidades: 1) adoptar un modelo que contemple un amplio conjunto de beneficios y que sea inclusivo, es decir, tener un sistema en el que tanto la cobertura como el nivel de generosidad de las prestaciones sean elevados; 2) tener un modelo cuya política social cuente con un nivel elevado de generosidad de las prestaciones, pero con una cobertura limitada, y que brinde atención a pocos grupos sociales; 3) un sistema en el que tanto la cobertura como el nivel de generosidad sean bajos, y; 4) un modelo inclusivo, con una amplia cobertura, pero con un conjunto escaso de beneficios.

A través de un análisis de clúster a nivel provincial, realizado con el uso de datos de panel relevados durante el período 2007-2010, Huang divide las provincias de China en los cuatro tipos expuestos anteriormente, y muestra que las elecciones políticas del seguro social de salud están asociadas a las condiciones socioeconómicas de la región. Las provincias con mayores riesgos sociales tienden a centrarse en la cobertura del programa de seguro social de salud, mientras que las provincias que disponen con mayores recursos fiscales tienden a priorizar el nivel de generosidad de las prestaciones.

Las variables testeadas por Huang, que impactan en la cobertura y el nivel de generosidad de las prestaciones, son: el nivel de urbanización, que se correlaciona negativamente con la cobertura del sistema del seguro social de salud, pero positivamente con el nivel de generosidad, y el desarrollo económico, que tiene un impacto positivo en ambos.

Tal como muestra la Tabla 2, Huang⁽¹³⁾ construyó dos variables: 1) nivel de generosidad (medido por el gasto per cápita en el seguro social de salud) y 2) cobertura (porcentaje de la población de determinada región cubierta por el seguro social de salud).

Se ordenaron las regiones de acuerdo con las dos variables, y los valores se utilizaron como entrada para el análisis de clúster. Los clústeres 1 y 3 son opuestos, dado que el clúster 1 (*dual type*), tiene amplia cobertura y nivel de generosidad, mientras que en el clúster 3 (*status quo type*) ambas variables son relativamente bajas. Las provincias del clúster 2 (*privileged type*) favorecen el nivel de generosidad en detrimento de la cobertura, al contrario de lo que hacen las regiones del clúster 4 (*risk-pooling type*).

La desigualdad urbano-rural se reproduce en el sistema de seguro social de salud desde su creación en la década de 1950. Kanbur y Zhang⁽¹⁰⁾ muestran que los beneficios recibidos por la población rural eran más modestos, lo que resultaba en un menor número de camas y de profesionales de la salud en estas regiones, así como tasas de mortalidad infantil más altas. Eggleston, Hsiao y Liu⁽¹⁵⁾ complementan esta idea mostrando que lo mismo sucede con el estado nutricional de los niños chinos. Con la reforma de la década de 1980, la brecha creció aún más, lo que es fácilmente comprensible al considerar que la población rural quedó prácticamente sin atención y sin acceso al seguro social de salud, mientras que la población urbana, a pesar de los problemas, permaneció parcialmente cubierta.

Los trabajos de Liu⁽¹⁶⁾ y Liu y Pan⁽¹⁷⁾ ayudan a comprender la persistencia de las disparidades regionales en el gasto y la cobertura de los sistemas de seguridad social de salud entre las regiones. El trabajo de Liu⁽¹⁶⁾ encuentra evidencias de que la cobertura del URBMI –programa con el que realiza su análisis– se correlaciona positivamente con el desarrollo económico de la región analizada, es decir, que las poblaciones de las regiones más desarrolladas tienden a ser también las que tienen una mayor cobertura, promoviendo la desigualdad entre regiones. Liu y Pan⁽¹⁷⁾, por su parte, al analizar el gasto gubernamental en salud en el período 2002-2006, observan que entre los factores que influyen en el gasto, el ingreso per cápita de la provincia, las transferencias del gobierno central y la proporción de la población menor de 15 años tienen un

Tabla 2. Distribución de la cobertura poblacional y del nivel de generosidad otorgados por seguros sociales de salud, según provincias, agrupadas en clúster. China, 2011.

Clúster	Provincia	Cobertura	Nivel de generosidad
1	Shandong	11	12
1	Jiangsu	8	9
1	Zhejiang	16	7
1	Fujian	12	10
1	Guangdong	17	6
1	Tibet	10	3
Media del clúster		12	8
2	Beijing	28	1
2	Shangai	29	2
2	Tianjin	30	5
2	Xinjiang	27	8
2	Ningxia	21	11
2	Qinghai	25	4
Media del clúster		27	5
3	Heilongjiang	31	25
3	Jilin	22	30
3	Liaoning	23	13
3	Neimenggu	26	19
3	Hebei	19	23
3	Shanxi	24	17
3	Shaanxi	15	20
3	Hubei	13	26
3	Guangxi	14	27
3	Hainan	20	24
3	Yuannan	18	14
Media del clúster		21	22
4	Henan	3	29
4	Anhui	1	21
4	Jiangxi	7	31
4	Hunan	6	22
4	Gansu	5	18
4	Sichuan	4	15
4	Chongqing	2	16
4	Guizhou	9	28
Media del clúster		5	23

Fuente: Huang X. Four Worlds of Welfare: Understanding subnational variation in Chinese social health insurance. The China Quarterly. 2015;222:449-474. Nota: Los análisis por clúster se calcularon utilizando la orden de "cluster linkage" en STATA/IC 12.0 para Windows. El método de Ward se utilizó como el método de vinculación aglomerativa, y la regla de parada utilizada fue la del índice Duda-Hart Je(2)/Je(1). Los puntajes se redondearon al número entero más próximo para facilitar su comparabilidad.

efecto positivo, mientras que la tasa social de cobertura del seguro social de salud y la proporción de urbanización tienen un efecto negativo. Nuevamente se comprueba que el desarrollo económico desigual entre las regiones conduce también a la desigualdad en la política de salud. Chan, Ngok y Phillips⁽¹⁾ sostienen que las desigualdades regionales persisten esencialmente por la descentralización del gobierno, lo que hace que los gobiernos de las regiones más pobres, que no cuentan con recursos financieros significativos o suficientes, sean responsables de la mayor parte de la financiación y el desarrollo del seguro social de salud, reproduciendo así la desigualdad del desarrollo económico.

La cuestión del trabajador migrante

En 2012, el número de migrantes rurales en las ciudades era de 236 millones de personas⁽³⁾. La situación de estos trabajadores es particularmente delicada en el contexto chino. Las reformas económicas han sido acompañadas por la creciente afluencia de los trabajadores de las áreas rurales a las zonas urbanas en busca de mejores oportunidades, lo que garantizó la mano de obra para el crecimiento de la actividad económica. Sin embargo, los trabajadores migrantes y sus familias se enfrentan a diversas dificultades de integración, incluso en lo relativo a la protección social: entre 1993 y 1996, solo el 6,7% de los trabajadores migrantes de Shanghai formaban parte de algún programa de seguro social de salud⁽¹⁾.

Una cuestión relevante para esta baja participación es el mantenimiento del *hukou* rural, lo que hace que los migrantes sigan inscriptos en el programa de su región de origen, generando un obstáculo financiero para la integración del migrante, ya que la cobertura por parte del NRCMS es inferior a la de los programas urbanos, como se mencionó anteriormente, por lo que para el migrante, atenderse en la ciudad tiene un costo mayor y, para obtener el reembolso de sus gastos, debería volver a su región original, elevando los costos de la transacción⁽³⁾.

Además del acceso limitado a los programas de seguro social de salud, los migrantes tienen una mayor vulnerabilidad, principalmente a las enfermedades infecciosas, debido a que sus condiciones de trabajo y de vida tienden a ser más precarias. Al tener un menor acceso al seguro social de salud, cuentan con menos cuidados preventivos y de inmunización, tienen acceso a menos información y no consultan regularmente al médico, lo que frecuentemente se traduce en la búsqueda de ayuda solo cuando la enfermedad ya está muy avanzada⁽¹⁾. Por lo tanto, la población migrante, a pesar de contar con el NRCMS de sus regiones de origen, está en una posición de desventaja an quanto a la protección que le brinda el sistema de seguro social de salud chino.

CONCLUSIONES

A partir de una serie de autores de referencia, el análisis de las reformas del sistema de protección social chino y sus resultados permitió comprobar los enormes progresos realizados en este ámbito. Después del retroceso en la política de protección social causada por la transición hacia una economía de mercado en la década de 1980, el gobierno chino ha logrado revertir algunos índices de forma rápida, como el alcance de la universalidad la cobertura del sistema de seguro social de salud, a partir de la creación y la expansión del UEBMI, URBMI y NRCMS, y la reducción de los gastos de bolsillo de la población, cuya media pasó del 60% en 2001, al 35% en 2011⁽³⁾.

Sin embargo, los beneficios no se distribuyen por igual entre la población, lo que lleva a la paradoja de la ampliación de la cobertura con la reproducción y profundización de las desigualdades. Aunque los factores tales como el desarrollo económico desigual entre las regiones son relevantes, Huang⁽⁵⁾ sostiene que uno de los elementos más importantes para la aparición de esta paradoja es la propia voluntad del gobierno, que hace uso de una táctica común de los regímenes

autoritarios: "divide y reinarás". Por lo tanto, la reproducción de las diferencias socioeconómicas existentes en la población cumple el papel de obstaculizar su movilización horizontal, ya que se vuelve más difícil alcanzar una pauta común, dados los contextos e intereses diferentes.

La Tabla 1, si bien muestra las diferencias entre los tres programas analizados, no permite analizar las desigualdades entre las regiones, ya que presenta los datos a nivel nacional. Las desigualdades interregionales derivan de la autonomía de los gobiernos locales para desarrollar e implementar los programas en sus regiones y de factores como el desarrollo económico desigual, que también conduce a diferentes niveles de beneficios. El control de la gestión del personal y de los incentivos de carrera de los empleados locales le da al gobierno central la posibilidad de buscar eficiencia a través del sistema de evaluación del desempeño, pero los líderes locales siguen

siendo vulnerables a las limitaciones impuestas por las condiciones socioeconómicas de la región.

Además de las desigualdades interregionales y entre los programas, otra cuestión que no se ha resuelto aún es la del trabajador migrante: a pesar de su contribución al desarrollo económico, esta porción significativa de la población permanece excluida de los programas de salud en la mayoría de sus ciudades de destino.

Por último, dado el bajo nivel general de reembolso, la población permanece expuesta a altos riesgos financieros por los gastos de salud⁽³⁾, en especial la parte de la población con menos recursos.

Por lo tanto, se concluye que, aunque se ha presentado un desarrollo importante en las últimas décadas, el sistema de seguro social de la salud de China todavía tiene muchos vacíos a ser superados, por lo que es necesario que las reformas continúen avanzando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chan CK, Ngok KL, Phillips D. Social policy in China: development and Well-being. Bristol: Policy Press; 2008.
2. World Bank. World Development Indicators [Internet]. 2017 [citado 5 mar 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/S1CZKT>.
3. Yu H. Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: What accounts for China's success? *Health Policy*. 2015;119:1145-1152.
4. Kuhnle S, Sander A, Schmitt C. Towards a Chinese welfare State? Tagging the concept of social health security in China. *The Perspective of the World Review*. 2012;4(2):9-35.
5. Huang X. Expansion of Chinese social health insurance: who gets what, when and how? *Journal of Contemporary China*. 2014;23(89):923-951.
6. Liu Y. Reforming China's urban health insurance system. *Health Policy*. 2002;60:133-150.
7. Hsiao WC. The political economy of Chinese health reform. *Health Economics, Policy and Law*. 2007;2(3):241-249.
8. Duckett J. Challenging the economic reform paradigm: policy and the politics in the early 1980s' collapse of the rural cooperative medical system. *The China Quarterly*. 2011;205:80-95.
9. Ho LS. Market reforms and China's health care system. *Social Science & Medicine*. 1995;41(8):1065-1072.

10. Kanbur R, Zhang X. Spatial inequality in educations and health care in China. *China Economic Review*. 2005;16:189-204.
11. World Health Organization. Health insurance systems in China: A briefing note [Internet]. 2010 [citado 10 may 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/zeqamk9>.
12. Lin W, Liu GG, Chen G. The Urban Resident Basic Medical Insurance: A landmark reform towards universal coverage in China. *Health Economics*. 2009;18(Suppl 2): S83-S96.
13. Huang X. Four worlds of welfare: Understanding subnational variation in Chinese social health insurance. *The China Quarterly*. 2015;222:449-474.
14. Gao Q. Redistributive nature of the Chinese social benefit system: progressive or regressive? *The China Quarterly*. 2010;201:1-19.
15. Eggleston K, Hsiao WC, Liu Y. Equity in health and health care: The Chinese experience. *Social Science & Medicine*. 1999;49:1349-1356.
16. Liu J. Dynamics of social health insurance development: Examining the determinants of Chinese basic health insurance coverage with panel data. *Social Science & Medicine*. 2011;73:550-558.
17. Liu GG, Pan J. The determinants of Chinese provincial government health expenditures: Evidence from 2002-2006 data. *Health Economics*. 2012;21:757-777.

FORMA DE CITAR

Ferreira FBL. Seguro social de salud en China: principales reformas y desequilibrios. *Salud Colectiva*. 2017;13(1):5-17. doi: 10.18294/sc.2017.999.

Recibido: 3 de junio de 2016 | Aprobado: 6 de octubre de 2016



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

Este artículo fue traducido del portugués por María José Luzuriaga.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.999>