

53758

*Este informe recoge la opinión de un grupo internacional de expertos  
y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.*

**OMS, Serie de Informes Técnicos**

**829**

# **EVALUACION DE CAMBIOS RECIENTES EN LA FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Informe de un  
Grupo de Estudio de la OMS



**Organización Mundial de la Salud**

**Ginebra 1993**

Traducido por la Organización Panamericana de la Salud

Versión en español revisada y aprobada por la Unidad Técnica: División de Salud y Desarrollo, Programa de Políticas de Salud (HDP/HDD)

Catalogación de Estudio por la Biblioteca de la OMS

Grupo de Estudio de la OMS sobre la Evaluación de Cambios Recientes en la Financiación de los Servicios de Salud

Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud : informe de un grupo de estudio de la OMS

(OMS, Serie de informes técnicos ; 829)

1. Financiamiento de la salud      2. Política de salud  
3. Servicios de salud - economía      I. Título    II. Serie

ISBN 92 4 320829 2  
ISSN 0509-2507

(Clasificación NLM: W 84 1)

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

### © Organización Mundial de la Salud 1993

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OMS letra inicial mayúscula.

**Printed in Spain**

94/10226 - Benzal - 1800

# Indice

<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
1.1 Objetivos del Grupo de Estudio	3
1.2 El contexto de los cambios en la financiación	5
1.3 Un marco para evaluación	
<b>2. Cambios en las fuentes de financiación</b>	<b>12</b>
2.1 Fuentes de financiación de la atención de salud	12
2.2 Fuentes de financiación del gobierno	14
2.2.1 Tendencias y evolución	14
2.2.2 El impacto de los cambios en la financiación gubernamental	18
2.3 Fuentes privadas de financiación	20
2.3.1 Tendencias y evolución	20
2.3.2 El impacto de los cambios en la financiación privada	22
2.4 Seguro	29
2.4.1 Tendencias y evolución	29
2.4.2 El impacto de los cambios en el seguro de enfermedad	30
2.5 Fuentes externas de financiación	35
2.5.1 Tendencias y evolución	35
2.5.2 El impacto de los cambios en la financiación externa	35
2.6 Conclusiones y necesidades de investigación adicional	37
<b>3. Mecanismos de pago</b>	<b>40</b>
3.1 Introducción	40
3.2 Tendencias y evolución	43
3.3 Evaluación de los cambios en los mecanismos de pago	46
3.3.1 Nivel de recursos	46
3.3.2 Eficiencia	48
3.3.3 Equidad	49
3.3.4 Viabilidad	49
3.4 Conclusiones y necesidades de investigación adicional	49
<b>4. Papeles cambiantes en la financiación de la salud</b>	<b>50</b>
4.1 Introducción	50
4.2 El papel del consumidor	52
4.2.1 Selección del proveedor	54
4.2.2 Funciones gerenciales y prestación de cuentas	55
4.2.3 Información	58
4.2.4 Grupos y movimientos de consumidores	60
4.2.5 Derechos y regulaciones de los pacientes	60
4.3 El papel del comprador	61
4.3.1 Beneficios de la competencia entre proveedores	61
4.3.2 Información	63
4.3.3 Gestión y organización	63
4.3.4 Regulación	64
4.4 El papel del proveedor	64
4.4.1 Privatización	64
4.4.2 Descentralización	65
4.4.3 Organización de proveedores	66
4.4.4 Regulación	67
4.5 El papel del gobierno	67

4.5.1 El gobierno como formulador de política	68
4.5.2 El gobierno como regulador	70
4.5.3 El gobierno como una fuente de información	70
4.6 Conclusiones	71
<b>5. Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>72</b>
5.1 Conclusiones	72
5.2 Recomendaciones	74
5.2.1 Recomendaciones a los países	74
5.2.2 Recomendaciones a la OMS y otros organismos internacionales que se ocupan de la salud	74
<b>Nota de agradecimiento</b>	<b>75</b>
<b>Referencias</b>	<b>75</b>



# **Grupo de Estudio de la OMS sobre la Evaluación de Cambios Recientes en la Financiación de los Servicios de Salud**

Ginebra, 10-17 de diciembre de 1991

## **Miembros\***

- Dr. A.-P. Contandriopoulos, Profesor, Departamento de Administración de Salud y Grupo Interdisciplinario de Investigación en Salud, Universidad de Montreal, Montreal, Canadá
- Sr. C. Cruz Rivero, Director, División de Investigación del Sistema de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, México
- Sr. M. Kaddar, Economista, Dirección General y Científica, Centro Internacional de la Infancia, París, Francia
- Dr. G. G. Sikipa, Secretaría Permanente de Salud, Ministerio de Salud, Harare, Zimbabwe (*Presidente*)
- Dr. O. Solon, Profesor Asociado, Facultad de Economía, Universidad de Filipinas, Ciudad de Quezón, Filipinas (*Vicepresidente*)
- Sra. J. Thomason, Jefa, Departamento de Medicina Comunitaria, Universidad de Papua Nueva Guinea, Boroko, Papua Nueva Guinea
- Profesor J. Wasem, Economista en Salud, Instituto de Investigación Social Max Planck, Colonia, Alemania

## **Representantes de otras organizaciones**

### *Organización Internacional del Trabajo*

Sr. M. Cichon, Economista en Salud, Departamento de Seguridad, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza.

### *Banco Mundial*

Sr. J. Hammer, Economista de Alto Nivel, División de Población, Salud y Nutrición, Banco Mundial, Washington, DC, E.U.A.

### *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*

Dr. D. Parker, Unidad de Costos y Economía, División de Programas, UNICEF, Nueva York, E.U.A.

## **Secretaría**

- Dr. E. Tarimo, Director, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza
- Sr. A. Creese, Científico, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)
- Sra. S. Bennett, Investigadora, Unidad de Política de Salud, Departamento de Salud Pública y Política, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Inglaterra (*Asesora Temporera, Relatora*)

\* No pudieron asistir: Dr. K. Evlo, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de Benin, Lomé, Togo; Dr. T. Hongvivitana, Facultad de Economía, Universidad Mahidol, Bangkok, Tailandia; Dr. A. Tibouti, Economista de Alto Nivel, Ministerio de Salud, Rabat, Marruecos.



## 1. **Introducción**

### 1.1 **Objetivos del Grupo de Estudio**

Un Grupo de Estudio sobre la Evaluación de Cambios Recientes en la Financiación de los Servicios de Salud se reunió en la sede de la OMS, Ginebra, del 10 al 17 de diciembre de 1991. Su trabajo continuó el realizado por el Grupo de Estudio en 1977 sobre la Financiación de los Servicios de Salud, cuyo objetivo había sido: «examinar las técnicas para obtener y analizar información relacionada con todas las fuentes de financiación en el campo de la salud e identificar las principales categorías de desembolsos en la salud» (1). Los debates anteriores del Grupo de Estudio se habían concentrado en definir una metodología preliminar para la recopilación de datos sobre las modalidades de financiación del sector salud. Se habían analizado diferentes metodologías para la financiación del sector salud, entre ellas la seguridad social, la financiación por la comunidad y los impuestos específicos para salud, y las ventajas y desventajas de cada metodología, pero parecía que se disponía de poca información acerca de estos enfoques. Al informe siguió la formulación de metodologías y estudios sobre la financiación nacional de la salud (véase 2).

Ha habido un importante desarrollo en la financiación de los servicios de salud desde 1977. En la década pasada se ha producido un rápido cambio económico, político y social; muchos países sufrieron una contracción económica durante ese período e introdujeron programas de recortes presupuestarios. Muchos países en desarrollo han llevado a cabo programas de ajuste estructural. Los cambios políticos y las crisis económicas en varias economías centralmente planificadas han producido un cambio social fundamental.

Se han reconocido ampliamente las dificultades que enfrentan los gobiernos centrales en el establecimiento y financiación de la política económica y social. Estas cuestiones fueron discutidas extensamente en los debates técnicos de la 41ª Asamblea Mundial de la Salud en 1988 (3). Muchos países se están apartando ahora de fuertes sistemas de control y financiación central y los mecanismos no gubernamentales se han convertido en importantes instrumentos de cambio de política.

En el sector salud, esto se ha interpretado como una mayor responsabilidad para los individuos, las familias y las comunidades. Se está volviendo a definir el papel adecuado del gobierno en la producción, distribución y asignación de la atención de salud. Se han reconocido cada vez más y, en algunos casos, se han promovido activamente fuentes no gubernamentales para la financiación (por ejemplo, mediante pagos directos o planes de seguro) y para la provisión de servicios (por ejemplo, mediante el sector privado).

Sin embargo, los cambios en la forma en que se financia la atención de salud pueden tener consecuencias trascendentales. Al modificar la estructura de incentivos, un cambio en el método de financiamiento de la atención o de pago a los proveedores de la atención puede modificar el tipo y la calidad de las relaciones entre los proveedores, y entre los proveedores y los consumidores. La capacidad de pago de la atención de salud y, en consecuencia, el estado de salud de distintos grupos de población pueden cambiar. El método de finan-

ciación puede incidir en los costos de la atención de salud, la ubicación y el tipo de servicios producidos, y en el número y la clase de personal empleado. Es evidente que se necesita comprender la forma en que los cambios en la financiación pueden incidir en los objetivos de la política sanitaria de un país.

Se ha realizado una investigación importante y, en la década pasada, se ha recabado un cúmulo de información empírica y se ha promovido un mayor interés en el tema de la financiación de la salud. El presente Grupo de Estudio fue convocado para evaluar el efecto de estos cambios y analizar los resultados empíricos disponibles.

Los objetivos del Grupo de Estudio fueron:

- Analizar, comparar y estudiar los principales tipos de cambio en la financiación de la salud que los países han introducido en la década pasada.
- Analizar las pruebas disponibles de los efectos de dichos cambios sobre la provisión y utilización de los servicios de salud y, donde sea posible, sobre el estado de salud.
- Sacar conclusiones, tomando como base la información precedente, acerca de la contribución de los diferentes métodos de financiación al funcionamiento de sistemas de salud fundamentados en la atención primaria de salud.
- Recomendar estrategias e intervenciones que los países y la OMS puedan utilizar para mejorar los resultados de los sistemas de salud mediante cambios en la financiación, y apoyar la evaluación prospectiva y retrospectiva de las opciones de financiación.

A fin de alcanzar estos objetivos, el Grupo de Estudio abordó los siguientes temas:

1. Cambios en la combinación de fuentes de financiación para el sector salud (véase la sección 2).
2. Cambios en los métodos de pago a los proveedores de la atención (véase la sección 3).
3. Cambios en los papeles relativos del gobierno, los proveedores de la atención, compradores y consumidores en la organización y provisión de los servicios de salud (véase la sección 4).
4. Consecuencias de estos cambios.
5. Enfoques para la evaluación de los cambios en la financiación.

Debido a la escala de desarrollo de políticas y a la amplitud del propio tema, el Grupo de Estudio no pudo abarcar todos los aspectos. El Grupo de Estudio expresó la firme convicción de que los gobiernos deberían considerar formas de aumentar la eficiencia y generar nuevos recursos; sin embargo, a fin de fijar objetivos que puedan alcanzarse, no consideró medidas para realzar la eficiencia. Más bien, se concentró en identificar los principales cambios que han ocurrido en la financiación y las áreas más urgentes que requieren trabajo adicional. Además, reconoció que los avances en áreas fuera del sector salud, tales como la educación de la mujer, el alcantarillado y el transporte, contribuyen mucho a mejorar el estado de salud. Sin embargo, estuvo fuera del alcance del Grupo de Estudio considerar cambios en la financiación de dichas áreas.

## 1.2 **El contexto de los cambios en la financiación**

Los cambios recientes en la financiación de la atención de salud han coincidido con cambios en el ambiente económico, demográfico, epidemiológico, sociocultural y político. Por ejemplo, mientras en muchos países se observa progreso en el mejoramiento del estado de salud, el número de personas que viven en situación de pobreza y las deficientes condiciones de salud y nutrición del mundo en su conjunto aumentaron durante los años setenta y ochenta. Los cambios han afectado a todos los aspectos de la vida de la población y reciben particular atención en el seguimiento de la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos de la OMS.

### ***Cambios económicos***

La crisis económica mundial de fines de los años setenta y ochenta, que fue precipitada en parte por los aumentos en el precio del petróleo, resultó en un desempeño económico generalmente deficiente en muchos países en desarrollo. Esto exacerbó la pesada carga de la deuda de muchos de esos países y, como resultado, cierto número de países experimentaron un proceso de estabilización económica y ajuste estructural. Las políticas de ajuste entrañaron desvalorización de las monedas, redujeron el gasto gubernamental, produjeron cambios en los precios de los bienes y servicios y acarrearón medidas para mejorar la eficiencia del sector público. Estos cambios de política estuvieron acompañados a menudo de grandes aumentos en el desempleo y de un descenso en los salarios reales.

Si bien algunos países en desarrollo experimentaron resultados económicos deficientes y una pesada carga de la deuda en la década de 1980, también hubo países, como los de Asia por ejemplo, que experimentaron un desarrollo importante en sus economías. Otros países no se vieron obligados a adoptar programas de ajuste estructural, pero sus economías tampoco fueron muy robustas. En fecha reciente, se ha producido un cambio adicional en Europa Central y del Este a medida que el cambio político ha conducido a cambios estructurales espectaculares en economías otrora centralmente planificadas.

Muchos estudios han demostrado que la riqueza nacional y la distribución de la riqueza desempeñan un papel fundamental en determinar el estado de salud de un país. Sin embargo, aún hay espacio considerable para que los gobiernos influyan en el estado de salud final por medio de sus políticas sanitarias.

### ***Cambios demográficos***

En las décadas de 1970 y 1980, se ha observado una transición en los patrones demográficos de los países en desarrollo, en los que las tasas de fecundidad y de crecimiento, en promedio, han experimentado un descenso. Sin embargo, aún persisten amplias disparidades entre los países desarrollados, los países en desarrollo y los países menos desarrollados en áreas tales como el crecimiento de la población, la expectativa de vida y las tasas de mortalidad infantil. El perfil de edades de muchos países en desarrollo también ha experimentado un cambio espectacular, a medida que la mortalidad infantil ha descendido y la expectativa de vida ha aumentado. El resultado ha sido un in-

crecimiento en la proporción de la población con menos de 15 años de edad y en el número de ancianos en esas sociedades. En muchos países ha habido un proceso de urbanización rápida, que ha llevado consigo sus propios problemas.

### ***Cambios epidemiológicos***

En general, la década pasada ha sido testigo de tendencias positivas en la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, las cifras globales encubren un estancamiento o una reversión de estas tendencias en los países menos desarrollados. Los patrones de enfermedad también están cambiando y el incremento pronosticado en las enfermedades crónicas no siempre ha ido acompañado del descenso previsto en las enfermedades infecciosas. La migración y el crecimiento urbano han conducido a la reaparición de enfermedades que antaño se consideraba que estaban controladas, como han demostrado los recientes brotes de cólera en África al sur del Sahara y en América Latina. La pandemia del SIDA ha creado problemas importantes no previstos hace una década, y las lesiones y accidentes se han convertido en causas principales de morbilidad y hospitalización.

### ***Cambios sociales y culturales***

Niveles crecientes de educación, junto con mejoras en las comunicaciones, tales como el teléfono, la radio y la televisión, y la mejoría del transporte, han acortado las distancias dentro de los países y entre ellos. La interacción de estos y otros factores ha producido cambios en el estilo de vida, en la nutrición, en las estructuras sociales y familiares tradicionales, en los valores e, incluso, en las expectativas. Estos cambios han surtido efectos ambivalentes: han surgido algunos problemas sociales, tales como una necesidad mayor de servicios para promover la salud mental y ayudar a las personas a hacer frente a los cambios en la red tradicional de apoyo de la familia y la sociedad, y a la descomposición de dicha red. Al propio tiempo, también ha mejorado a menudo el acceso a la atención de salud. En general, estos cambios probablemente hayan aumentado las demandas sobre los sistemas de atención de salud.

### ***Cambios políticos***

La orientación política y las ideologías de muchos países han experimentado un cambio. Existe un mayor pluralismo y mayor énfasis en el individuo. El ejemplo más evidente es el advenimiento de la democracia en cierto número de países de África y América Latina, mientras que en Europa del Este y Central han cambiado estructuras políticas completas. Como resultado, han ocurrido cambios en las políticas, en la organización, en la gestión y en los servicios disponibles en todos los sectores. La visibilidad política de las cuestiones de salud ha aumentado merced a acontecimientos tales como la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978 y la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990.

Estos cambios políticos han ido acompañados de una tendencia general a aumentar la presión sobre presupuestos gubernamentales apretados. Si bien el apoyo gubernamental a los programas de salud en el curso de las dos últimas décadas ha obtenido resultados considerables en términos de avances en la salud, parece que estamos entrando en un periodo de transición. El patrón



cambiante de los problemas de salud, a medida que las enfermedades crónicas y no transmisibles adquieren una mayor importancia, indica que los programas de salud pública en gran escala de las décadas de 1970 y 1980 pueden hallarse sujetos a la ley de rendimientos decrecientes, y los argumentos económicos a favor de la intervención gubernamental en la salud se han debilitado o, al menos, han cambiado. En unos cuantos países, las consideraciones políticas han conducido a una reducción deliberada en la financiación gubernamental, pero, más generalmente, la recesión económica ha significado que, aunque muchos gobiernos han mantenido o, incluso, aumentado la proporción del presupuesto gubernamental destinada a la salud, esto ha significado a menudo una reducción en términos reales. A fin de atender las crecientes demandas y las expectativas mayores del consumidor en lo que respecta a servicios de salud, los gobiernos han tenido que buscar nuevas formas de financiar la atención y mejorar la eficiencia en función del costo. Se abordan aquí las primeras de estas preocupaciones.

### 1.3 Un marco para evaluación

Los gobiernos participan normalmente en la financiación de los servicios de salud debido a que los mercados privados para la atención de salud son incapaces de satisfacer, incluso mínimamente, las necesidades sociales de eficiencia y equidad. Los economistas utilizan el término «imperfección del mercado» para describir esta situación. Aunque la mayoría de los mercados adolecen de cierta clase de imperfección, el mercado de la atención de salud tiene un número de imperfecciones más elevado que la mayoría de los demás mercados. Por tanto, la intervención del gobierno está justificada a fin de mejorar la eficiencia y equidad con las que el mercado privado produce y distribuye sus bienes y servicios. Las imperfecciones del mercado más comunes en el sector de la salud se deben a uno o más de los fenómenos siguientes:

- falta de incentivo para suministrar «bienes públicos»;
- desatención a las «externalidades»;
- ausencia de consumidores bien informados.

Hay dos razones adicionales para la intervención del gobierno: una preocupación explícita por resolver el problema de la pobreza, que el mercado privado es poco probable que tenga; y la necesidad de proporcionar «bienes meritorios», es decir, bienes o servicios cuyo valor social supere el valor que los individuos pueden atribuirles, tales como alimentos nutritivos para los niños.

Algunas actividades de salud, tales como la provisión de agua segura y saneamiento, actividades de control de vectores y algunas medidas preventivas de las enfermedades infecciosas y parasíticas, son *bienes públicos*. A diferencia de los bienes «privados» normales, es difícil o imposible excluir a quienes no pagan de gozar de los beneficios de los bienes públicos. Por tanto, los proveedores privados tendrán poco incentivo para suministrar estos servicios o, en el caso extremo, no los suministrarán en absoluto, puesto que no pueden cargar a los usuarios por dichos servicios. Es una responsabilidad básica del gobierno asegurar la provisión de estos servicios.

Las *externalidades* son la segunda causa para la incapacidad del mercado que

justifica la participación del sector público en la financiación de la salud. Las externalidades guardan relación con el efecto secundario de la decisión de un individuo de buscar atención de salud o adoptar medidas preventivas. Para muchas condiciones, tales como las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, la decisión de un individuo de buscar atención o adoptar una medida preventiva afectará a los riesgos de otros de contraer la enfermedad. Cualquiera que sea el sistema general de financiación, el gobierno tiene una función que desempeñar en lo que respecta a la adopción de medidas específicas o la provisión de subsidios específicos para el tratamiento de condiciones como éstas.

La tercera razón para la financiación por el gobierno en el campo de la salud guarda relación con *la ausencia de consumidores bien informados*. El problema de consumidores no informados o deficientemente informados tiene repercusiones más generales y complejas para la estructura del mercado privado de los servicios de salud. Una característica central de este mercado es la asimetría de la información entre el paciente y el profesional médico. Los médicos tienen un control inusitado sobre el tipo de servicios prestados (ya que los pacientes siguen a menudo su consejo) y sobre el precio del servicio. Esto puede conducir a estructuras no competitivas de mercado. Lamentablemente, la teoría económica es incapaz de proporcionar un buen modelo para determinar cómo funcionan dichos mercados.

Finalmente, la provisión de servicios de salud con financiación gubernamental puede desempeñar un papel en una estrategia global de alivio de la pobreza. Las enfermedades para las que son importantes las externalidades o cuya prevención depende de los servicios públicos son también, en gran medida, las que afectan de forma desproporcionada a los pobres.

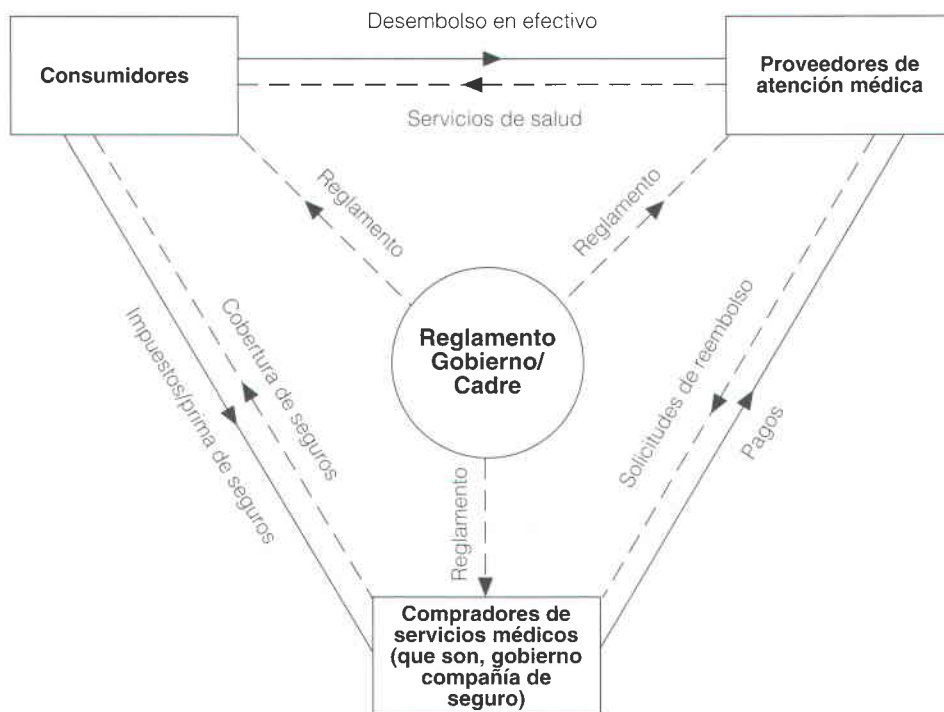
Las consideraciones precedentes justifican la intervención del gobierno poniendo de relieve las imperfecciones del mercado privado. Sin embargo, hay que reconocer que los gobiernos también están sujetos a una lista comparable de «imperfecciones»: por tanto, la provisión gubernamental de la gama completa de servicios de atención de salud no es la solución perfecta. Las áreas de posible imperfección gubernamental oscilan entre la corrupción y los problemas de la operación de una extensa burocracia. Los organismos gubernamentales pueden representar los intereses de grupos específicos de poder en la sociedad y, por tanto, no ser «representativos». Si los intereses profesionales se atrincheran en los ministerios de salud, pueden sesgar la provisión de servicios hacia una atención curativa más compleja, apartándose de la prevención o de técnicas simples. Los servicios pueden orientarse a la población relativamente rica que tiene poder político en vez de a la población pobre que tiene una mayor necesidad. Las extensas burocracias pueden ser propensas a la inercia de respuesta a situaciones de emergencia médica o a simples cambios en las características y demandas de salud del público. Los incentivos en el servicio gubernamental pueden no promover servicios que respondan a las demandas públicas. Los horizontes de planificación política pueden ser muy cortos (debido a las elecciones) o estar mal adaptados a la planificación a largo plazo. Al considerar una reforma del sistema de atención de salud, es importante no pedir a los gobiernos más de lo que pueden proporcionar.



Los mercados para otros bienes consisten normalmente en una transferencia directa de bienes o servicios entre el proveedor y el consumidor. Sin embargo, en el sector salud, además de este arreglo, los fondos de los pacientes pasan a menudo a través de un órgano intermedio de financiación (bien sea el gobierno o una compañía de seguros), tal como se ilustra en la figura 1. La presencia de dicho órgano en las transacciones del sector salud no sólo reduce la incertidumbre frente a las pérdidas financieras debidas a enfermedad, sino que, además, hace más fácil para el sector público subsidiar, proporcionar o garantizar el pago por un servicio que tiene las características indicadas. En los países con sistemas nacionales de salud, quien compra los servicios de salud y quien los proporciona, es por lo común la misma parte: el gobierno. Sin embargo, esto no ha de ser así necesariamente; en Europa, ha habido un creciente interés en separar al proveedor y las funciones de financiación en los sistemas nacionales de salud a fin de promover la competencia.

Los cambios en la financiación que han ocurrido en el curso de esta última década inciden en cada una de las relaciones que se indican en la figura 1. Aunque la atención se ha centrado principalmente en formas de recaudar fondos, esto afecta inevitablemente tanto a la manera en que los proveedores son remunerados como a la relación entre los consumidores y los proveedores de la atención médica. En los países tanto desarrollados como en desarrollo, es deseable adoptar un enfoque integral que tome en cuenta a todas las partes

Figura 1  
Agentes en la financiación de la atención de salud



WHO 92047

afectadas, a saber, los proveedores, los compradores y los consumidores de la atención.

Los cambios que se han llevado a cabo han sido concebidos a menudo con miras a lograr un objetivo en particular. Sin embargo, también es esencial medir el efecto de estos cambios sobre otros objetivos del sector salud.

El Grupo de Estudio formuló un marco de evaluación que utilizó para evaluar los cambios recientes en la financiación. Los criterios de evaluación presentados aquí (tal como se resumen en el Cuadro 1) no pretenden ser definitivos: fueron objeto de un considerable debate y desacuerdo, y el Grupo de Estudio reconoció la existencia de otros posibles marcos de evaluación. Pueden obtenerse otras descripciones más detalladas de los marcos de evaluación y criterios posibles de cierto número de fuentes (véase 4).

Cuadro 1

**Criterios para evaluación de los cambios en la financiación**

Criterios	Elementos
1. Nivel de financiación	Cantidad Fiabilidad Efecto sobre otros mecanismos
2. Eficiencia	Técnica Asignación de recursos Administrativa Calidad
3. Equidad	Distribución de beneficios Distribución de cargas
4. Viabilidad	Aceptabilidad para el consumidor Aceptabilidad para las organizaciones profesionales Aceptabilidad política
5. Impacto sobre la salud	Cambio en el estado de salud

Los miembros del Grupo de Estudio consideraron que el efecto sobre el nivel y la fiabilidad de los fondos producido por los cambios en la financiación era un elemento esencial de toda evaluación. Los mercados privados, de por sí, probablemente no proporcionen fondos suficientes para ciertos servicios de salud pública, y es importante que el sistema de financiación pueda contrarrestar esta imperfección del mercado. Nuevos mecanismos de financiación pueden surtir un efecto sobre mecanismos existentes y es importante tomar esto en cuenta. Por ejemplo, el permitir a la gente optar por abandonar planes públicos de seguro de enfermedad a favor de planes privados puede reducir la viabilidad financiera del plan público.

La *eficiencia* entraña cierto número de elementos, de los cuales la eficiencia técnica y distributiva son los que se citan más comúnmente. La eficiencia técnica guarda relación con el hecho de si el servicio se proporciona al costo más bajo posible. Esta puede ser una cuestión de especial preocupación en

los sistemas públicos de atención de salud donde, a menudo, hay pocos incentivos para mantener bajos los costos. La eficiencia distributiva se ocupa más del resultado del proceso de atención de salud y del hecho de si los recursos se distribuyen de forma apropiada entre los distintos servicios de atención de salud.

La eficiencia administrativa guarda relación con los recursos utilizados en la gestión del sistema. Por ejemplo, el paso de un gran número de pequeñas compañías de seguro a una compañía grande puede mejorar la eficiencia administrativa al promover economías de escala.

El elemento final de la eficiencia considerado en el Cuadro 1 es el de la calidad de la atención. Los economistas consideran a menudo que la calidad es una dimensión de la eficiencia debido a que, si los recursos se asignan y se utilizan de manera eficiente, entonces resultará un servicio de mayor calidad. Sin embargo, los no economistas pueden sentirse más cómodos considerando la calidad como un criterio independiente.

En el área de la *equidad*, es evidente que no puede esperarse que los mercados privados resulten en una provisión socialmente justa de los servicios y en costos compartidos. Así, pues, es importante que nuestros criterios de evaluación incluyan explícitamente el efecto de los cambios en la financiación sobre distintos grupos de la población. Dicha evaluación debería considerar el hecho de si un cambio en la política promueve un acceso equitativo a quienes necesitan la atención, independientemente del ingreso y del lugar geográfico. Segundo, debería considerarse si el cambio produce una mayor equidad en la distribución de las cargas entre distintos grupos (contribuyente frente a usuario, ricos frente a pobres, personas saludables frente a enfermas y, en el caso del seguro, usuarios potenciales frente a usuarios reales).

La evaluación de la *viabilidad* significa esencialmente evaluar el hecho de si el cambio de política es aceptable y sostenible. Cierta número de grupos diferentes pueden evitar que el cambio sea viable; los consumidores pueden transferir su demanda a otros lugares y las organizaciones profesionales pueden negarse a cumplir con el cambio. El rechazo del cambio por estos grupos puede hacer que el cambio sea políticamente inaceptable.

Finalmente, es importante evaluar el *impacto* del cambio en términos de los resultados, es decir, el hecho de si el cambio de política conduce a mejoras en indicadores comunes del estado de salud. Este criterio es particularmente importante dado el conocimiento imperfecto de los consumidores acerca de los servicios de salud y, por tanto, las dificultades que afrontan al juzgar la calidad del servicio que reciben.

El Grupo de Estudio ha utilizado este marco de evaluación en todo su informe para analizar los cambios recientes acaecidos en la financiación del sector salud. El marco se ha aplicado a cada cambio en el grado en que lo permitieron las pruebas empíricas. La información disponible es más débil en el área de la evaluación de las ventajas para la salud, que son quizás el resultado potencial más importante de los cambios en la financiación de la salud. Esta será un área importante de atención en el trabajo futuro.

Al nivel de país, el marco de evaluación puede utilizarse también como guía para un análisis de la política de financiación, aunque se reconoce que países que difieran con respecto a las etapas de su desarrollo sanitario e ideología política tendrán ideas diferentes acerca de la importancia relativa de los componentes del marco de evaluación.

Las experiencias de los países indican que el cambio en un sistema de financiación rara vez es un evento discreto. Los cambios ocurren a menudo por etapas, y prosiguen de forma diferente en distintas regiones o tipos de instalación dentro de un país y pueden estar vinculados a la investigación aplicada y a la evaluación. Además, los efectos del cambio varían en el curso del tiempo; pueden ser una respuesta espectacular e inmediata que se modera a medida que las personas y las instituciones se acostumbran al cambio. Tales factores complican considerablemente la transición propiamente dicha y el proceso de evaluación. En el Recuadro 1 se documenta para un país un ejemplo de la complejidad de los cambios en la financiación y de los costos asociados con la transición.

Recuadro 1

### **Alemania: costos del cambio de los sistemas de financiación**

#### **Naturaleza del cambio**

Después de la integración de la República Federal de Alemania (RFA) y la República Democrática Alemana (RDA), se convino en integrar sus sistemas de salud. Esto significó, en realidad, instituir en la antigua RDA un sistema basado en el seguro fundamentado en la experiencia de la RFA y adaptarlo, con poco cambio, al territorio y población de la RDA.

#### **Dimensión del cambio**

El sistema recién adaptado es para cubrir a los 16 millones de habitantes de la antigua RDA, que solía operar 17 distritos en los que tenían empleo 500 000 funcionarios en más de 500 hospitales y 600 policlínicas, con casi 1000 centros de salud adicionales.

Los sueldos de los médicos en la RDA eran aproximadamente los mismos que los del trabajador promedio y los servicios de salud absorbían el 6-7% del producto interno bruto de la antigua RDA.

El nuevo sistema incluye a casi toda la población de la antigua República Democrática Alemana en la cobertura de los fondos de salud existentes en la RFA.

#### **Cronología**

La transferencia comenzó en 1989 y no ha quedado concluida aún: el plan había de concluir la reforma con la mayor rapidez que fuese técnicamente posible.

#### **Costos directos**

Han participado casi 1000 contadores, programadores y otros trabajadores técnicos, muchos con dedicación exclusiva desde 1989. Se han diseñado, adaptado o instituido sistemas de computadoras y telecomu-

nicaciones, nuevos sistemas contables y sistemas de registros y estadísticas médicos.

Han tenido que establecerse sistemas para nuevos contratos, aportes, reembolsos, pagos conjuntos, etc., y capacitarse al personal en su ejecución.

### **Formación de recursos humanos**

Se ha convenido en métodos para el reconocimiento mutuo de los profesionales en los servicios de salud, incluso los de las profesiones médicas. Se ha necesitado nueva capacitación y desarrollo profesional para contadores y tenedores de libros. Del personal que trabajaba antiguamente en los servicios de salud de la República Democrática Alemana será redundante el 10-20%, desempleado o reubicado fuera de los servicios de salud.

### **Planificación física**

El antiguo sistema de policlínicas se ha vuelto prácticamente redundante; la mayoría de los hospitales tendrán que ser reequipados radicalmente para que cumplan las normas de la RFD y, en el proceso de acreditación, gran parte de los antiguos hospitales, especialmente un gran número de camas, se han cerrado o transferido al sector social. Se estima que se necesita una suma de US\$ 20 000 millones para elevar los edificios y equipos de hospitales de la antigua RDA a la altura de las normas de la RFA.

### **Fuente de fondos**

El Gobierno alemán y los fondos del seguro han financiado el cambio con cargo a las reservas e impuestos adicionales sobre el ingreso y déficit presupuestarios. No se han realizado planes presupuestarios para sufragar los gastos estimados de la inversión de capital. No se han buscado en el exterior donaciones o préstamos.

La experiencia alemana es única: un sistema de atención de salud fue esencialmente absorbido por otro. Pero los elementos del costo en cualquier sistema en transición o reforma pueden identificarse con bastante claridad. Dependen de lo siguiente:

1. Naturaleza y escala del cambio.
2. El cronograma para la ejecución del cambio (periodo de transición).
3. Costos directos: estudios, diseño de sistemas, relaciones públicas, consultas.
4. Formación de recursos humanos: adiestramiento, readiestramiento, contratación y redundancia.
5. Planificación y construcción física.

## 2. **Cambios en las fuentes de financiación**

### 2.1 **Fuentes de financiación de la atención de salud**

La preocupación número uno, al analizar el sistema de financiación de un país, consiste en identificar las fuentes de los fondos que sustentarán el sector salud. En muchos países, la fuente más importante de financiación para el sector salud es el gobierno, aunque en años recientes otras fuentes han adquirido una mayor importancia como complemento de los aportes gubernamentales. Hay cuatro fuentes principales de financiación para el sector: gobiernos, fuentes privadas, seguro de enfermedad y fuentes externas.

La *financiación gubernamental* de la atención de salud incluye el gasto de salud en todos los niveles del gobierno, junto con el gasto de las corporaciones públicas. Ciertos servicios, en particular los que tienen características de bien público (véase la página 5), deberán considerarse como responsabilidades fundamentales del gobierno y ser financiados por el gobierno.

La *financiación privada* de la atención de salud puede ser directa o indirecta.

1. Pago directo: pagos personales efectuados directamente a una amplia gama de proveedores, entre ellos, profesionales del sector privado, curanderos y farmacéuticos particulares. Los pagos de los usuarios, independientemente de si corresponden a servicios de salud proporcionados por el gobierno o por el sector privado, constituyen desembolsos en efectivo y, por tanto, se consideran aquí como financiación de la salud procedente de una fuente privada. Asimismo, los cargos, aportes o pagos adelantados de miembros de planes de financiación comunitaria también se consideran como provenientes de fuentes privadas (no gubernamentales).
2. Pago indirecto: pagos por servicios de atención de salud de parte de empleadores (por ejemplo, pago por complejos industriales grandes y de propiedad privada en los países en desarrollo o el que los empresarios en los países industrializados compartan el costo de la atención de salud) y financiación de la salud por otros órganos no gubernamentales, tales como la recaudación de fondos por entidades locales de beneficencia en pro de la salud.

Hay cierto número de razones para que los gobiernos consideren la promoción de la financiación privada de la salud. Primero, puede considerarse como un medio de introducir recursos adicionales en el sector de la atención de salud. Segundo, los precios generados en un mercado de atención de salud pueden contribuir a mejorar la eficiencia general con la que se asignan los bienes y servicios. La combinación de competencia de precios y los incentivos a la propiedad que brinda el sector privado puede contribuir a mejorar la eficiencia del sector en su conjunto. Finalmente, la financiación privada puede actuar, en algunos casos, como sustituto de la financiación gubernamental, liberando así al gobierno de la responsabilidad financiera de algunos servicios.

El *seguro de enfermedad* es un sistema en el que los futuros consumidores de la atención efectúan pagos a una tercera persona en forma de un plan de segu-



ro que, en el caso de una enfermedad futura, pagará al proveedor de la atención parte o la totalidad de los gastos contraídos. El seguro de enfermedad es una fuente combinada de financiación, ya que a menudo obtiene aportes de los empleadores y de los empleados y, a veces, del gobierno. Con frecuencia, los aportes a dichos planes son obligatorios. Se distinguen aquí tres tipos principales de seguro:

1. *Seguro social o gubernamental*: estos sistemas proporcionan cobertura obligatoria o, en menor grado, voluntaria para las personas empleadas en el sector formal. Las primas o aportes se basan por lo general en el ingreso de la persona, independientemente del riesgo actuarial.
2. *Seguro privado*: proporciona cobertura a grupos o individuos a través de instituciones, que pagan como terceros y que operan en el sector privado. Las primas tienden a basarse en un cálculo actuarial de la incidencia de la enfermedad y del uso de los servicios, es decir, en general no guardan relación con el ingreso y varían según la edad y el sexo.
3. *Seguro del empleador*: se refiere a la cobertura que está comprendida entre las otras dos categorías, en la que los empleadores u órganos paraestatales o privados pagan como terceros o actúan como agentes de cobro, con elegibilidad basada en la situación de empleo. Los códigos laborales nacionales exigen a menudo dichos planes.

En cada una de estas categorías, el seguro de enfermedad ha sido considerado como una forma de permitir a los gobiernos diversificar las fuentes de ingresos del sector salud, mejorar la eficiencia ofreciendo a los individuos cierta participación en el pago de su propia atención de salud y distribuir la carga de los costos de salud en el curso del tiempo y a través de una base más amplia de población, con lo que se reducirán los riesgos. La existencia del riesgo es la razón fundamental para el seguro. Los costos de la atención de salud pueden ser infrecuentes, pero son potencialmente muy elevados. Esto significa que, sin seguro, el individuo puede verse incapacitado para pagar la atención, incluso si está dispuesto a hacerlo.

Los mercados de seguro adolecen de imperfecciones, en particular las asociadas con información inadecuada. Estos problemas se describen a menudo como un riesgo moral (los que están asegurados tienden a utilizar excesivamente los servicios asegurados) y selección adversa (quienes prevén que necesitarán atención de salud optarán por comprar seguro con más frecuencia que otros, lo que conduce a costos más elevados, a menores utilidades, a primas más altas e, incluso, en consecuencia, a un número cada vez menor de usuarios). Frecuentemente, estos problemas significan que no hay mercados de seguro privado en absoluto. Cuando existen, pueden ser culpables de «tamizar», cuando el asegurador excluye a los clientes de más riesgo (tomando como base sus ingresos o su estado de salud anterior), con lo que se mina el valor del seguro totalmente. Dichas imperfecciones del mercado explican por qué los gobiernos tienden a desempeñar un papel reglamentario en los mercados de seguro de enfermedad.

Las *fuentes externas* se han vuelto importantes como agentes de financiación, especialmente en ciertos países en desarrollo donde los gobiernos han sido

incapaces de satisfacer sus necesidades y compromisos de salud con recursos internos. Consisten principalmente en donantes de ayuda multilateral y bilateral y, en menor grado, en organismos no gubernamentales.

Pocos sistemas de salud, si los hubiere, dependen exclusivamente de una sola fuente de financiación, y la presentación separada de las fuentes arriba indicadas se ha hecho únicamente con fines de claridad. El hecho de que los sistemas de salud dependan de más de una fuente hace que el logro de las metas de la política de salud sea más complejo. Si bien la utilización de distintas fuentes de financiación puede aumentar los recursos de salud de un país, hace que la búsqueda de la eficiencia y la equidad sea más difícil que en un sistema de fuente única. Al propio tiempo, una diversidad de fuentes surte un efecto estabilizador en la economía en su conjunto y permite una mejor adaptación a las diversas condiciones económicas y culturales de un país. Por tanto, en un mecanismo de financiación múltiple se necesita aumentar al máximo el papel potencial de cada fuente, en tanto se asegura que cada fuente surta el efecto esperado en el logro general de las metas de la política de salud y, finalmente, en los resultados de salud. Los riesgos inherentes en los sistemas de financiación combinada son las más de las veces los de duplicación y superposición de funciones y cobertura.

Es importante distinguir entre la *financiación* y la *provisión* de servicios: es muy posible que los servicios sean financiados públicamente aunque proporcionados privadamente o viceversa (véase el Cuadro 2). Sin embargo, la financiación y la provisión actúan recíprocamente; aunque esta sección del informe se ha concentrado exclusivamente en fuentes de financiación, en la práctica es probable que las políticas destinadas a promover la provisión privada de servicios de salud aumenten también la financiación privada.

Cuadro 2

**Financiación y provisión del sector de la salud**

Financiación	Provisión	
	Pública	Privada
Pública	Financiación y provisión gubernamental gratuita en el punto de utilización	Servicios contratados de proveedores privados
Privada	Cobros suplementarios directos a los usuarios Camas privadas en hospitales públicos	Atención de salud privada financiada por el seguro Organizaciones de mantenimiento de la salud

**2.2 Fuentes de financiación del gobierno**

**2.2.1 Tendencias y evolución**

La financiación es sólo una de las diversas funciones que el gobierno desempeña en el sector salud (véase la sección 4.5). Debido a que el gobierno tiene



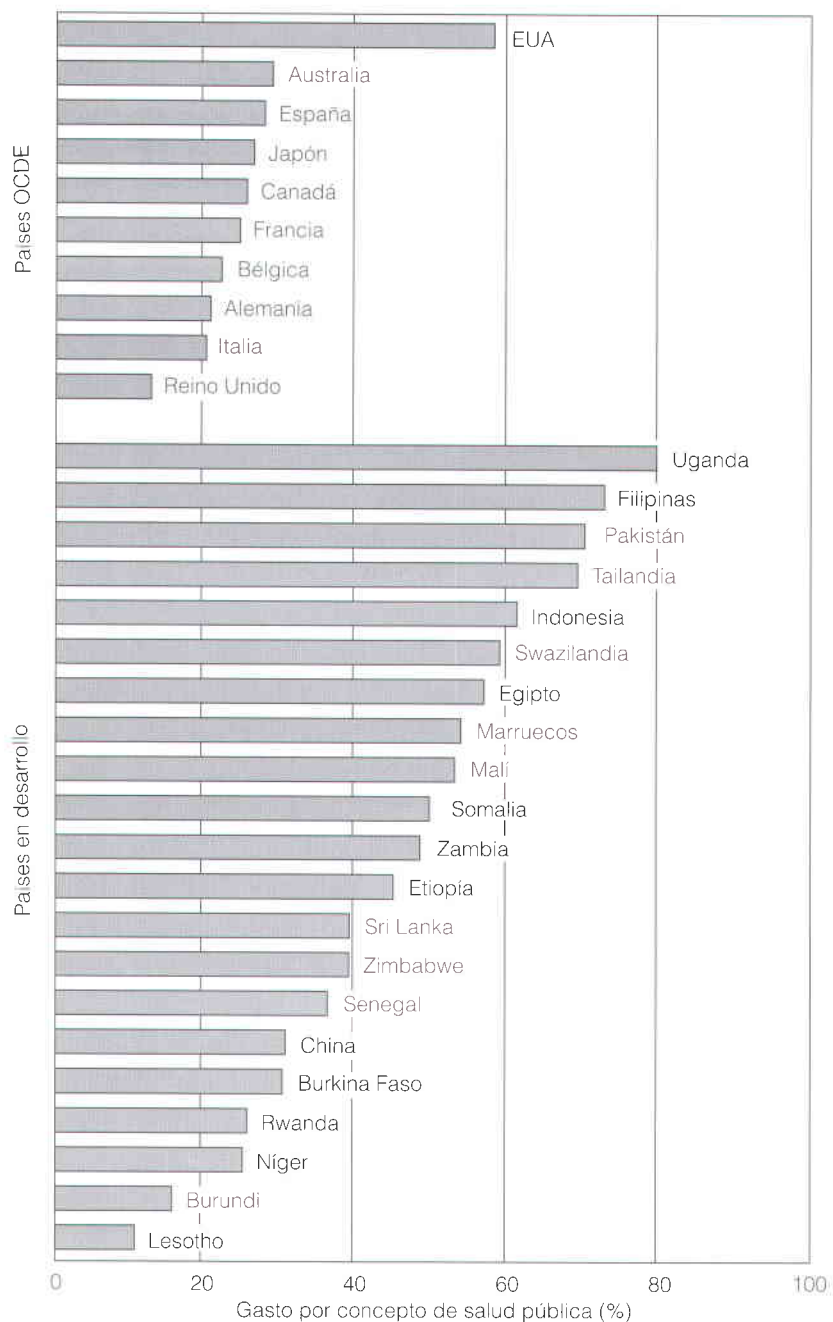
primacía en la formulación general de la política y la planificación estratégica para la salud, al igual que en otros sectores, a menudo puede parecer que la financiación de la salud también es un área en la que el gobierno es el principal actor. El grado en el que esto ocurre varía de un país a otro, dentro de amplios márgenes, tal como se ilustra en la Figura 2 para una muestra de países industrializados y en desarrollo (datos de gastos del gobierno central solamente). El patrón general es el de una participación mayor del gobierno en la financiación de la salud en los países industrializados. La información disponible sobre las porciones relativas de fuentes gubernamentales y no gubernamentales de financiación es mucho más fiable para los países industrializados, y el resultado de ello es probablemente subestimar la importancia del gasto no gubernamental en salud en los países en desarrollo. Sin embargo, el gobierno es una fuente importante de financiación de la salud, que rara vez paga menos del 20% del gasto total en salud y que, a veces, paga más del 80%.

Las tendencias recientes en el papel de la financiación gubernamental de la atención de salud son un reflejo de las esbozadas en la sección 1 en el contexto general de la transición y el ajuste como resultado de cambios económicos, políticos y de otra índole. En varios países, ha habido un cambio explícito en la política económica del gobierno, que precede y establece el marco para el cambio en sectores individuales tales como el de la salud. Así, pues, Chile ha efectuado un cambio importante en el patrón de financiación de su atención de salud en la última década, apartándose de un sistema centralmente financiado, basado en los impuestos, pasando a través de un sistema basado en el seguro social, y yendo hacia un sistema que ahora depende sustancialmente de los fondos privados con apoyo de planes del seguro obligatorio y voluntario. Los cambios en la política social y económica en Europa del Este también están conduciendo a un diseño pluralista para los sistemas de salud que depende en menor grado de la financiación directa del gobierno.

Quizás en la mayoría de los países, incluso en los menos desarrollados, el papel de la financiación del gobierno en la salud se está haciendo más reactivo y menos programático (véase, por ejemplo, el Recuadro 2). El estancamiento o descenso en la actividad económica se demuestra claramente en el sector salud mediante el desvío de recursos humanos al sector privado, el deterioro de los edificios y el equipo, y dificultades crónicas con los productos farmacéuticos y el sistema logístico para entregar, supervisar y apoyar insumos esenciales de salud. Países tan diversos como Colombia, China, Jamaica, Senegal, Sri Lanka, Tailandia y Turquía han mostrado todos ellos, aumentos sustanciales en la participación del sector privado en el gasto total en salud desde principios de la década de 1980.

Figura 1

**Desembolso privado en la salud como porcentaje del desembolso total en salud (hacia 1987)<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> Fuentes: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y Banco Mundial.

### **Nigeria: exploración de las fuentes privadas de financiación**

Tradicionalmente, los nigerianos han recurrido al sector privado, especialmente las misiones y otras entidades caritativas y proveedores tradicionales, para la provisión de servicios de salud. Dichos proveedores siempre han cobrado por la atención. Sin embargo, tras la independencia en 1960, condiciones económicas favorables hicieron posible ampliar la cobertura de atención de salud del sector público y proporcionar servicios gratuitos.

La crisis económica de la década de 1980 y sus efectos negativos sobre los ingresos gubernamentales dieron lugar a presiones para el cambio. El Gobierno fue incapaz de financiar la provisión de servicios de salud de forma adecuada frente a una población creciente con grandes expectativas. También se puso de manifiesto que la calidad de los servicios en las instalaciones públicas de salud se estaba deteriorando y, como resultado, muchos nigerianos estaban dispuestos a pagar por atención de mejor calidad en el sector privado, incluso si esto significaba endeudarse. El Gobierno contempla ahora cierto número de fuentes privadas de financiación.

#### **Cargos de los usuarios**

Los cargos de los usuarios existen en muchas instalaciones públicas de salud, con tarifas normalmente más bajas en las instalaciones del nivel primario que en otros niveles. Sin embargo, la contribución de los pagos de los usuarios a la financiación del sector de la salud es aún poco importante. La estructura de tarifas relativamente bajas (en comparación con el sector privado), junto con el hecho de que los políticos no están dispuestos a aumentar las tarifas por razones políticas, y la deficiente tasa de cobro, explica esto en gran parte. En el estado de Ogún, los pagos de los usuarios sufragaron menos del 5% del gasto total de salud del estado entre 1984 y 1988. A los cargos por medicamentos correspondió más del 80% de la cantidad cobrada por concepto de pagos de los usuarios. Sin embargo, se consideró que, si se superaban las barreras políticas, los pagos de los usuarios podrían ser una fuente importante de financiación. Un estudio en un estado demostró que la familia promedio de cinco miembros empleaba 36 (aproximadamente US\$ 3,6) por mes en atención de salud, cantidad que es un 20% del sueldo mínimo mensual oficial en Nigeria.

#### **Pagos a los proveedores privados**

Para los estados sobre los que se dispone de datos, la relación de instalaciones privadas a públicas oscila entre 5:95 y 30:70. Ciertamente, el sector privado es una fuerza importante en Nigeria. Sin embargo, sólo recientemente ha comenzado el Gobierno a pensar en formas de hacer participar al sector privado con eficacia en la financiación y provisión de servicios de salud. En la actualidad, los gobiernos estatales inscriben a los médicos privados para que puedan comenzar a ejercer legalmente su profesión, y los médicos privados necesitan cumplir ciertas condiciones para poder inscribirse. Supuestamente la inscripción se revisa y renueva anualmente. Sin embargo, no está claro el grado en que se aplican estas disposiciones.

### **Seguro de enfermedad**

El seguro de enfermedad privado es de alcance muy limitado. El Gobierno Federal está comprometido ahora a ejecutar un Esquema Nacional de Seguro de Enfermedad. La primera etapa de su ejecución ha de abarcar a quienes se hallan empleados regularmente (sectores público y privado). El plan propuesto tiene las características siguientes:

- Pagos de capitación hechos a los proveedores.
- El asegurado y las personas a su cargo pueden buscar los servicios tanto en instalaciones públicas como en una instalación privada aprobada.
- Los empleados y empresarios hacen aportes al plan en una relación de 1:3.
- La cantidad pagadera por cada empleado es la misma, independientemente del ingreso.

El plan propuesto aún necesita reevaluación a fin de reducir los elevados costos administrativos previstos en su ejecución y reducir al mínimo sus inequidades inherentes.

### **Financiación comunitaria**

La Iniciativa de Bamako ha sido bien aceptada por el Gobierno y la población de Nigeria, y el país es uno de los 12 países africanos en poner en práctica la iniciativa. La ejecución comenzó en 1988 y, para 1990, había abarcado una cifra estimada de cuatro millones de personas. Ahora se considera que la cobertura ha aumentado a ocho millones. La financiación comunitaria no sólo ha hecho participar a las comunidades en la financiación de los servicios de salud en Nigeria, sino que también les ha permitido participar en la organización y gestión de la provisión de servicios de salud a nivel periférico. Además, ha proporcionado atención de salud a muchos nigerianos que hasta entonces habían tenido poco o ningún acceso a servicios de salud modernos.

## **2.2.2 El impacto de los cambios en la financiación gubernamental**

La financiación del presupuesto por parte del gobierno ha sido criticada en cada uno de los elementos del marco de evaluación como ineficiente, inequitativa, de mala calidad, etc. (5). Sin embargo, en vista que los patrones de mortalidad y morbilidad evitables tienen algunos elementos en común con los patrones de distribución del ingreso, es evidente que existe un posible papel importante para la financiación gubernamental como fuerza a favor de la equidad al compartir los costos de la atención de salud y a favor de la provisión gubernamental de servicios destinados a mejorar la equidad en el acceso de la población con riesgo similar.

Se están realizando en la actualidad estudios sobre la progresividad y equidad en la financiación y utilización de los sistemas de atención de salud en Europa (véase 6). En los países en desarrollo se ha emprendido poca investigación sistemática sobre estos temas. La situación en Filipinas (Recuadro 3) indica que la financiación de los servicios gubernamentales es regresiva. Por el contrario, en Indonesia (7, 8) y en Malasia (9, 10), se halló que el efecto distributivo de la provisión de servicios de salud pública promovía la equidad y que

Recuadro 3

### Filipinas: la equidad y la financiación por parte del gobierno

En Filipinas, una gama de proveedores privados y gubernamentales proporcionan servicios de salud. Una tercera parte de todas las instalaciones hospitalarias pertenecen al sector público, pero los hospitales públicos tienden a ser más grandes que los privados y cerca de la mitad del número de camas en el sistema de hospitales están en instalaciones públicas.

Las estimaciones más recientes indican que a las fuentes públicas de financiación corresponde al menos el 40% del gasto total en atención de la salud. De los fondos disponibles para el sector público de la salud, el 65% son asignados a los hospitales, el 14% a los servicios de campo, el 19% a la administración y el 2% a la capacitación.

Una de las principales justificaciones para la provisión gubernamental de servicios de atención de salud, financiados mediante los ingresos fiscales, consiste en mejorar la equidad en la utilización de los servicios de atención de salud. La mayor ironía es la de que este plan de financiación puede ser muy regresivo. La desigualdad surge de la naturaleza regresiva del sistema fiscal. En Filipinas, el 60%, aproximadamente, de los fondos públicos para la salud proviene de impuestos indirectos. Las tasas efectivas de impuestos para las clases de ingresos más bajos, medios y más altos son el 27%, el 32% y el 18%, respectivamente. Esta situación surge de la naturaleza regresiva de los impuestos indirectos y de la incapacidad del Gobierno de cobrar los impuestos entre las clases de ingresos más elevados.

El cuadro a continuación, derivado de la Encuesta Nacional de Salud de Filipinas de 1987, indica que, aun cuando la utilización de las instalaciones públicas del nivel primario de atención desciende con el ingreso, las instalaciones hospitalarias públicas son utilizadas igualmente por los grupos de ingresos más bajos y más altos. Esto significa que los grupos de ingresos más altos reciben tanto subsidio como los grupos de ingresos más bajos, lo que quizás no es lo que se pretendía.

Clase de ingresos	Utilización de las instalaciones públicas <sup>a</sup>		
	Unidad de salud rural <sup>1</sup>	Hospital	Tasa efectiva de impuesto
Bajo	38%	31%	27%
Medio	34%	35%	32%
Alto	20%	30%	18%
Otros (no clasificados)	8%	4%	

<sup>a</sup> Porcentaje de usuarios de diferentes clases de ingresos.

Solon, O. et al., *Health sector financing in the Philippines*. Research Triangle Institute y Facultad de Economía de la Universidad de Filipinas, 1991.

este efecto se acentuaba con el curso del tiempo. Los estudios sobre equidad en el acceso se han ocupado principalmente de las variaciones geográficas en la cobertura o el acceso, pero algunos de los estudios mencionados en la sección 2.3 sobre los pagos de los usuarios han analizado el impacto diferencial sobre grupos de bajos ingresos y de ingresos más elevados.

A pesar de los esfuerzos decididos hechos por los gobiernos, modalidades ineficientes de asignación de recursos siguen caracterizando la distribución de los recursos de salud tanto físicos como humanos, en el sector de la salud de muchos países. Los cambios de organización que se analizan en la sección 4 pretenden mejorar la eficiencia y equidad de la financiación gubernamental de la salud. Sin embargo, el mejoramiento de la equidad en la recaudación de los ingresos por el gobierno es generalmente una cuestión de reforma fiscal y, por tanto, cae fuera del control del ministerio de salud.

## 2.3 Fuentes privadas de financiación

### 2.3.1 *Tendencias y evolución*

#### *Privatización*

Cierto número de países han incluido entre sus políticas de financiación algún compromiso a la expansión del sector privado y, por tanto, a la financiación privada. En muchos otros, el sector privado ha estado creciendo sin cambio alguno en la política gubernamental, y los gobiernos se están viendo confrontados por el nuevo reto de reaccionar a las demandas del sector privado. Ejemplo de ello son: la migración de trabajadores de la salud calificados al sector no gubernamental, la creciente presión a favor de la liberalización de las condiciones en las que los médicos empleados en el sector público pueden ejercer privadamente su profesión, y las crecientes peticiones de construir hospitales privados y la compra de importantes unidades de equipo diagnóstico por el sector privado.

El alcance y los objetivos de las políticas de privatización han variado considerablemente. En la mayoría de los casos, los países han adoptado estrategias de privatización limitada. Por ejemplo, México proporciona exención fiscal a los consumidores por gastos privados de salud. Algunos países, tales como la República Unida de Tanzania, que con anterioridad prohibían el ejercicio privado de la profesión, están abrogando ahora esa legislación. En otras áreas en las que los ministerios de salud tienen una capacidad limitada, tales como la salud mental o la atención de los ancianos, se ha animado al sector privado a que desempeñe un papel más activo: por lo común, se ha promovido la participación de las organizaciones no gubernamentales (ONG) en estas actividades. En fecha reciente, cierto número de gobiernos han tratado de generar mayores recursos privados para la salud mediante la promoción de la operación de clínicas privadas en el seno de instalaciones públicas. Por ejemplo, Mozambique acaba de comenzar a permitir al personal médico que administre clínicas privadas especiales en instalaciones gubernamentales urbanas fuera de las horas normales de trabajo. Muchos países tienen camas privadas de pago en hospitales del gobierno. Estas políticas pueden ser una forma de complementar las fuentes existentes de financiación.



En contraste, pocos países han adoptado programas integrales de privatización con el objetivo de reemplazar el gasto gubernamental. Chile es una excepción; inició un programa bastante integral de privatización en el sector de salud en la segunda mitad de la década de 1970. Aunque el estado siguió costeando la atención preventiva y ciertos servicios básicos, gran parte del resto se privatizó.

En muchos países, la demanda por los consumidores de atención de salud ha superado, con respecto a calidad y cantidad, a la oferta del sector público, y los consumidores han recurrido al sector privado. Esto ha ocurrido en países en todos los niveles de desarrollo, a medida que la austeridad en la política económica gubernamental ha conducido a mayores periodos de espera, escasez de medicamentos y suministros esenciales y deterioro de los edificios e instalaciones de salud. Esto también ha ocurrido, por diferentes razones, en algunos países recién industrializados tales como Tailandia, que han estado experimentando un rápido aumento en el ingreso.

#### *Pagos de los usuarios*

El cambio a fuentes privadas de financiación se ha manifestado de distintas formas, pero quizás el cambio más notable durante los años ochenta fue la introducción e incremento de los pagos de los usuarios por los servicios gubernamentales. Los países en los que este cambio ha sido más significativo han sido aquellos en los que el gobierno es responsable de suministrar una porción sustancial de los servicios de atención de salud y en los que se han producido graves restricciones económicas. Los cambios mayores probablemente hayan ocurrido en el Africa al sur del Sahara, donde muchos países han aumentado o introducido los pagos por servicios de salud suministrados por el gobierno en el curso de estos últimos cinco años. En Ghana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe, ha habido aumentos importantes en la aplicación de los cargos de los usuarios.

En Asia, si bien los cambios han sido menos espectaculares, para fines de la década de 1980, la mayoría de los países habían implantado alguna forma de cobro de tarifas en los hospitales. Sin embargo, con la excepción de China, donde el porcentaje de desembolso nacional en salud financiado con cargos de los usuarios aumentó del 19,1% en 1980 al 43,8% en 1985, y la República de Corea y Tailandia donde los cargos de los usuarios representan una porción elevada del gasto en salud, los pagos de los usuarios no representan una fuente importante de ingresos para el sector salud (11). En Indonesia, en 1985-1986, los ingresos procedentes de los cargos de los usuarios ascendieron a un total del 10%, aproximadamente, de los gastos ordinarios o recurrentes por concepto de salud. La mayor parte de este ingreso se recauda a través de los hospitales, cuya razón de recuperación de costos es del orden del 20%, mientras que los centros de salud generan sólo un 3%, aproximadamente, de sus gastos.

Los pagos de los usuarios se han impuesto menos intensamente en América Latina, donde son una fuente de financiamiento de facto, en vez de una fuente planificada. En Bolivia, una evaluación de la financiación de la atención de salud en 1989 encontró que una elevada proporción de recursos se recaudaba de los pacientes, sobre la base de un plan no definido de pagos de los usua-

rios. Guatemala ha tenido una tarifa modesta para la atención ambulatoria, que ha permanecido sin modificación desde la década de 1970 (12). En otros países, como Nicaragua, no hay cobro oficial por los servicios, aunque los pacientes quizás tengan que pagar las medicinas o servicios adicionales relacionados con la atención de salud.

La financiación comunitaria puede tener elementos de pago por servicio o participación en el pago donde entran en juego planes comunitarios de riesgos compartidos. La característica clave que distingue la financiación comunitaria de otras formas de pago directo (véase la página 12) es la de que hace participar a la comunidad en la administración de los servicios de salud. La financiación comunitaria, si bien no representa una fuente importante de ingresos para el sector, ha sido aplicada en muchos países como forma de recaudar ingresos y de promover la autodependencia y la responsabilidad de la comunidad. Planes basados en los principios de la financiación comunitaria operan en cierto número de países, entre ellos Guinea, Kenya, Liberia, Senegal, Uganda, Zaire y Zambia (13). En Africa, la Iniciativa de Bamako ha proporcionado un marco para el desarrollo de enfoques de financiación comunitaria con el propósito posterior de aplicación a nivel nacional (14). Estos proyectos difieren según las necesidades y condiciones locales, con énfasis variable en distintos aspectos de la participación de la comunidad, fortalecimiento de la gestión a nivel de distrito y financiación. Sobre la base de esta experiencia, parece haber posibilidades considerables para participación de las comunidades en la financiación de los servicios de salud en muchas regiones de Africa. En realidad, en muchas zonas rurales del mundo en desarrollo, especialmente donde las organizaciones locales son fuertes, la infraestructura de la comunidad pudiera utilizarse para apoyar la provisión de servicios de atención de salud.

### 2.3.2 ***El impacto de los cambios en la financiación privada***

#### *Nivel de financiación*

Hay varias preocupaciones acerca de la capacidad del sector privado de recaudar ingresos adicionales destinados al sector de la atención de salud. En primer lugar, la gente puede optar simplemente por no utilizar la atención del sector privado. Las experiencias de Chile son elocuentes. Después del golpe de 1973, el nuevo Gobierno impuso un austero programa de reforma económica con reducciones espectaculares en el presupuesto del sector público y un giro hacia la privatización. A pesar de un paquete de políticas que incluyó el establecimiento de nuevos planes de seguro de enfermedad y tarifas más elevadas en el sector público, solo se recibieron fondos limitados del sector privado. Viveros-Long (15) atribuye este hecho principalmente a falta de demanda. Las políticas de austeridad condujeron a una aguda recesión y la población simplemente no tuvo dinero suficiente para buscar la atención privada de salud. Después de siete años de seguro en manos del sector privado, sólo el 14% de la población estaba amparada por el nuevo mecanismo, ya que las primas eran altas en comparación con los niveles de ingreso promedio.



El desarrollo del sector privado no generará necesariamente recursos adicionales para la salud. Sobre una base teórica, es imposible determinar si la expansión del sector privado excluirá o no al sector público. Es posible un cierto número de escenarios complejos: por ejemplo, el gasto total en el sector salud puede aumentar, pero el del ministerio de salud puede descender; el gasto total en la atención de salud puede aumentar, pero si los costos aumentan simultáneamente, entonces el volumen del servicio puede seguir siendo el mismo o incluso descender.

Existe poca evidencia empírica que demuestre qué ocurre en realidad cuando se amplía el sector privado, pero no está claro en absoluto que se vaya a disponer de fondos adicionales en todos los niveles y en todas las partes del sector salud. En el Uruguay, el crecimiento del sector privado agotó los fondos para el sector público, lo que resultó en un descenso de la calidad de la atención en las instalaciones públicas (16). Además, aunque el sector privado puede aportar recursos financieros adicionales a la atención de salud, puede haber competencia entre los sectores público y privado por los recursos, tales como los de personal, que son limitados en el corto plazo.

Los cargos de los usuarios pueden afectar a los recursos disponibles en dos niveles: a nivel nacional, pueden cambiar el grado general de financiación disponible para el sector y, a nivel de instalación de salud o comunidad, pueden proporcionar un medio de financiar actividades locales no apoyadas de forma adecuada por otras fuentes. A nivel nacional, se ha encontrado que la capacidad de los cargos de los usuarios para aumentar de forma importante los ingresos generales del sector salud es limitada. Las estimaciones indican que no es probable que la proporción de ingresos recaudados mediante la recuperación de costos exceda del 20-25% del gasto del sector salud en un futuro previsible y, en muchos países, permanece a niveles mucho más bajos. Por ejemplo, la relación promedio de recuperación de costos con las tarifas establecidas para los usuarios en el África al sur del Sahara es del 4%, aproximadamente, para el sistema en su conjunto (17). Algunos países que han aumentado en fecha reciente las tarifas han logrado alcanzar niveles del 15% (Ghana y Lesotho, por ejemplo), pero pocos países han llegado a tasas más elevadas, a menos que hayan combinado los cargos de los usuarios con un sistema de seguro de enfermedad de amplio alcance.

Sin embargo, a nivel de instalación de salud, la experiencia indica que los cargos de los usuarios pueden proporcionar, y de hecho proporcionan, una fuente importante de ingresos para sufragar gastos operativos de índole no salarial. Dichos gastos están sujetos las más de las veces a reducciones presupuestarias y, al mismo tiempo, son sumamente vitales para la provisión de atención de alta calidad. El éxito de los proyectos de financiación comunitaria en generar ingresos adicionales significativos ha sido mixta. En algunos planes, tales como los fondos rotativos de medicamentos en Tailandia (18), se han generado fondos considerables que han facilitado la expansión de los proyectos. En otros, los costos de desarrollo que entrañó la iniciación y mantenimiento de la participación de las comunidades han resultado elevados y se ha requerido un apoyo externo continuo para proseguir con la operación de los proyectos. Sin embargo, entre 1988 y 1990, al menos seis países africanos

declararon la recuperación de más del 100% de los gastos operativos no salariales para las instalaciones de salud de los pagos de los usuarios (19). La capacidad de la instalación para retener y utilizar los pagos cobrados parece afectar notablemente a la razón de recuperación de costos.

La fiabilidad de los cargos de los usuarios como fuente de financiación depende de la uniformidad de aplicación de los cargos y del mantenimiento de niveles de utilización. La capacidad de pago de las personas en los países en desarrollo es sumamente limitada y depende de factores estacionales en la producción agrícola.

#### *Eficiencia*

Es difícil juzgar empíricamente si un mayor papel del sector privado mejora o reduce la eficiencia en su conjunto. A nivel microeconómico, hay ciertas pruebas que indican que los proveedores privados logran proporcionar servicios más baratos que el sector público. Por ejemplo, los estudios de las instalaciones gubernamentales, privadas con fines de lucro y privadas sin fines de lucro, en la India indicaron que los servicios gubernamentales eran los más costosos y los servicios privados con fines de lucro, los menos costosos (20). Sin embargo, no está claro que la unidad de producción (tipo de servicio) o la calidad del servicio sea la misma en cada uno de estos casos. El hecho de que la financiación pública y la financiación privada dirijan en potencia los servicios hacia grupos beneficiarios diferentes significa que es casi imposible realizar evaluaciones de la eficiencia en general.

La contribución de los pagos directos a la eficiencia técnica y distributiva depende de la forma en que se utilicen los ingresos. Los pagos directos han suscitado cierto número de importantes consideraciones para la eficiencia administrativa. Además de sus posibilidades de recaudación de ingresos, las tarifas se han visto como medios para lograr una mayor eficiencia en la asignación de recursos, disuadiendo el uso de servicios de atención de salud cuando la enfermedad no es suficientemente grave para garantizar el costo de obtener tratamiento, promoviendo la sujeción al sistema de referencia y fomentando el uso racional de medicamentos y de tecnología diagnóstica y de tratamiento. Estos argumentos sólo son válidos si los precios fijados son los correctos, es decir, si reflejan factores tales como el ingreso del usuario, el tipo de servicio recibido, el lugar geográfico y el nivel de la instalación.

De hecho, no hay muchos casos documentados en los que las tarifas hayan mejorado la eficiencia en la asignación de recursos. En Swazilandia, se constató el efecto opuesto. Se investigó la relación entre el incremento en las tarifas y el uso frívolo de los servicios de salud y no se hallaron pruebas de un descenso en el uso frívolo. En realidad, se advirtió el mayor descenso en la utilización de los servicios de inmunización y preventivos, resultado contrario a las intenciones del Gobierno (21).

Las pruebas empíricas en apoyo de la teoría de que los pagos de los usuarios reducirán las colas en las instalaciones de referencia y aumentarán el uso de las instalaciones del nivel primario también son limitadas. En Lesotho, al fijar una tarifa más elevada en los hospitales que en los centros de salud, se es-

peraba afectar el patrón de la demanda. Las encuestas de utilización no han demostrado éxito en el logro de este objetivo (22, 23).

Los incrementos en los cargos de los usuarios también pueden conducir a un cambio de las instalaciones públicas hacia la atención privada de salud, tal como se halló en el Pakistán (24). Si los mercados privados son ineficientes (por ejemplo, si son monopolísticos), este cambio puede reducir adicionalmente la eficiencia general del sector.

A pesar de su papel potencial en promover la eficiencia en la asignación de recursos en el sistema de salud, los sistemas de pago de los usuarios siempre generan nuevos costos administrativos. Según la dimensión y el alcance del sistema, esto incluirá tanto costos de capital o de iniciación como costos recurrentes o permanentes. La magnitud de estos nuevos costos ha de considerarse junto con el potencial de recaudación de fondos de los cargos.

En algunos países africanos al sur del Sahara, los costos de recaudación de tarifas de los usuarios no los han hecho viables dado el nivel de ingresos generados. Jiménez (25) observa que los costos de recaudación varían ampliamente. En el Sudán, por ejemplo, los costos de recaudación para el nivel primario de atención de salud ascendieron a sólo el 10% del ingreso en 1979 pero, en los hospitales, los costos de recaudación aumentaron al 75% del ingreso. Se contraen gastos implícitos adicionales con los retrasos en el uso de los ingresos. En Zambia, todas las tarifas recaudadas tuvieron que transferirse al nivel provincial, donde fueron colocadas en una cuenta bancaria del Ministerio de Salud. Los ingresos sólo podrían liberarse entonces cuando el Secretario Permanente de Salud hubiera aprobado la propuesta de uso de los recursos. Así, pues, los recursos quedaron estancados en cuentas bancarias provinciales: con tasas de inflación de más del 100%, hubo una pérdida importante de poder adquisitivo. Una de las lecciones aprendidas es la de que, a fin de crear incentivos apropiados para el cobro y limitar los costos del cobro, los ingresos han de ser retenidos en la institución donde se cobran.

Han surgido otros problemas administrativos prácticos en la implantación de los sistemas de tarifas de los usuarios al establecer niveles de pago y aplicar el cobro de las tarifas (véase el Recuadro 4). Si bien existen límites para la generación y utilización eficiente de los recursos de la comunidad, la eficiencia del sistema podría aumentar si lo administra en parte la comunidad.

Recuadro 4

**Zimbabwe: experiencia con los pagos de los usuarios**

Desde el logro de la independencia, la República de Zimbabwe ha tenido una política sobre el pago de la atención de salud en instalaciones públicas de gobiernos locales y hospitales de misiones. De acuerdo con esta política, se proporciona atención de salud gratuita a los ciudadanos de Zimbabwe cuyos ingresos están por debajo de Z\$ 150 por mes si buscan tratamiento o atención en estas instalaciones. Quienes perciben un sueldo

por encima de Z\$ 150 pagan la atención de salud, y las tarifas se basan en una escala progresiva conforme al sueldo, es decir, quienes más ganan más pagan.

En el curso de los años, la recuperación de costos mediante el cobro de tarifas en los hospitales del Gobierno ha sido deficiente, y los hospitales han logrado cobrar sólo el 2-3% del gasto total. Las razones principales para este resultado deficiente son:

- las actitudes y capacitación inadecuada de aquellos responsables de facturar a los pacientes y cobrar las tarifas;
- dificultades en determinar quién gana menos de Z\$ 150;
- cargos bajos para el tratamiento en las instalaciones de salud del gobierno;
- una deficiente corriente de información entre los distintos departamentos de los hospitales;
- falta de equipos de procesamiento de datos para los registros computadorizados de facturación.

En años recientes, restricciones económicas han resultado en la asignación de cantidades de dinero inadecuadas al Ministerio de Salud para administrar las instalaciones de salud. Esto ha resultado en un constante deterioro en el mantenimiento físico, dotación de personal, equipo e instalaciones.

Debido a estas restricciones económicas, el Gobierno ha iniciado un programa económico de ajuste estructural. Una de las estrategias del programa de ajuste es la recuperación de costos en los servicios sociales, incluido educación y salud, mediante pagos de pensiones escolares y pagos de los usuarios para la atención de salud. El Ministerio de Salud ha tenido que mejorar, por tanto, el cobro de los pagos de los usuarios y, en los últimos 12 meses, se han adoptado varias medidas hacia tal fin. Ciertamente, ha habido un aumento importante en el ingreso obtenido mediante el cobro de tarifas, llegando a un promedio del 50%, aproximadamente, para todos los hospitales, pero alcanzando la cifra de más del 300% para algunos hospitales. Medidas adicionales que se están contemplando para mejorar la recuperación de costos son, entre otras, un estudio de las tarifas y la expansión del seguro de enfermedad. Sin embargo, ha habido protestas públicas contra estas medidas. Los miembros del parlamento están expresando preocupación, así como el público a través de la prensa, los médicos y otros agentes de salud. Pruebas anecdóticas han indicado que la recuperación de costos afecta adversamente al acceso a la atención de salud, especialmente para los pobres. Ahora se están instituyendo medidas para vigilar los efectos de la recuperación de costos y para proteger a los pobres.

Hay dos cuestiones principales relacionadas con la calidad: ¿en qué medida se basan las decisiones de las personas de utilizar los servicios en sus percepciones de la calidad y en qué medida puede la introducción de cargos de los usuarios mejorar la calidad? Los factores que influyen en la demanda son

complejos: no sólo han de considerarse los niveles de precios e ingresos, sino que, además, han de tenerse en cuenta los costos privados y las percepciones acerca de la calidad de la atención. La cuestión de la calidad, tal como la disponibilidad de un médico y quizás de medicamentos en un hospital, puede significar que los consumidores están dispuestos a pagar mucho más para recibir atención hospitalaria que atención primaria. A este respecto, se ha encontrado que la calidad es una consideración importante en la selección del tratamiento. Estudios en Egipto (26) y en Filipinas (27) han revelado que las personas están dispuestas a pagar por servicios que consideran de calidad superior a pesar de la disponibilidad de servicios públicos gratuitos.

El logro de los objetivos de la política de salud mediante la implantación de cargos de los usuarios depende del hecho de si los ingresos se utilizan para mejorar la calidad del servicio. Lamentablemente, pocos estudios han explorado este aspecto.

#### *Equidad*

Las tarifas se han considerado como un medio para mejorar la distribución de beneficios y cargas entre la población, pero la evidencia empírica de un efecto sobre la equidad es mixta. Los análisis más sofisticados de la demanda realizados hasta la fecha (28), que toman en cuenta tanto los costos monetarios como el costo de obtener la atención en términos de tiempo, indican que, aunque los usuarios de ingresos más elevados no son muy sensibles a los cambios en el precio, la demanda de la atención de la salud para las personas más pobres desciende a medida que aumentan las tarifas. En otras palabras, a mayores niveles de ingresos, la atención de salud es bastante inelástica en función del precio, mientras que a niveles más bajos se hace cada vez más elástica en función del precio. Apoya esta conclusión cierto número de estudios menos técnicos, que examinan simplemente la demanda de atención de salud en las instalaciones del gobierno antes y después del aumento en las tarifas. Los resultados de estos estudios indican que aumentos sustanciales en las tarifas desencadenan un descenso casi inmediato en la demanda, que puede descender a la mitad de niveles previos. Los grupos de ingresos más elevados tienen una demanda menos elástica en el curso del tiempo, y sus tasas de consumo vuelven por lo general, aproximadamente al menos, a su nivel anterior. Pero, para los miembros más pobres de la sociedad, la demanda no aumenta y las tasas de utilización permanecen bajas (21, 22, 29, 30). Una preocupación adicional es el grado en el que los grupos más vulnerables en la sociedad, tales como los niños, se ven afectados por los cambios en los precios.

Si la finalidad de la expansión del sector privado consiste en suplementar los recursos ya disponibles, entonces el sector privado tiene que atraer a quienes pueden sufragar los pagos ofreciéndoles un estándar más alto de atención. Esto indica que las personas más adineradas tendrán acceso a una mejor atención que los pobres. Sin embargo, los gobiernos pueden hallar aceptable esta diferencia si les permite reorientar los recursos a los pobres. Lamentablemente, no hay estudios de casos para evaluar el impacto de la expansión del sector privado sobre la equidad.

Como alternativa, si se utiliza la expansión del sector privado para sustituir la financiación gubernamental, entonces muchas personas pobres que no pue-



den pagar la atención del sector privado pueden verse excluidas del acceso a la atención de salud. Aun cuando no hay pruebas fidedignas, se ha indicado que las reformas de privatización en Chile impidieron a muchas personas obtener atención que habría mejorado su calidad de vida. Estas consideraciones de equidad ponen en duda inevitablemente la aceptación política de las políticas de privatización.

Otra preocupación expresada comúnmente es la de que, a medida que el sector privado aumenta y las personas más adineradas buscan en forma creciente los servicios en ese sector, gran parte del apoyo más sólido al sistema nacional de salud desaparecerá y será políticamente más fácil para el gobierno permitir que los servicios públicamente financiados se deterioren, creando así un sistema doble con servicios más deficientes para los pobres (31, 32).

Parte del apoyo inicial a los pagos de los usuarios provino de la observación de que muchas personas estaban ya pagando cantidades sustanciales en sectores no gubernamentales. Sin embargo, se ha argumentado que debe hacerse una distinción entre la disposición a pagar y la capacidad de pago. En algunos casos, las personas pueden *estar en condiciones* de pagar los servicios gubernamentales (puesto que han pagado los servicios del sector privado), pero pueden *no estar dispuestas* a hacerlo ya que consideran que la atención recibida en los sectores público y privado constituyen dos productos bastante diferentes. En segundo lugar, y lo que quizás sea más importante, la disposición a pagar puede no siempre significar capacidad de pago (33). El riesgo de una atención de salud inadecuada es tan grande que las personas pueden endeudarse mucho más de lo que pueden pagar a fin de sufragar sus gastos de atención de salud. Por ejemplo, Baum y Senski (34) declaran que el 60% de los agricultores tailandeses que vendieron terrenos se vieron obligados a hacerlo debido a los costos de la enfermedad. En Papua Nueva Guinea se halló que el 41% de los pacientes que acudían a médicos privados habían obtenido dinero prestado para sufragar el gasto de la consulta (35). Dichas pruebas indican que los mecanismos de seguro y de riesgos compartidos deberían considerarse como alternativas posibles a los pagos de los usuarios.

Los efectos en la equidad de las tarifas y la promoción del sector privado dependen vitalmente del compromiso del gobierno a reorientar los ingresos obtenidos o los recursos ahorrados hacia los grupos más pobres de la sociedad. Es este aspecto de la aplicación de los cargos de los usuarios como fuente de financiación lo que debe subrayarse. El grado en el que los cargos de los usuarios alcancen los objetivos de política dependerá totalmente del grado en el que los ingresos procedentes de los pagos se apliquen al logro de esos objetivos.

#### *Viabilidad*

Un aspecto de la viabilidad de cualquier mecanismo de financiación que será vital para su éxito es la aceptación del método tanto al nivel político de decisión como de los consumidores. En el pasado, las tarifas no han sido atractivas para los políticos, ya que tienen consecuencias electorales potencialmente negativas. Sin embargo, los imperativos económicos han resultado más fuertes que los políticos, según ha demostrado el número de países que han optado por los cargos de los usuarios. La aceptación por el consumidor, por el

contrario, parece estar relacionada con las percepciones de la calidad del servicio y la capacidad de pago.

#### *Efectos sobre la salud*

Lamentablemente, ningún estudio ha examinado el efecto de aumentar las fuentes privadas de financiación sobre el estado de salud.

## 2.4 Seguro

### 2.4.1 *Tendencias y evolución*

El seguro social de enfermedad obligatorio es una tradición establecida desde hace tiempo en muchos países de la Europa occidental y meridional. La cobertura de la población en estos países varía. Durante la última década, algunos países (por ejemplo, Alemania, Países Bajos) aprobaron leyes que redujeron ligeramente la proporción de personas obligatoriamente amparadas por el seguro social de enfermedad. La cobertura por planes de seguro no obligatorios, privados, con fines de lucro aumentó a medida que se permitía a los ricos en ciertos países abandonar los planes de seguro social de enfermedad. En otros lugares, las personas que contaban ya con seguro social de enfermedad adquirieron protección adicional en el sector privado, debido en parte a que la legislación en algunos casos reducía el nivel de beneficios proporcionados por los planes obligatorios.

En otras regiones del mundo, el número de planes de seguro obligatorios ha aumentado continuamente en el curso de la década pasada. Muchos países latinoamericanos establecieron planes de seguro de enfermedad obligatorios hace muchos años. En gran parte del África al sur del Sahara, se consideró por mucho tiempo que el ámbito de los planes de seguro de enfermedad obligatorio era muy limitado, debido a la elevada proporción de la población que trabajaba en el sector informal y a condiciones económicas en deterioro. Pero, a la luz de severas restricciones presupuestarias, muchos gobiernos, entre ellos los de Ghana, Nigeria y Zimbabwe, han reconsiderado su postura y ahora están promoviendo o estudiando proyectos para establecer planes de seguro de enfermedad obligatorios. Otros países en el África de habla francesa (por ejemplo, Camerún) están considerando modificaciones en su sistema de seguridad social, que actualmente proporciona servicios de salud como un beneficio secundario, que incluya sistemas integrales de seguro de enfermedad. Las antiguas economías planificadas de la Europa Central y del Este (tales como las de Bulgaria, Checoslovaquia, Hungría y Polonia) se están apartando de los servicios nacionales de salud en beneficio de los sistemas de seguro social, que habían abolido a fines de la década de 1940 y principios de la de 1950. El sistema de seguro social de enfermedad en la República de Checoslovaquia, por ejemplo, tenía proyectado comenzar a operar en enero de 1992.

En algunos países del sudeste asiático, tales como China, Filipinas y la República de Corea, se introdujo el seguro de enfermedad obligatorio durante la década de 1960 y ahora han logrado, al menos nominalmente, una elevada cobertura de la población (36). La velocidad con la que se desarrollaron estos

planes ha ocasionado a menudo problemas. Sin embargo, esto no ha disuadido a cierto número de países vecinos de formular sus propios planes de seguro de enfermedad obligatorios pero, en general, han avanzado con más cautela. Tailandia aprobó la ley de seguridad social en 1990 que proporciona cobertura a todas las empresas del sector privado con 20 o más empleados y el seguro social de enfermedad ha estado funcionando en el país desde marzo de 1991. Indonesia y Malasia están aún considerando propuestas piloto. La red existente de atención de salud en estos países es bastante amplia, por lo que, en contraste con América Latina, la mayoría de los servicios se proporcionan a través de los sectores público y privado. En algunos países en desarrollo, el seguro de enfermedad basado en el sector privado y las empresas desempeña un papel creciente.

#### 2.4.2 ***El impacto de los cambios en el seguro de enfermedad***

##### *El nivel de recursos*

Una razón por la que cierto número de países introdujeron el seguro social de enfermedad fue su potencial de captar recursos adicionales para el sector salud. Al contrario de la mayoría de los sistemas financiados con impuestos, las primas del seguro de enfermedad se asignan como recursos de salud y no es posible que sean desviadas para otros fines. Sin embargo, cuanto mayor sea la proporción de la población en la economía informal, tanto más difícil será recaudar aportes. Esto se aplica no sólo a los países en desarrollo sino también a los mercados laborales «sombras» en los países industrializados. Los países desarrollados dejan a menudo de cobrar aportes apropiados de los trabajadores autónomos. Si aumenta el desempleo y disminuyen los salarios reales, el nivel efectivo de recursos en el sistema de seguro de enfermedad también disminuye automáticamente, ya que los aportes guardan relación con los salarios. Por el contrario, en los periodos de expansión económica, las utilidades del sector salud aumentan automáticamente al aumentar los sueldos. Esto ocurre también en cierto grado en los sistemas financiados con impuestos.

##### *Eficiencia*

Una preocupación asociada frecuentemente con el seguro de enfermedad es la de que el contrato del seguro dará lugar a un riesgo moral (véase la sección 2.1) y que el número de contactos en el sistema de atención de salud, así como el costo promedio por contacto, aumentará. Así, pues, la eficiencia en la asignación de recursos sufrirá. Dichos efectos no son en absoluto inevitables; el impacto del seguro depende de la forma de contrato entre el proveedor y el instituto de seguro más que de otra cosa. Desde la óptica de la sociedad, el sistema de seguro puede asignar demasiados recursos a la atención curativa, puesto que a menudo financia sólo servicios personales de salud.

En lo que respecta a la eficiencia administrativa, los costos de administración son uno de los principales factores que hay que considerar en el desarrollo de nuevos esquemas para el seguro social de enfermedad. Los costos administrativos en los fondos de seguro de la Europa occidental tienden a ser de alrededor de un 5%, pero los que encontró Mesa-Lago (37) en América Latina indican un límite más alto, de aproximadamente el 28% del ingreso total. En Africa, los costos pueden ser incluso más elevados. En Malí, por ejemplo, se



estimó que la administración absorbía el 50% de los fondos de seguro (38). La variación quizás la expliquen en parte la deficiente capacidad administrativa y los controles financieros insuficientes existentes en algunos países, pero la propia forma del sistema de seguro también desempeña sin duda un papel importante.

En la República de Corea, operan un gran número de fondos de seguro que proporcionan cobertura a diferentes grupos de la población; así, pues, la capacidad administrativa está fragmentada y no existe competencia entre los grupos ya que el mercado está muy segmentado. En tales sistemas burocráticos, a menudo es difícil mantener bajos los costos administrativos, aun cuando hay ejemplos que indican lo contrario. B. Yang (observaciones inéditas, 1990) también sugiere que, en la República de Corea, el riesgo compartido se ve amenazado por la pequeña dimensión de algunos de los fondos de seguro.

El plan Dekker en los Países Bajos aspira a sacar provecho de la existencia de un gran número de fondos de seguro en beneficio del país promoviendo la competencia entre ellos. Sin embargo, dicha estrategia es sumamente complicada de poner en práctica. Sin un control gubernamental cuidadoso, las compañías de seguro adoptarán estrategias que excluirán a algunos miembros de la población y cargarán a otros primas sumamente elevadas a fin de aumentar sus propias utilidades. El plan Dekker está apoyado, en consecuencia, por una red compleja de intervenciones del Gobierno para asegurar que el mercado actúe en beneficio de la sociedad.

En algunos países, principalmente en América Latina, que han introducido el seguro social de enfermedad sólo para ciertos segmentos de la población, la división de responsabilidades entre los planes del seguro de enfermedad y el ministerio de salud no siempre es clara. Esto resulta en duplicación costosa de instituciones y servicios —una importante fuente de ineficiencia administrativa y distributiva. Sin embargo, en algunos países se están llevando a cabo iniciativas (por ejemplo, Bolivia, México) para hallar formas de mejorar la coordinación entre los planes y, por ende, mejorar la eficiencia general del sector.

#### *Equidad*

Los planes del seguro social de enfermedad pueden transferir riqueza no sólo de los saludables a los enfermos sino también de los ricos a los pobres. Uno de los principios en los que se basa el seguro obligatorio de enfermedad es el de que debería promover la solidaridad social. Esto es especialmente cierto si las tasas de aportes guardan relación con el ingreso, pero los beneficios se proporcionan de acuerdo con la necesidad, independientemente de la cantidad aportada por un individuo.

La posibilidad de abandonar el seguro social de enfermedad y acogerse a planes privados de seguro, que ha sido introducida para las personas de ingresos más elevados en ciertos países europeos, reduce la equidad general del sector salud. Otro factor que reduce la equidad es la disminución de los beneficios al amparo del seguro social de enfermedad, tal como ha ocurrido en algunos países europeos, puesto que sólo las personas más adineradas pueden costear un seguro privado adicional.

En otras partes del mundo se han expresado críticas de los efectos sobre la equidad de los planes de seguro social. El análisis histórico de Mesa-Lago de los planes de seguridad social en América Latina (37) argumenta que, en la mayoría de los países, los asegurados son los asalariados urbanos y los familiares más allegados a su cargo. Este grupo relativamente adinerado está amparado generalmente por una red de seguridad social sumamente onerosa, cuyos beneficiarios costean a veces menos de una tercera parte. Así, pues, en efecto, el estado, o el empleador, sostienen la atención de salud de la clase media. Incluso cuando los gobiernos no contribuyen directamente a las primas de seguro, por lo común proporcionan alivio fiscal a los empresarios y empleados. Además, Mesa-Lago argumenta que, puesto que los grupos de presión más poderosos son los primeros beneficiarios de la seguridad social, redundando entonces en su interés personal excluir a otros grupos de los mismos beneficios a fin de evitar la carga que representa subsidiar a grupos a menudo más pobres. Esto conduce con frecuencia a una combinación de cobertura limitada de la población y sistemas divididos de seguridad social. Estas preocupaciones de equidad requieren una clara distinción del papel y ámbito de planes estatutarios de seguro de enfermedad en el seno del sistema general de financiación de la atención de salud y las responsabilidades que se le asignan.

Planes fuera de América Latina también han sido criticados por ser inequitativos. Vogel analizó en fecha reciente los planes de seguro de enfermedad obligatorios propuestos en Ghana, Nigeria y Zimbabwe y argumentó que los tres planes utilizarían fondos del gobierno para subsidiar la atención de salud de las clases medias (39). En Burundi, en 1980, se halló que el gasto total para las 45 000 personas aseguradas era mayor que el presupuesto ordinario del Ministerio de Salud (38).

No basta con ampliar simplemente la cobertura de la mayoría de la población. Aunque Brasil ha alcanzado una cobertura de la seguridad social del 90% de la población, se ha demostrado que la mayoría de los beneficios van a las clases más adineradas (40). En la República de Corea, se han logrado niveles altos de cobertura, con el 90% de la población amparada por planes de seguro de enfermedad y el 10% restante por programas de asistencia pública iniciados por el Gobierno. Sin embargo, B. Yang (observaciones inéditas, 1990) propugna que la inequidad es una importante preocupación; los recursos de atención de salud siguen concentrados en zonas urbanas y el nivel elevado de pagos combinados con la necesidad de hacer dádivas sustanciales de agradecimiento a los proveedores de la atención surten el efecto de negar a muchos de los segmentos rurales más pobres de la población acceso a la atención de salud. Esto ha llevado a muchos a negarse a pagar las primas.

Puede ser más realista aceptar el hecho de que, partiendo de niveles actuales de distribución del ingreso y distribución de los escasos recursos de atención de salud, no es factible proporcionar cobertura de seguro de enfermedad totalmente igual para todos. Así, pues, la idea de un tratamiento separado de las zonas rurales y urbanas ha tomado fuerza. En Tailandia, por ejemplo, el tan discutido esquema de tarjetas de salud sigue asegurando a las personas en las zonas rurales contra el costo de la atención proporcionada por el Gobierno. La nueva ley de seguridad social extiende beneficios mayores a quienes están

ocupados en empleo formal. Queda por ver cómo convergirán estos dos sistemas de atención de salud y si asumirán funciones apropiadas en una estrategia general de atención de salud.

En el caso del seguro de enfermedad obligatorio, es importante que los gobiernos incentiven la ampliación de los planes de seguro con el fin de reducir las inequidades. La equidad o inequidad del seguro de enfermedad obligatorio también depende en gran medida de que los recursos gubernamentales liberados por el seguro se utilicen para la atención de salud de la porción no asegurada de la población. Incluso si hay un extenso sector formal, la cobertura universal del seguro de enfermedad no puede alcanzarse mediante mecanismos de mercado y cobertura de seguro de enfermedad privado. El sistema de atención de salud de los Estados Unidos demuestra que la selección adversa (véase la sección 2.1) significará que los miembros más pobres y más enfermos de la población hallarán que es prácticamente imposible, debido al costo, obtener seguro (véase el recuadro 5 donde se proporciona un ejemplo de América Latina).

#### *Viabilidad*

Los sistemas de seguro de enfermedad (privado y social) son generalmente bien aceptados por las personas aseguradas, los empresarios y los proveedo-

#### Recuadro 5

#### **América Latina: cambios en la seguridad social**

Al igual que en muchas otras regiones, América Latina ha sufrido una grave crisis económica en la década de 1980. Si bien algunos sistemas de seguridad social, tales como el de México, han logrado responder mediante el incremento de la eficiencia de los servicios, se han puesto de manifiesto cierto número de problemas:

- Desequilibrio de ingresos y beneficios: los ingresos de la seguridad social han sido erosionados por la inflación, mientras que el costo de la atención ha aumentado.
- Exclusión de los pobres: quienes no tienen un ingreso regular, que son generalmente los más pobres, no participan en los planes de la seguridad social y los gobiernos deben cubrir los gastos de su atención fuera del sistema de seguridad social.
- Duplicación y superposición: una falta de coordinación entre los ministerios de salud y los fondos de seguridad social ha conducido a una utilización ineficiente de los recursos en muchos países, aunque hay algunas excepciones.
- Inequidades: en Colombia, sólo el 20% de la población está cubierta por seguro de enfermedad; sin embargo, son beneficiarios del 60% del gasto del sector salud.

#### **Un ejemplo de Chile**

El sistema de seguridad social de Chile es el más antiguo de América Latina, fundado en 1924. Después de la integración de las 35 instituciones de la seguridad social a fines de la década de 1970, proporcionaba cobertura al 75% de la población.

Durante los años ochenta, tuvieron lugar cambios radicales. El primer cambio separó el fondo de mantenimiento del ingreso (desempleo, enfermedad y pensiones) del fondo de atención de salud. Segundo, se dio un papel importante al sector privado como administrador de ambas clases de fondos. Los servicios de atención de salud son ahora financiados por conducto de tres instituciones: 1) fondos privados de seguro de enfermedad, llamados ISAPRE; 2) el Fondo Nacional de Salud (FONASA); y 3) el Ministerio de Salud. En principio, cada trabajador tiene la opción de seleccionar cualquiera de estos mecanismos de seguro: sin embargo, el acceso es limitado en la práctica por la capacidad de pago de las primas. Sólo los adinerados pueden pagar ISAPRE; y las personas más pobres utilizan las instalaciones del Ministerio de Salud.

Algunos de los resultados positivos en estos cambios son:

- Competencia: puesto que los trabajadores pueden seleccionar la compañía de seguro que ofrece la atención de más calidad en el sistema, las compañías compiten entre sí.
- Preferencias de los consumidores: la opción dada a los trabajadores les permite seleccionar el tipo de atención que prefieren.
- Salud pública: el Gobierno puede concentrar sus esfuerzos en otras prioridades de salud pública.

Algunos de los resultados negativos son:

- El sistema no es equitativo: quienes tienen ingresos más elevados están muy bien atendidos, y quienes tienen ingresos más bajos tienen un acceso deficiente a la atención.
- Las empresas privadas sólo cubren ciertas clases de tratamiento y principalmente para gente sana. Las primas de los ancianos y de quienes sufren enfermedades graves serían demasiado elevadas. Este problema es exacerbado por el hecho de que todos los contratos deben renovarse anualmente. Así, pues, una vez que alguien ha sido diagnosticado como enfermo grave, la persona probablemente no pueda renovar su contrato de seguro de enfermedad con una empresa privada.
- Sólo el Gobierno puede proporcionar a ciertos grupos vulnerables los servicios requeridos y también ciertos tratamientos costosos.

Desde que se cambió el sistema, la cobertura del seguro privado de enfermedad se ha mantenido baja: sólo el 11,5% de la población tenía cobertura de ISAPRE a principios de la década de 1990. Además, las compañías privadas de seguro han sido muy rentables. El Gobierno de Chile ha adoptado en fecha reciente varias medidas para mejorar la provisión de servicios. Se ha establecido un órgano regulador para ISAPRE. Este órgano ha realizado cierto número de modificaciones en las regulaciones existentes, concebidas para incrementar la cobertura al 25%, mejorar el paquete de beneficios brindados por las compañías de seguro y aumentar el grado de competencia en el mercado. Es aún demasiado pronto para ver el éxito que han tenido estas nuevas regulaciones.



res. La razón principal para ello es la de que los sistemas del seguro son generalmente planes de beneficios definidos que garantizan un paquete de beneficios a cambio del pago de primas. Los sistemas financiados con los impuestos no proporcionan la misma fiabilidad.

#### *Efectos sobre la salud*

Poco puede decirse con certeza acerca del efecto del seguro de enfermedad sobre el estado de salud.

## 2.5 Fuentes externas de financiación

### 2.5.1 *Tendencias y evolución*

La ayuda financiera externa al sector salud, en forma de donaciones o préstamos de organismos bilaterales o multilaterales, es común en los países en desarrollo. El nivel exacto de esta financiación es a menudo difícil de determinar ya que con frecuencia los organismos donantes definen sus proyectos y programas de formas que no permiten un fácil desglose por sector individual. Dichos fondos pueden ser sustanciales: en Africa, hasta el 90% de los fondos públicos totales para la salud en unos cuantos países, y el 20% en varios más, provienen actualmente de fuentes externas.

En la Europa Central y del Este se están ejecutando en forma creciente programas de ayuda externa a la salud a través de organismos tanto bilaterales como multilaterales, tales como la Comunidad Económica Europea, el Banco Mundial y el Banco de Reconstrucción y Fomento de Europa. Parte de estos fondos tienen por fin facilitar el proceso de transición estructural que a menudo puede ser costoso (véase el Recuadro 1, página 10).

La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) declara que un promedio del 5,3% de la ayuda total de los organismos bilaterales en 1988 se destinó a actividades de salud y población combinadas; a estas actividades correspondió el 6,1% de los fondos del Banco Mundial y el 19,1% de los fondos de los órganos especializados de las Naciones Unidas (41).

### 2.5.2 *El impacto de los cambios en la financiación externa*

Una evaluación general de la eficiencia y equidad de la financiación externa para la salud indica amplias variaciones en la experiencia.

#### *Eficiencia*

La financiación externa puede promover la eficiencia en la asignación de los recursos evitando estructuras gubernamentales de salud ineficientes y con exceso de personal y, de esta forma, dedicando una mayor porción de los recursos a acción prioritaria, tal como la inmunización o los medicamentos esenciales para los grupos de población más necesitados. En los casos en que se utiliza financiación externa junto con los programas del gobierno, la práctica de financiar los gastos de capital o desarrollo en vez de los gastos recurrentes ha agravado la ineficiencia existente en la asignación de recursos. La práctica

de los donantes a este respecto ha cambiado en estos últimos cinco años hacia la financiación de gastos recurrentes y probablemente experimente un cambio adicional a medida que los organismos externos de financiación se apartan de los principios de ayuda con base en proyectos a favor de principios sectoriales en su apoyo a la salud.

La eficiencia técnica y administrativa de los arreglos de financiación externa es objeto de un alto grado de desacuerdo. Los programas financiados externamente y dotados de personal foráneo, que a veces emplean a trabajadores de salud selectos del gobierno a una tasa salarial más elevada, pueden producir mejores resultados que los servicios gubernamentales tanto en cuanto a costos unitarios como a normas gerenciales, pero en términos de viabilidad, persisten señas incógnitas (véase a continuación).

#### *Equidad*

En términos de equidad, la OCDE informa que: «A pesar del compromiso expresado por los donantes en pro de la atención primaria de salud, éstos dedican recursos relativamente abundantes ... a instalaciones urbanas de alta complejidad, incluidos hospitales y clínicas de especialidad» (41). Sin embargo, la financiación externa también se utiliza comúnmente para establecer y administrar proyectos en zonas remotas o deficientemente servidas (por ejemplo, para refugiados en Etiopía y Pakistán) y a la provisión y distribución de medicamentos esenciales destinados principalmente a poblaciones desatendidas (como las actividades del Organismo Danés de Desarrollo Internacional (DANIDA) en la República Unida de Tanzania y de *Médecins sans frontières* en Malí). Actualmente, se está llevando a cabo un ejercicio por conducto de la OCDE con miras a mejorar la notificación sobre la ayuda en salud, el cual debería facilitar el análisis de sus efectos.

#### *Viabilidad*

A pesar de la eficiencia potencialmente mayor de los esquemas de financiación externa (véase arriba), la permanencia de los compromisos externos no está sujeta a control directo por los gobiernos receptores y hay numerosos ejemplos de proyectos de salud externamente concebidos, financiados y ejecutados que son abandonados después de una etapa «piloto» de dos o tres años. Se ha citado este problema como factor importante en la desmoralización de los trabajadores de salud, tanto los que participan en el proyecto piloto como otros, y como elemento contribuyente al paso de los trabajadores al sector privado. En otros casos, el nivel de apoyo externo puede hacer, en realidad, que el programa sea técnicamente ineficiente en comparación con la acción del gobierno y, por tanto, no viable; por ejemplo, un aumento en los costos debido a que la asistencia técnica se ha obtenido en el extranjero puede no ir acompañado de un mejoramiento proporcional en el desempeño.

La evaluación de la financiación externa es necesario hacerla tanto a nivel de proyecto o programa individual como a nivel nacional. El total nacional de programas de salud con asistencia externa puede ser muy grande. La información gubernamental relacionada con estas actividades es típicamente débil, por lo que la coordinación es prácticamente imposible. Las definiciones del gobierno y los donantes de los programas de salud, y sus requisitos contables, difieren frecuentemente, razón por la cual los planificadores nacionales



de salud no tienen una idea general de los fines, lugares y cantidades de recursos externos que se canalizan al sector salud.

Las preocupaciones actuales entre los organismos donantes en el sector salud son cómo conseguir que las actividades financiadas por los donantes y los programas gubernamentales sean sustentables y la identificación de oportunidades para apoyar a los gobiernos en la reestructuración de sus sectores de salud. Ambas consideraciones están animando a las fuentes de financiación externa a planificar sus actividades durante un periodo más largo –10-15 años– y a pensar en términos de asistencia programática o sectorial, en vez de apoyo basado en proyectos. De esta forma, los fondos externos se están adaptando a la estructura y política de los sistemas de salud de los beneficiarios y se están utilizando para sufragar los costos recurrentes de la infraestructura de salud.

## 2.6 Conclusiones y necesidades de investigación adicional

La evaluación que se ha llevado a cabo abarca diferentes fuentes de financiación y utiliza distintos criterios. Se ha efectuado un cúmulo sustancial de trabajo para describir el efecto de los pagos de los usuarios y la financiación comunitaria: en contraste, se sabe poco acerca de los efectos de la financiación externa y la financiación privada de proveedores no gubernamentales. En lo que respecta a los criterios utilizados para la evaluación, los estudios rara vez han tratado de investigar el efecto de la fuente de financiación sobre el estado de salud. Es evidente que ésta sería una tarea de investigación compleja, pero la importancia de este criterio la convierte en un área que necesita atención adicional.

La aplicación general de los cargos de los usuarios requiere un cuidadoso escrutinio de las consecuencias de introducir o incrementar dichos cargos. En general, la experiencia con los cargos de los usuarios indica que éstos conducen a una mayor utilización de los servicios de salud donde existe: 1) una mayor disponibilidad de suministros esenciales al nivel de instalación; 2) una mayor prestación de cuentas por parte del proveedor a la población; 3) una percepción de mayor calidad; 4) aumentos paulatinos en los precios en vez de repentinos; 5) gestión local de los recursos; y 6) competencia con los servicios de otros proveedores (19).

Previo a cualquier cambio de política, los gobiernos deberían no sólo evaluar las posibilidades de generación de ingresos de los cambios en las tarifas sino también analizar cuidadosamente los posibles efectos negativos. Entre las consideraciones esenciales figuran las siguientes: primero, que diferentes estrategias serán apropiadas para diferentes tipos de servicio; segundo, que hay una diferencia entre cargos nominales concebidos para disuadir una utilización innecesaria de los servicios y cargos de los usuarios más sustanciales concebidos para recuperar los costos del servicio; y finalmente, que las políticas sobre cargos por los servicios públicos deberían tomar en cuenta las oportunidades que el usuario puede tener de optar por el sector privado en vez del público (42).

Los estudios de las tarifas de los usuarios que han sido concluidos dejan aún

algunas preguntas sin contestar. Al nivel de familia, se necesita más trabajo para evaluar la capacidad y posibilidad de pago de las personas, así como las consecuencias para quienes no pueden pagar; ¿cuán significativos son los retrasos en buscar la atención, y se niega servicios esenciales a grupos vulnerables? Junto con esto, se necesita más información sobre la aplicación de las políticas de exención; ¿cuán factibles son las exenciones y cuán costoso es implantar una escala progresiva? Si bien se dispone de información sobre las posibilidades de los cargos de los usuarios como medios de generación de ingresos, se ha realizado poco trabajo sobre las formas en que se han utilizado los ingresos. ¿Sería contrarrestada una reducción en el uso tras un incremento en los cargos por una mayor demanda debido a las mejoras en los servicios? ¿Qué efectos tendrían sobre la demanda los cambios en la calidad?

Si bien ha habido un incremento notable en las fuentes privadas de financiación para los proveedores privados, esto no ha ido acompañado de investigación para explorar los efectos del cambio. Aunque la justificación principal de la privatización ha sido a menudo la de aumentar los recursos disponibles para el sector salud, no está claro si siempre se ha logrado este objetivo, ya que se desconoce el impacto de una mayor financiación privada sobre otras fuentes de financiación. Los métodos para evaluar la financiación privada de los proveedores particulares no están bien desarrollados, al contrario de lo que ocurre con los utilizados para evaluar los pagos de los usuarios. Un punto de partida para la investigación futura sería una evaluación más completa de las experiencias de países tales como Chile, que han tenido una experiencia sustancial con la privatización. Como indica el ejemplo chileno (véase el Recuadro 5, página 33), quizás sea necesario regular la financiación del sector privado para contrarrestar el efecto de las imperfecciones del mercado. Por ahora, se ha realizado poca investigación para explorar mecanismos reguladores apropiados y su efecto sobre el comportamiento del sector privado.

Cada vez más, se considera que los planes de seguro son una forma de captar una fuente estable adicional de fondos para el sector salud y de compartir los riesgos. Dichos planes han sido criticados por su falta de equidad y por su ineficiencia, especialmente en términos de costos administrativos: sin embargo, ninguna de estas características es inevitable y mucho depende del diseño y regulación del plan. Por ejemplo, los planes de seguro social pueden tornarse inequitativos si aumentan los beneficios en vez de ampliar la cobertura a otros grupos de la población, pero los gobiernos pueden hacer mucho para asegurar que no ocurra esto. La duplicación de instituciones parece ser un problema grave en los planes de seguro pero, cada vez más, los países están reconociendo este hecho y asegurando una mejor coordinación e/o integración de diferentes sistemas de financiación de la salud. Quedan aún preguntas por responder acerca del apropiado diseño y ejecución de los planes de seguro; por ejemplo, sigue siendo un problema para los países tanto desarrollados como en desarrollo hallar formas de proporcionar cobertura a las personas en el sector informal.

En los países con una financiación externa sustancial, los gobiernos pueden necesitar apoyo en la administración de las actividades de organismos externos en el sector de la salud. Es esencial formular un programa simple y clasi-

ficaciones contables comunes a todas las partes interesadas, que puedan ser utilizadas directamente por los donantes externos o vincularse con las cuentas del gobierno. Un compromiso a plazo más largo de los organismos externos puede significar que proporcionen más recursos a un grupo más reducido de países. Dicho compromiso a largo plazo, con fondos estables y regulares sobre una base programática, podría coadyuvar de forma sustancial al proceso de ajuste en países que están realizando cambios estructurales.

Es evidente que el éxito de los cambios en las fuentes de financiación depende a menudo de la forma en que se llevan a cabo los cambios, la apertura de la discusión y la disponibilidad de investigación y evaluación para influir en reformas adicionales. La eficiencia de otras posibles fuentes de financiación depende comúnmente no de la propia fuente sino de las características del sistema dentro del cual se efectúa el cambio, independientemente del hecho de si existe superposición y duplicación entre fuentes diferentes, de si los mecanismos de exención están bien definidos y de si las personas que ejecutan el cambio han sido bien capacitadas y motivadas.

Es casi imposible evaluar un cambio en las fuentes de financiación sin considerar el uso que se hará de los recursos liberados. Se ha visto que los pagos de los usuarios son mucho más eficaces si se permite a las instalaciones retener el ingreso recaudado. El efecto sobre la equidad de pagos mayores a los proveedores privados depende de lo que ocurra con las fuentes existentes de financiación del gobierno. Se necesita realizar mucha investigación en esta área. Es esencial considerar las preocupaciones metodológicas tales como las de cómo medir el efecto que un cambio en la importancia relativa de una fuente de financiación tendrá en la operación de otras fuentes.

Existe ya cierto número de métodos de investigación para evaluar los cambios en las fuentes de financiación. Se han utilizado encuestas de hogares para identificar las características exactas de quienes abandonan el sistema de atención de salud del gobierno a medida que se aumentan las tarifas y cómo varía esto de acuerdo con las normas de exención y el tipo de tarifas, y para hacer preguntas en relación con los retrasos en el uso de los servicios y las percepciones de la calidad. Datos de utilización ordinaria, aunque menos detallados, son más económicos de recopilar y pueden proporcionar algunos conocimientos. Estas encuestas se complementan útilmente con estudios comunitarios más amplios que involucran otras disciplinas, tales como la antropología y la epidemiología. Estos estudios pueden investigar algunos de los factores cualitativos que influyen en la demanda, tales como la percepción de las personas acerca de la calidad de diferentes proveedores y la reacción de los proveedores del sector privado a los cambios en las tarifas del gobierno. Estas herramientas se han utilizado principalmente para evaluar el efecto de las tarifas de los usuarios y de la financiación comunitaria; sin embargo, también pueden aplicarse útilmente a otras fuentes de financiación.

### 3. **Mecanismos de pago**

#### 3.1 **Introducción**

En esta sección se consideran los flujos financieros del consumidor o de un tercero al proveedor de la atención. En ella se presenta la lista de opciones de pago de la que los países pueden hacer una selección para pagar a los hospitales, los centros de salud y los profesionales. Se revisan tendencias y acontecimientos recientes y, luego, se evalúan con referencia a los criterios que se presentan en la sección 1, y se formulan recomendaciones para investigación adicional.

Los mecanismos de pago determinan la cantidad y el flujo monetario de un tercero o del paciente, o de ambas partes, a los proveedores de la atención a cambio de los servicios. El mecanismo de pago define la unidad o combinación de servicios por los que se paga al proveedor y el precio que se pagará por los servicios prestados.

Esta sección del informe trata principalmente de los mecanismos de pago de los servicios personales de atención de salud. Hay siete métodos principales de pago:

1. *Pago directo*. Pago por ítem de servicio: se identifican, suman y facturan actos individuales de diagnóstico, servicios terapéuticos y farmacéuticos, y tratamiento.
2. *Pago por caso*. Pago por un paquete de servicios o un episodio de atención. Los pagos no se pormenorizan y ni se suman como en el caso 1), anterior. La tarifa puede estar relacionada con el costo real de la atención dada a un determinado paciente en un determinado hospital, como cuando los pagos se basan en grupos de diagnóstico afines (DRG) (véase la sección 3.2 y el Recuadro 6).
3. *Cargo diario*. Un cargo único por día de atención/hospitalización.
4. *Tasa única (pago de bonificación)*. El pago directo de una tarifa convenida (de ordinario global) por un tipo de servicio prestado.
5. *Capitación*. Pago fijo (de ordinario anual) por cada persona que conste en una lista del médico. Pueden existir diferentes tasas de capitación para diferentes categorías de pacientes como, por ejemplo, personas con más de 75 años de edad.
6. *Sueldo*. El ingreso anual no relacionado con la carga de trabajo o el costo de los servicios prestados.
7. *Presupuestos globales*. Presupuestos operativos generales establecidos con antelación, diseñados para proporcionar un tope de gastos pero permitiendo flexibilidad en el uso de los fondos dentro de este límite general.

La unidad o combinación de servicios, cuyo pago se efectúa comúnmente, puede variar mucho y oscila entre todos los servicios prestados por un proveedor durante un determinado periodo de tiempo (v.g.: un mes, en el caso de un sueldo) y actos únicos realizados por un profesional (v.g.: una inyección dentro de un mecanismo de pago directo por servicio). Los precios pueden negociarse implícita o explícitamente entre los pagadores y proveedores o pueden establecerlos los administradores. Los precios pueden estar relacio-

nados con el costo o pueden ser cargos «habituales» relacionados con las expectativas de ingresos de los proveedores. En otros casos, pueden reflejar objetivos de política, tales como la intención de desalentar a las personas de utilizar el servicio o animarles a hacerlo.

En el Cuadro 3 se presentan las formas «puras» de mecanismos de pago, el tipo de proveedor para los que se utilizan comúnmente y la unidad o combinación de servicios para los que se establecen los precios. Estas formas de pago rara vez se aplican individualmente; en la práctica, dos o más formas se combinan normalmente y se adaptan a la situación específica y a los requisitos de un determinado sistema de provisión y financiación de atención de salud.

Los mecanismos de pago definen una serie compleja de incentivos de comportamiento para los proveedores, que influyen en su relación con los pagadores (bien se trate de pacientes o de terceros). El pagador tiene a menudo dificultades en evaluar la calidad de los servicios prestados y esto da a los proveedores un cierto grado de libertad para responder a los incentivos que mejoren su bienestar en vez del bienestar de los pacientes. Si los proveedores son recompensados mediante un mecanismo de pago conforme a un cierto indicador del trabajo que realizan, entonces existe un incentivo para que pres-

Cuadro 3  
**Mecanismos de pago y sus principales aplicaciones**

Mecanismo de pago	Unidad/canasta de servicios por los que se paga	Beneficiario		
		Hospital	Centro de salud	Proveedor profesional <sup>a</sup>
Pago directo <sup>b</sup>	Actos o visitas individuales	*	*	*
Pago por caso	Diferentes casos, conforme a las tarifas	*		
Cargo diario	Paciente/día	*	*	
Tasa única (pago de bonificación)	Determinadas inversiones o servicios específicos, v.g.: atención preventiva	*	*	*
Capitación	Todos los servicios potenciales para una persona en un periodo determinado			*
Sueldo	Comúnmente el trabajo de un mes			*
Presupuesto global	Todos los servicios proporcionados por una institución proveedora en un periodo determinado	*	*	

<sup>a</sup> Incluye médicos y dentistas que ejercen privadamente o en grupo, así como farmacias y profesionales paramédicos independientes.

<sup>b</sup> Incluye listas de instrumentos farmacéuticos y médicos.



ten atención sólo a este indicador. Por ejemplo, si se paga a los médicos sobre una base salarial, entonces pueden trabajar las horas necesarias especificadas en el contrato sin sentir presión para hacer productivo su tiempo. A la inversa, si se paga a los médicos por el servicio prestado, entonces puede haber una tendencia a suministrar servicios más allá del punto en el que el beneficio adicional contrarresta el costo extra. En los casos en los que los precios son fijos, los incentivos al proveedor inciden directamente en la cantidad de atención y la estructura de bienes y servicios proporcionados. Esto, a su vez, influye en el gasto global de quien efectúa el pago en calidad de tercero o de paciente y, por tanto, influye directamente en el ingreso del profesional o del proveedor.

Los incentivos ofrecidos por los principales mecanismos de pago se indican en el Cuadro 4. El encabezamiento de la columna «Cantidad de servicios» se refiere al número de pacientes afiliados a un proveedor y al número de unidades proporcionadas sujetas a cobro. Los dos elementos incluidos bajo «Composición estructural» son indicadores brutos de la «intensidad» de la atención proporcionada. Por ejemplo, bajo pago directo existe un fuerte incentivo para proporcionar tantos servicios como sea posible a un paciente que se presenta con una afección; así, pues, cabe esperar que indicadores tales como el número de pruebas de laboratorio por caso tratado fuesen altos. Otros mecanismos de pago proporcionan el incentivo opuesto, es decir, animan al proveedor de los servicios a economizar el número de servicios prestados a un paciente para una condición. El segundo elemento estructural, la sustitución que au-

Cuadro 4

**Estructura de incentivos de mecanismos de pago**

Mecanismo de pago	Cantidad de servicios		Composición estructural de los servicios	
	Número de pacientes	Número de unidades de atención sujetas a cobro	Número de actos por consulta	Sustitución que aumenta el costo
Pago directo	+	+	+	+
Pago por caso	0	+	-	+
Cargo diario	+	+	-	+
Tasa única/pago de bonificación	+	0	-	0
Capitación	+	0	-	-
Sueldo	-	0	-	0
Presupuesto global	-	0	-	-

+: El proveedor tiene un incentivo para aumentar al máximo la cantidad de los servicios/elementos estructurales.

-: El proveedor tiene un incentivo para reducir al mínimo la cantidad de los servicios/elementos estructurales.

0: El indicador no es relevante para este mecanismo de pago/se desconocen los efectos.



menta el costo, se refiere a los incentivos dados al proveedor para proporcionar servicios de costo más elevado que el necesario para un paciente o reclasificar al paciente en una categoría de costo más elevado.

El cuadro indica meramente las fortalezas y debilidades relativas de los diferentes mecanismos de pago. Estos pueden combinarse en cierta medida conjugando diferentes mecanismos «puros», por ejemplo, combinando el programa de pago directo con un presupuesto global para una determinada categoría de servicios.

### 3.2 Tendencias y evolución

Las opciones disponibles para los mecanismos puros de pago han permanecido relativamente estables en el curso de la última década. La única innovación importante es el mecanismo de pago por caso basado en «grupos de diagnóstico afines» (DRG), formulado en los Estados Unidos a fines de la década de 1970 para el pago de la atención hospitalaria con el sistema Medicare (véase el Recuadro 6). El sistema ha hallado seguidores desde entonces en algunos países europeos, que lo están utilizando ya (por ejemplo, Irlanda) o están ensayando su propia versión del sistema (por ejemplo, Suiza). En fecha muy reciente, los Estados Unidos ha adoptado otro mecanismo análogo de pago, llamado «escala de valor relativo basado en los recursos», para los servicios de los médicos (véase el Recuadro 6). Aunque el sistema de seguridad social en el Brasil cambió a mecanismos de pago basados en casos prospectivos para la atención hospitalaria en 1983 a fin de frenar el rápido crecimiento del gasto en atención hospitalaria, la complejidad relativa del sistema impide una utilización más amplia en los países en desarrollo.

Recuadro 6

#### **Estados Unidos: el programa Medicare y los mecanismos de pago**

Además de numerosas compañías privadas de seguro, existen en los Estados Unidos dos planes federales de seguro. El programa Medicare forma parte del sistema de seguridad social estadounidense. Es financiado por impuestos sobre la nómina. El programa aspira a proteger a 30,4 millones de ancianos y 3,2 millones de discapacitados. Aunque Medicare asegura al 12,4% de la población, representa el 17% del gasto nacional en salud. Otro programa, Medicaid, que es financiado conjuntamente por los gobiernos estatales y federal, proporciona cobertura a las personas de bajos ingresos que reúnen las condiciones establecidas. Sin embargo, la cobertura es incompleta. Se estima que 35-40 millones de personas en Estados Unidos carecen de seguro: éstos son los desempleados, los jóvenes y los pobres o casi pobres. Las personas sin seguro reciben atención en los Estados Unidos, pero a fin de proporcionarles los servicios, los proveedores transfieren el costo a otros clientes lo que, a su vez, hace que las primas del seguro aumenten. Esto se llama atención no compensada y es responsable por una cantidad considerable de los costos de la atención de salud.

El principal cambio en el pago en los Estados Unidos durante la década pasada ha sido la introducción de grupos de diagnóstico afines para el tratamiento de hospitalización de Medicare. Este es un sistema prospectivo de pago en virtud del cual Medicare paga al hospital una suma fija por caso, independientemente del costo o la duración de la permanencia. La cuantía del pago depende principalmente del diagnóstico de cada paciente y del tratamiento recibido durante la permanencia en el hospital. La introducción de grupos de diagnóstico afines fue motivada por la necesidad de contener los costos.

Se han observado tres efectos principales de los grupos de diagnóstico afines:

1. Han transferido el tratamiento de una base de hospitalización a una base ambulatoria puesto que el sistema de grupos de diagnóstico afines no se aplica a los servicios ambulatorios.
2. Han reducido la duración promedio de estancia.
3. Ha habido una tendencia a reclasificar a los pacientes en grupos de diagnóstico afines más costosos —esto se ha llamado «DRG creep».

Entre las reformas actuales figura la introducción de «escalas de valores relativos basadas en los recursos». Estas escalas forman la base de un mecanismo de pago prospectivo para médicos similar al mecanismo de los grupos de diagnóstico afines. El pago por un servicio está concebido de forma que refleje el valor de los recursos requeridos para producir el servicio. Los valores relativos se ajustan mediante un índice de costo geográfico para tomar en cuenta los diferentes costos del ejercicio de la profesión en distintos puntos de los Estados Unidos.

Puesto que el sistema recién se está introduciendo, es demasiado temprano para evaluar los efectos. Sin embargo, el nuevo programa está concebido de forma que cambie el balance de consultas de especialidad hacia la atención primaria y cambie la combinación de servicios proporcionados.

En el curso de la última década, se han producido cambios notables en el grado de utilización de los distintos mecanismos. Los presupuestos globales y otros mecanismos de pago más globales se han tornado más difundidos. Los presupuestos globales son especialmente populares como medio de pagar a los hospitales. El Canadá ha introducido el sistema de presupuestos globales después de descentralizar su sistema financiero. Los hospitales tienen ahora más libertad para transferir recursos entre líneas del presupuesto en tanto que los costos generales se mantengan constantes. En Francia y Alemania, se introdujeron los presupuestos hospitalarios globales negociados para sustituir los sistemas anteriores de pago de viáticos «libres». En Bélgica, se presuponía ahora una parte del gasto hospitalario total.

Los presupuestos globales también se han aplicado al gasto total de la atención ambulatoria por médicos (por ejemplo, en Alemania). Irlanda ha pasado del sistema de pago directo para médicos generales a la capitación y España ha sustituido el sistema de capitación para los médicos generales por pagos salariales.

Además de los grupos de diagnóstico afines, se han producido innovaciones verdaderas en los mecanismos de pago en la combinación de diferentes mecanismos puros de pago. En el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, los médicos generales reciben bonificaciones especiales si logran objetivos preventivos específicos o invierten en equipo profesional especificado, además de sus sueldos y pagos de capitación. Si se excede un número específico de frotis cervicales, por ejemplo, se obtiene una bonificación adicional para la práctica. El debate político en la República de Corea gira actualmente en torno a cómo puede complementarse el programa existente de pago directo con la capitación, pagos asignados para gastos de capital o elementos presupuestarios a fin de frenar los costos. En Bolivia, la organización privada sin fines de lucro de atención de salud PROSALUD ha introducido un sistema de pago de bonificaciones, abonando una proporción de todas las utilidades (excluidas las utilidades por concepto de medicamentos) al personal de la instalación, además de sueldos ordinarios (43). En los «fondos estatutarios de enfermedad» en Alemania, el programa tradicional de pago directo se ha combinado con un presupuesto global para la atención ambulatoria. Los médicos aún reciben pagos directos, pero la cantidad total abonada debe estar dentro del presupuesto; si los pagos exceden teóricamente el presupuesto, se reducen proporcionalmente para todos los médicos. Esto convierte un compromiso financiero anteriormente libre en una situación en la que los proveedores han de sopesar su ingreso contra el nivel de servicios prestados. Además, un cambio reciente en las disposiciones que rigen la lista de precios de productos farmacéuticos en Alemania significa que, por cada medicamento recetado, el fondo de seguro de enfermedad sólo reembolsará el precio del medicamento equivalente más barato.

En los países en desarrollo, los métodos de pago tradicionales y más prevalentes siguen siendo el sueldo en el sector público y pagos directos más o menos desregulados en el sector privado, pero la situación está comenzando a cambiar. Determinados países en África han comenzado a combinar la financiación presupuestaria de las instituciones públicas proveedoras y/o los pagos salariales a los profesionales con elementos de pago directo «extra». A los centros de salud y hospitales se les permite cada vez más retener la totalidad o parte de los ingresos cobrados por concepto de cargos de los usuarios. Este ingreso extra se utiliza luego para invertirlo en la instalación y, en cierta medida, para proporcionar incentivos en forma de pagos directos al personal.

El establecimiento de planes de seguro de enfermedad obligatorios en muchos países en desarrollo ha promovido un cambio en el mecanismo de pago, por lo que el establecimiento de dichos planes permite reevaluar los métodos existentes de pago, los hace potencialmente más fáciles de modificar o, incluso, hace que el cambio sea necesario. Si cambia la condición jurídica del proveedor de las unidades (por ejemplo, como resultado de la privatización o la separación de las organizaciones de prestación de servicios y de financiación), de ordinario también tienen que cambiar los mecanismos de pago. Ghana, Trinidad y Tabago, y Zimbabwe, por ejemplo, están considerando pagos directos modificados como parte de los planes propuestos de seguro, y el plan de Nigeria para un esquema nacional de seguro de enfermedad apoya decididamente el establecimiento de los pagos de capitación.

### 3.3 Evaluación de los cambios en los mecanismos de pago

La evidencia empírica disponible indica que los proveedores sí responden a los incentivos que presentan diferentes mecanismos de pago. Un estudio noruego que investigó los efectos de los pagos directos y los sueldos sobre la duración y tipo de consulta constató que los médicos asalariados proporcionaban consultas ligeramente más prolongadas que los que trabajaban sobre una base de pago directo (I. S. Kristiansen, observaciones inéditas, 1991). Sin embargo, los mecanismos de pago no parecían ser los únicos factores que influían en la atención que los médicos ofrecían. Parecía que otros factores relacionados con la condición del paciente y el número de médicos que compiten por el negocio del paciente tenían una importancia mayor. Abe (44) realizó un modelo del comportamiento de los médicos en el Japón, donde existe un sistema de puntos para la remuneración. El modelo indicó que, cuando el tratamiento propiamente dicho era relativamente simple y, por tanto, recibía una puntuación baja, los médicos solían recurrir a recetas excesivas de medicamentos a fin de aumentar sus ingresos (los medicamentos son dispensados por los médicos). Los datos empíricos apoyaron esta hipótesis.

Al interpretar los efectos relacionados con los incentivos de un mecanismo de pago, es difícil separar las cuestiones del nivel de recursos, la eficiencia y la calidad; la distinción hecha en la evaluación siguiente entre los distintos criterios enunciados en el Cuadro 1 es, por tanto, ligeramente artificial. Por ejemplo, algunos mecanismos de pago pueden animar a los proveedores a ofrecer atención de alta intensidad que utiliza un elevado nivel de recursos pero no necesariamente de forma eficiente. Otros mecanismos de pago pueden animar a los proveedores a economizar tanto en los servicios prestados como en los recursos utilizados en dichos servicios. Las implicancias para la calidad de la atención de estos dos incentivos opuestos difieren radicalmente entre sí. No existe información empírica acerca del efecto de diferentes mecanismos de pago sobre el estado de salud. Sin embargo, el debate sobre la calidad de la atención, la eficiencia en la asignación de recursos y el nivel de financiación ofrecen unas cuantas pistas a este respecto.

#### 3.3.1 Nivel de recursos

Muchos estudios han examinado el grado de la «demanda inducida por el proveedor» en diferentes sistemas de atención de salud e indican que la falta relativa de información del paciente en el campo de la atención de salud da a los médicos una influencia sustancial sobre el nivel de atención de salud proporcionada. Así pues, en un sistema de pago directo, los proveedores tienen un incentivo para proporcionar servicios excesivos de atención de salud y están en posición de hacerlo (45). McPherson y colaboradores (46) investigaron esta hipótesis examinando variaciones en las tasas de operaciones quirúrgicas entre el Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido. El estudio indicó que, incluso cuando los pacientes habían sido normalizados en función de la edad y la disponibilidad de atención médica, había diferencias notables en la tasa de intervención quirúrgica. Esto llevó a los autores a la conclusión de que, aunque había una correlación positiva entre el número de cirujanos y el número de operaciones llevadas a cabo, la relación era afectada por el tipo

de sistema de atención de salud. En un sistema regido por el pago directo, los cirujanos actúan de forma empresarial y es probable que las tasas de intervención sean altas. En contraste, las tasas de intervención quirúrgica son más bajas entre los especialistas asalariados en el Reino Unido.

Los datos procedentes de los países en desarrollo apoyan estos argumentos. En el Brasil, se hallaron altas tasas de parto por cesárea (47). Aunque hay cierto número de razones para esto, se consideró que el pago más elevado abonado, con el sistema de pago directo, por el parto quirúrgico frente al parto normal era uno de los principales elementos contribuyentes. En estudios de las prácticas de prescripción de los médicos privados en Bombay, se observó que la receta promedio era tres veces el precio de la prescripción recomendada (48, 49).

Los pagos de viático para la atención hospitalaria son más agregados (es decir, combinan más elementos separados) que los pagos directos. Existe amplia evidencia procedente de cierto número de países en el sentido de que los pagos de viáticos proporcionan incentivos para aumentar la duración promedio de estancia y, por tanto, incrementan el gasto total. Las unidades de pago más agregadas, los pagos directos y salariales, aparentemente son menos susceptibles de promover un gasto excesivo en la atención de salud; sin embargo, se ha observado cierto número de problemas tales como la transferencia de pacientes a grupos de diagnóstico afines más costosos (el efecto conocido por «DRG creep»). En general, parece que cuanto menor es una unidad de pago tanto mayor será la presión ascendente sobre el gasto total.

Otros aspectos de los mecanismos de pago también influyen en sus consecuencias financieras. Por ejemplo, la distinción entre el pago retrospectivo y el pago prospectivo parece ser importante. De acuerdo con los planes de pago prospectivo, existen incentivos para reducir al mínimo los costos, quizás a expensas de la calidad, mientras que con los sistemas de pago retrospectivo los proveedores tienen un incentivo para aumentar al máximo la cantidad que se les reembolsará. La maximización del pago retrospectivo probablemente signifique maximizar algún tipo de indicador del servicio, tal como el número de días en el hospital o el número de servicios discretos prestados.

A menudo, pueden observarse efectos negativos sobre el gasto general cuando diferentes pagadores utilizan diferentes mecanismos para pagar a la misma unidad proveedora (médico u hospital). Los proveedores de servicios tratan de aumentar al máximo su utilidad o ingreso general y alcanzar un nivel deseado de ingresos. Estos, por tanto, tratarán de compensar los déficit en el ingreso recibido de un pagador (por ejemplo, los debidos al uso de un mecanismo de pago más estricto, como el sistema de grupos de diagnóstico afines) aumentando los ingresos recibidos de otro pagador. En la situación común en la que hay más de un pagador, sólo puede lograrse control de los costos o contención de los costos generales para el sector de la salud cuando: 1) todos los pagadores utilizan los mismos mecanismos de pago o 2) el presupuesto global (para todos los pagadores) de todas las unidades proveedoras tiene un tope. Pocos países han utilizado hasta la fecha este sistema.



### 3.3.2 *Eficiencia*

Los programas de pago directo, cuando los utiliza un pagador como tercero, son complicados de administrar. Generalmente requieren tecnología avanzada de computadoras y un número considerable de empleados capacitados para que funcionen bien y, de ahí, que entrañen un costo administrativo considerable. Los pagos de capitación, presupuestarios y salariales son administrativamente mucho más eficientes y simples de aplicar.

Los sistemas de pago directo, por el contrario, tienden a aumentar la intensidad de la atención y, por ende, probablemente la calidad, aunque la calidad más alta quizás no se logre de la forma menos costosa. Sin embargo, con el sistema de pago directo pudiera ser posible orientar el ejercicio de la profesión hacia la categoría deseada de servicios y, así, aumentar la eficiencia en la asignación de recursos. Los sistemas de pago basados en el sueldo y grupos de diagnóstico afines pueden evitar los problemas de la provisión excesiva de servicios, pero ciertamente tienen algunas repercusiones sobre la calidad. La preocupación expresada más comúnmente en relación con el sistema de pagos basado en los sueldos es la de que los proveedores no responden a las necesidades de los consumidores. Este es uno de los problemas que ha motivado las reformas en la Europa del Este (50). En algunos países, tales como Hungría y Uganda, niveles de sueldos inadecuados han conducido a pagos «clandestinos» o «dádivas» (50, 51), que pueden ocasionar una preocupación considerable puesto que son totalmente encubiertos y, por tanto, evitan toda clase de regulación. Los cambios que tanto Hungría como Uganda están implantando aspiran a hacer que estas transacciones sean más transparentes y, por consiguiente, más susceptibles de medidas de control.

Un costo total inflado de la atención surte un efecto grave sobre la calidad de los servicios proporcionados en un país y sobre la eficiencia distributiva de los servicios. Los recursos totales para la atención de salud en cualquier país son limitados. Aunque es evidente que el gasto en salud varía con la riqueza de un país y no es totalmente fijo a mediano plazo, los esfuerzos de contención de costos en todo el mundo indican que las sociedades han decidido limitar los recursos que se gastan en salud. Así, pues, si las características de los sistemas de pago y los incentivos afines para los proveedores aumentan el costo promedio de tratar un caso de enfermedad, el límite de gasto general raciona automáticamente el número de casos tratados o la intensidad de tratamiento por caso. También es muy probable que la atención curativa acapare los recursos para la atención primaria, medidas preventivas y rehabilitación. Dentro del abanico de la atención curativa, los recursos también pudieran canalizarse hacia ciertas categorías de proveedores de una forma desequilibrada.

Sin embargo, las ineficiencias en la asignación de recursos son generalmente difíciles de medir directamente y todas estas medidas están sujetas al juicio profesional subjetivo. Los economistas y planificadores de salud necesitan examinar indicadores «sustitutivos» de la ineficiencia en la asignación de recursos. Un tal indicador es el ingreso profesional o los márgenes de rentabilidad de las industrias proveedoras. En última instancia, todos los mecanismos de pago constituyen una forma de dar a los proveedores un ingreso; también se sabe que las expectativas profesionales de ingresos y la estructura de in-



centivos creada por diferentes mecanismos de pago determinan el nivel efectivo de los ingresos profesionales. Estos ingresos pueden estimarse en la mayoría de los casos. Si se considera que los ingresos totales estimados de los proveedores o los márgenes de utilidades de las industrias proveedoras no concuerdan con la estructura general de ingresos de la fuerza laboral, o si surgen anomalías entre diferentes categorías de proveedores, los gobiernos quizás deseen modificar el mecanismo existente de pagos.

### 3.3.3 **Equidad**

Las consideraciones de equidad desempeñan un papel menor en la evaluación de los mecanismos de pago, aunque en una situación en la que diferentes pagadores como terceros utilizan diferentes mecanismos de pago para pagar al mismo proveedor, el proveedor tiene un incentivo para dar tratamiento preferencial a los pacientes cubiertos por el pagador como tercero más generoso. Esto puede ocurrir cuando los pagos del seguro social se utilizan para complementar los pagos salariales en unidades proveedoras públicas. Si un sistema de pago es especialmente favorable, puede incluso atraer personal apartándolo de sistemas públicos menos remunerativos.

### 3.3.4 **Viabilidad**

Tal como se ha indicado ya, los mecanismos de pago constituyen fundamentalmente un medio para proporcionar ingresos a los proveedores de atención de salud. Por tanto, es pronosticable el que, a menudo, las organizaciones proveedoras se opongan decididamente a los cambios en los mecanismos de pago. Aunque no hay conexión lógica entre diferentes mecanismos de pago y los niveles de ingreso, de ordinario es más fácil para los proveedores manipular los sistemas de pagos desagregados, tales como el sistema de pago directo, a fin de obtener ingresos más elevados. Los intentos por introducir los sistemas de capitación han tropezado a menudo con resistencia de los grupos proveedores.

## 3.4 **Conclusiones y necesidades de investigación adicional**

Los mecanismos de pago de los proveedores son un elemento regulador y normativo vital en la relación triangular entre el paciente, el pagador como tercero y el proveedor. Son un medio de asignar recursos a diferentes categorías de proveedores y, dentro de estas categorías, a unidades individuales de proveedores. Afectan al gasto total en los sistemas y, por tanto, la viabilidad financiera de los esquemas de financiación de la atención de salud. También influyen en el comportamiento de los proveedores y, por consiguiente, en la eficiencia técnica y distributiva y en la calidad de la atención. Los planes de seguros de salud, que tradicionalmente hacen uso más sofisticado de toda la gama de opciones para los sistemas de pago del proveedor, se están haciendo cada vez más relevantes para los países del mundo en desarrollo, razón por la cual es evidente que se necesita investigación adicional sobre los mecanismos de pago. Tres áreas principales de investigación son:

1. Las combinaciones óptimas de mecanismos «puros» de pago.
2. Los efectos negativos del uso simultáneo de más de un mecanismo de pago por diferentes pagadores en un país, y formas en las que diferentes mecanismos de pago pueden armonizarse para evitar tales efectos.
3. El desarrollo de indicadores que revelan ineficiencias distributivas y productivas causadas por los mecanismos de pago.

#### 4. **Papeles cambiantes en la financiación de la salud**

##### 4.1 **Introducción**

Los cambios que han tenido lugar en las fuentes de financiación y en los mecanismos de pago y seguro van acompañados de papeles cambiantes para los actores clave en el sistema de atención de salud, y a menudo son apoyados por ellos: consumidores, compradores y proveedores (véase, por ejemplo, el Recuadro 7). En particular, distintos factores en la relación entre estos actores que operan más allá de la provisión de servicios, por un lado, y el flujo de fondos, por el otro, pueden establecer, reforzar o cambiar sus papeles relativos en la relación de servicios/financiación. En las secciones 4.2-4.4 se considera el papel de cada uno de estos actores sucesivamente y, en la sección 4.5, se discuten las repercusiones que los cambios en la financiación de la salud pueden tener para el papel del gobierno.

Recuadro 7

#### **Argelia: papeles cambiantes de los distintos actores en la atención de salud**

##### **Antecedentes**

El sistema de atención de salud de Argelia se ha visto directamente afectado por la crisis económica y ha entrado en una etapa de incertidumbre y reforma, principalmente en el área de la financiación de la atención de salud. Ha resultado difícil mantener la tasa de crecimiento del gasto en salud, que con frecuencia solía llegar al 10% anual. El sistema de seguridad social, que financia hasta el 65% del gasto en salud, entró en déficit en 1990-1991. El gasto gubernamental, como porcentaje del gasto total en salud, ha descendido mientras que el gasto por familia, que era con anterioridad muy bajo, ha aumentado en más del 20% del gasto total en salud. Se entiende que no puede haber una expansión adicional del sistema de atención de salud y que las actividades actuales han de dirigirse a utilizar los recursos más racionalmente y a aumentar la eficiencia y la eficacia en la provisión de la atención de salud.

##### **Propuestas**

Se ha hecho cierto número de propuestas de reformas en el sistema de atención de salud y métodos de financiación de la salud:

- *Los pagadores* han de desempeñar un papel mayor en las decisiones relativas a la asignación y utilización de los recursos. Esto atañe tanto al usuario del sistema de salud como al plan de seguridad social.

- *Los contratos* entre los distintos actores en el sistema de atención de salud reemplazarán las antiguas relaciones administrativas y jerárquicas poco transparentes.
- *Los mecanismos de pago* han de revisarse fundamentalmente para vincular más estrechamente los pagos y la utilización de los recursos; se reevaluarán los pagos directos para los médicos y el sistema de márgenes de utilidades absolutas para los farmacéuticos.
- *Se deberá reafirmar y hacer cumplir el papel del Estado* en la medicina preventiva y en la protección de la salud de los grupos más vulnerables.
- *Se necesita investigar* nuevas fuentes de financiación para realizar una reforma financiera radical del sistema de atención de salud y promover un aporte mayor de los más pudientes.
- *Se necesita descentralizar* la gestión de las instalaciones de salud del sector público dentro de un marco de planificación flexible a fin de dar a los agentes en el sistema de atención de salud un mayor sentido de responsabilidad y promover una utilización más eficiente de los recursos.
- *Regulación*: se promete una regulación más estricta del sector privado.

Los cambios que afectan a los diferentes actores son de varias clases principales: cambios en la apertura del mercado de atención de salud que afectan en particular al grado de competencia; cambios en la disponibilidad de información que también afectan al ejercicio de las opciones en el mercado; cambios en los papeles gerenciales y en el patrón de prestación de cuentas; cambios en la organización interna y expresión de los propios actores; y cambios en el ambiente regulador. Estos cambios se detallan en el Cuadro 5 (página 52).

Puede verse cierto número de tendencias en los papeles de los diferentes actores. El papel del consumidor se ha fortalecido en general debido a las mayores oportunidades de selección entre diferentes proveedores y planes de compradores como terceros, la participación en la gestión de la atención de salud y una mayor protección reglamentaria y acceso a la información. El papel de los compradores también se ha fortalecido, en su mayor parte, debido a una mayor competencia en el sector salud merced a diferentes mecanismos y a la transferencia de parte del riesgo financiero a los proveedores a través de las organizaciones de mantenimiento de la salud<sup>1</sup> y otros tipos nuevos de servicio.

Los papeles de los consumidores y compradores (que pueden coincidir en algunos sistemas tales como el de la financiación comunitaria, en donde no existen terceros) se han fortalecido en general a expensas de la influencia de los proveedores, en un esfuerzo por moderar la posición normalmente dominante de los proveedores en el mercado de atención de salud. Al propio tiempo,

<sup>1</sup> Se han identificado cinco características de las organizaciones de mantenimiento de la salud en Estados Unidos como: 1) una responsabilidad contractual de proporcionar una gama específica de servicios de salud; 2) la provisión de servicios a una población definida; 3) la afiliación voluntaria de los abonados; 4) el pago fijo y periódico por los afiliados; y 5) supone un riesgo financiero para la organización de mantenimiento de la salud en la provisión de los servicios (Luft, H. S. *Health maintenance organizations: dimensions of performance*. New Brunswick, Transaction, 1986).

Cuadro 5

**Cambios en los papeles de los actores en la salud**

Cambios	Efectos		
	Consumidores	Compradores	Proveedores
Apertura del mercado	Selección del proveedor	Competencia entre los proveedores	Privatización
Información	Educación para la salud/ información del consumidor	Datos sobre costos y desempeño de los proveedores	Indicadores del desempeño
Funciones gerenciales y prestación de cuentas	Financiación y representación de la comunidad	Distribución del riesgo financiero, por ejemplo, organizaciones de mantenimiento de la salud	Descentralización del sistema de salud
Organización interna	Grupos y movimientos de consumidores		Organizaciones profesionales
Regulación	Derechos de los pacientes y regulaciones	Relación entre la industria y los compradores	Otorgamiento de licencias y controles de precios

el papel de los proveedores se ha fortalecido en algunos países por distintos medios tales como una mayor privatización, descentralización del sistema de salud o expansión de las organizaciones profesionales, todo lo cual ha aumentado la autonomía en la toma de decisiones de los médicos, centros de salud y hospitales en relación con las cuestiones financieras y de otra índole. En algunos casos, las responsabilidades profesionales han aumentado mediante actividades reguladoras tales como la aplicación de normas de acreditación más estrictas y la introducción de auditorías médicas profesionales.

El actor en el sistema de salud que no ha sido debidamente considerado en este análisis es el gobierno, que desempeña un papel en casi todos los campos analizados. Los gobiernos han ayudado a definir el marco en el cual han ocurrido los cambios en la financiación de la atención de salud. Al propio tiempo, los cambios tienen repercusiones considerables para los gobiernos, en particular en su papel de reguladores y proveedores de información.

#### 4.2 El papel del consumidor

Por lo general, las personas que consultan a un médico son incapaces de diagnosticar su afección o de determinar el tratamiento más apropiado. El impacto de la información imperfecta se deja sentir en diversas formas. Un efecto es la subvaloración sistemática de las medidas de atención preventiva de la salud. Los servicios de inmunización (que, para algunas enfermedades, también pueden ser influenciados fuertemente por externalidades, véase la Sección 1.3), y los programas de nutrición y planificación familiar tienen todos

ellos probabilidad de ser subabastecidos por el mercado. A corto plazo, probablemente la mejor acción correctiva que haya que adoptar sea el subsidio gubernamental, pero una estrategia de más largo plazo enfatizaría la educación del consumidor.

Un tema repetido en todo este informe es el de que los proveedores de la atención tienen un grado inusitado de control sobre el tipo de servicios prestados y sobre el precio de los servicios, debido a la asimetría de información entre los proveedores y los consumidores. Esto conduce a un conflicto inherente en los proveedores entre sus propios incentivos financieros y la representación de las preferencias de los pacientes. La existencia de un pagador como tercero (tal como un plan de seguro), que adicionalmente debilita el vínculo entre el costo de los servicios y el valor para el paciente, puede exacerbar el problema.

Estos problemas de información han significado que los sistemas de salud se planifican a menudo de forma que permiten sólo un papel limitado para el ejercicio de las opciones del consumidor como medio de influir en el sistema. En consecuencia, los servicios públicos tienden a entregar un «producto» con poca consideración de las preferencias del consumidor. Esto puede reflejarse en la gama de servicios disponibles, largos lapsos de espera y horas de servicio inconvenientes.

En un sistema basado en la seguridad social o financiado por los impuestos, puede ser sumamente difícil para un consumidor expresar satisfacción o descontento con los servicios disponibles, excepto a través del proceso político. En Europa, en particular, ha habido un creciente reconocimiento de la falta de respuesta de los sistemas gubernamentales a las preferencias de los consumidores y se han hecho intentos por incorporar una mayor sensibilidad en los sistemas nacionales de salud y de seguridad social. Tres posibles estrategias para hacer esto son:

1. *Promover en el consumidor la selección:* permitiendo que la opción del consumidor influya en los fondos disponibles para un proveedor, y promoviendo así la competencia entre los proveedores para ofrecer servicios de atención de salud atractivos.
2. *Gestión y organización:* permitiendo a los consumidores un mayor papel en la organización y gestión de los servicios de salud.
3. *Información:* proporcionando a los consumidores información a fin de que puedan adoptar decisiones mejor fundamentadas acerca de la atención de salud, las medidas preventivas y los cambios en el estilo de vida. Esta estrategia puede complementar los puntos 1) y 2).

La capacidad de los consumidores para adoptar decisiones fundamentadas acerca de sus propias necesidades de atención de salud probablemente varíe con el tipo de atención y el nivel de sistema en el que ésta se busque. La madre, en un promedio, puede ser capaz de dar una opinión relativamente bien fundamentada acerca de la calidad de atención que recibe para su hijo en un consultorio infantil, pero es mucho más difícil hacer estos juicios en el caso de diagnóstico y tratamiento más complejos a nivel de hospitales. En los casos en los que se requiere una atención más compleja, el paciente puede juz-



gar la calidad de la atención recibida por las características más superficiales tales como las salas de espera o el servicio de comidas. Tal como ha indicado Enthoven (52):

Algunos aspectos de la calidad de la atención pueden ser juzgados adecuadamente por el individuo y su familia. Pero otros aspectos muy importantes, tales como el hecho de si la atención médica eficaz mejora la salud de los pacientes enfermos, son cuestiones estadísticas que sólo pueden juzgarse sobre la base de la experiencia de poblaciones extensas.

En otras ocasiones, como en los casos de emergencia, las personas simplemente no tienen tiempo para hacer selecciones bien fundamentadas. Debido a estos factores, los gobiernos y organizaciones profesionales son fundamentales para lograr y mantener servicios de alta calidad. Las reformas que afectan el ejercicio de opciones del consumidor en el sistema deben considerar cuidadosamente dónde y cómo pueden los consumidores adoptar decisiones racionales acerca de la atención de salud y cuándo están dispuestos a adoptarlas.

#### 4.2.1 *Selección del proveedor*

Un modelo sueco de opciones para el consumidor (53, 54) da a los pacientes libertad de selección (que anteriormente no existía) entre los proveedores a nivel primario. El apoyo presupuestario proporcionado por el gobierno local varía entonces de acuerdo con el número de pacientes inscritos en el centro de salud: cuanto más popular es el centro de salud, tanto mayor será el presupuesto que recibirá. Este modelo mantiene las ventajas de un sistema de atención de salud públicamente financiado y públicamente proporcionado en tanto incorpora parte de la sensibilidad hacia las preferencias de los pacientes que se observa en el sector privado.

Hasta el momento, el modelo sólo se ha ensayado en Estocolmo y el Condado de Malmöhus en unas pocas clínicas. Una evaluación de la etapa piloto del proyecto indica que el modelo logró cumplir bastante bien sus objetivos e indujo ciertamente una mayor sensibilidad en relación con factores tales como las horas de apertura y la «amabilidad hacia el usuario» entre los proveedores de la atención de salud.

Las reformas en el Reino Unido también tratan de promover alguna competencia entre los médicos generales. Grandes instalaciones de medicina general pueden ahora mantener su propio presupuesto. Este presupuesto puede utilizarse para adquirir servicios de otros proveedores (tales como hospitales), hacer mejoras en las instalaciones médicas y proporcionar servicios. Se cree que este nuevo sistema de financiación estimulará a los médicos generales a mejorar todos los aspectos de la calidad de atención. Es significativo que las reformas realizadas en Suecia y en el Reino Unido promuevan las opciones que tiene el consumidor a nivel primario. Las decisiones más complejas relacionadas con la atención hospitalaria se dejan en manos de las autoridades de salud del gobierno.

En los países en desarrollo, es raro que la asignación del presupuesto gubernamental a una instalación sea un reflejo explícito del número de consumido-



res que buscan atención en dicha instalación (aunque, nuevamente, Chile es una excepción). Sin embargo, la introducción de los pagos de los usuarios, junto con la retención del ingreso a nivel de instalación, tiene por fin proporcionar incentivos análogos para animar a los proveedores a responder a las preferencias del consumidor. Además, cierto número de países han tratado de dar al consumidor una mayor opción proporcionando ciertos servicios privados en instalaciones públicas a fin de que quienes pueden pagar atención de mayor calidad puedan obtenerla. La República Islámica del Irán y Mozambique tienen esquemas piloto en los que clínicas privadas especiales se desenvuelven en instalaciones públicas. Indonesia, México, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe tienen todos camas de pago privadas en los hospitales del Gobierno, y Nigeria está considerando permitir a los médicos empleados por el Gobierno ejercer privadamente su profesión en instalaciones gubernamentales fuera de las horas de trabajo. Con dichos arreglos, el médico que proporciona la atención mantiene generalmente una parte del pago efectuado, como incentivo para proporcionar una atención más cuidadosa. Por lo común, tales clínicas privadas también pueden abrir en momentos que son más convenientes para la población trabajadora. Bekele y Lewis (55) documentan un experimento en la región norte del Sudán que animó al personal del centro de salud a administrar operaciones quirúrgicas privadas por las noches. Las clínicas privadas se hicieron muy populares debido a sus horas cómodas de apertura y a la calidad del servicio. La calidad se reflejó en el hecho de que la duplicación de las tarifas no surtió efecto sobre la demanda.

#### 4.2.2 *Funciones gerenciales y prestación de cuentas*

En algunas situaciones, quizás no sea deseable ni factible promover la opción basada en el mercado entre diferentes proveedores de atención de salud. El promover la opción entre hospitales puede ser costoso (debido a la necesidad de duplicar las instalaciones) y no deseable, ya que los consumidores pueden no ser capaces de valorar la calidad de la atención a nivel de hospital.

Un método adicional de promover una mayor respuesta a las preferencias de los consumidores en tal situación es a través de la promoción de juntas de hospitales o agrupaciones de hospitales que incluyen a representantes de la comunidad en la gestión de los hospitales. Cierta número de países han implantado recientemente, o están considerando en la actualidad, tales arreglos. El Hospital Nacional de Kenyatta en Nairobi ha establecido en fecha reciente una junta para ayudar con las decisiones gerenciales (R. J. Vogel, observaciones inéditas, 1989), y el Gobierno de Papua Nueva Guinea se ha comprometido a instituir juntas hospitalarias en cuatro hospitales regionales. En Túnez, un préstamo del Banco Mundial ha apoyado reformas análogas en 21 hospitales docentes; se tiene proyectado ampliar posteriormente el uso de las juntas hospitalarias a todos los hospitales regionales. Las reformas recientes en el Reino Unido dan a los hospitales que cumplen ciertos criterios la opción de convertirse en administradores de hospitales (56).

En Ghana, la Ley 209 ha establecido juntas de hospitales docentes, juntas de hospitales regionales y comités de gestión de estaciones de salud. Las juntas de hospitales docentes y regionales constituyen entes independientes cuyas

funciones son: 1) desarrollar el plan a largo plazo de los hospitales, a fin de asegurar su viabilidad financiera; 2) dar seguimiento a la calidad de la atención y formular propuestas para mejoras; 3) designar y evaluar al administrador y otros funcionarios del hospital; 4) evaluar periódicamente la suficiencia de los recursos del hospital; 5) recomendar niveles de pagos y 6) proporcionar, salvaguardar y actuar como depositarios de las instalaciones y el equipo del hospital.

En la actualidad, se están realizando esfuerzos por especificar más claramente las responsabilidades y los métodos de operación de las juntas regionales. Además de dar a las comunidades locales alguna voz en la gestión del hospital, dichas juntas pueden promover técnicas mejoradas de gestión al incluir a gerentes experimentados del sector privado entre sus miembros.

Se ha argumentado que la característica central de la financiación comunitaria es la prestación de cuentas de los servicios de salud ante la población (19). La financiación comunitaria, que hace participar a las comunidades directamente en la gestión del sistema, «da a la comunidad derecho a asegurar que los servicios son aceptables y responden a las prioridades percibidas de la comunidad» (57). Así, pues, «el desarrollo de la participación comunitaria que acompaña a la mayoría de instrumentos de financiación comunitaria cambia la naturaleza del problema. No es más un problema de cómo 'proporcionar' servicios de salud, sino de cómo la población puede alcanzar servicios de salud apropiados ...».

La participación comunitaria en la gestión y organización de un esquema de financiación puede tener cierto número de dimensiones. Es común que la comunidad determine los criterios para exenciones o pagos reducidos, lo cual puede ayudar a asegurar que el acceso a la atención de salud no se ve adversamente afectado como resultado de los cargos. La comunidad o el comité de gestión de salud también participa generalmente en la gestión de los servicios y, por tanto, en la promoción de una mayor respuesta a las necesidades de la comunidad. El hecho de que, en los esquemas de financiación comunitaria, la comunidad tenga el papel doble de comprador y consumidor fortalece aún más su influencia en cuanto a los servicios proporcionados. Finalmente, los esquemas de financiación comunitaria pueden facilitar la representación de la comunidad a nivel de distrito y, por tanto, hacer que los servicios de referencia sean más «amables con el usuario».

En el Recuadro 8 se describen cambios recientes en la participación de la población en el diseño y operación del sistema de salud en un país industrializado (Canadá).

Recuadro 8

### **Quebec: el ciudadano en el centro de la reforma de la atención de salud**

El sistema de atención de salud del Canadá, que experimentó una reforma a principios de la década de 1970, tiene algunas características particulares:

- Desde 1970, ha existido en todas las 10 provincias canadienses un sistema de seguro público integral de salud. Abarca todos los servicios médicos y hospitalarios, así como ciertos otros servicios (tales como medicamentos y atención dental) para ciertos grupos de la población.
- El Gobierno provincial y el Gobierno federal asumen responsabilidad de la financiación; los recursos disponibles están implícitamente vinculados con el desarrollo económico.
- Desde la introducción del sistema, los costos de la atención de salud se han controlado bien.
- El sistema de salud es muy descentralizado. El Gobierno federal financia aproximadamente el 40% de los costos, lo que permite asegurar un grado necesario de redistribución entre las provincias y, también, garantizar que las provincias respetan ciertos criterios nacionales, tales como los de acceso financiero, universalidad, servicios integrales, gestión pública y posibilidad de transferencia entre las provincias.

Siempre y cuando se respeten los principios fundamentales, las provincias tienen libertad para organizar sus propios sistemas de salud según deseen.

En la provincia de Quebec, en el momento de esta reforma, se establecieron los siguientes principios:

- la necesidad de un equilibrio aceptable entre la equidad y el respeto por la libertad profesional y personal;
- la creación de una red completa de centros de atención primaria de salud;
- la contención del gasto en atención de salud, en particular el financiamiento de los hospitales, mediante un presupuesto global y el pago de servicios de los médicos por terceros;
- la determinación de los ingresos de los médicos mediante negociación;
- la participación de la población en las decisiones del sistema de salud a nivel regional y en las instalaciones de salud.

A pesar de los numerosos éxitos del sistema, dificultades económicas han exacerbado ciertos problemas, y esto llevó a Quebec a emprender una segunda serie de reformas al final de la década de 1980. Tras un largo proceso de estudio, análisis y debates, se adoptó un paquete de reforma titulado «Reforma basada en el ciudadano». Esta reforma trató de colocar al ciudadano en el centro del proceso de toma de decisiones en el sistema de atención de salud. En particular, dio a los ciudadanos nuevos derechos sobre sus registros y estableció procedimientos de quejas.

El sistema de atención de salud se centralizó más y los ciudadanos recibieron importantes responsabilidades en las asambleas regionales, incluso el diseño de sistemas responsables de gestión regional para el

presupuesto, que fue asignado por el Ministerio de Salud y la población a la que se atenderá. También se pidió a los ciudadanos que formularan objetivos específicos de salud y organizaran un sistema de información que aumentara la transparencia y permitiera a la gente apreciar que estaban obteniendo un beneficio por su inversión.

La ley por la que se estructuraban estas reformas se adoptó en agosto de 1991 y ahora se está ejecutando.

#### 4.2.3 **Información**

Muchas de las intervenciones descritas arriba dependen de que los consumidores estén informados y sean capaces de distinguir el valor de diferentes tipos de servicios y las características de diferentes proveedores de atención de salud. Una de las principales críticas de la mayor participación comunitaria en el manejo de opciones para el consumidor es la de que quienes adoptan las decisiones pueden estar mal equipados para hacerlo. La eficacia de los consumidores como agentes en el mercado de la atención de salud depende de dos factores clave: 1) el hecho de si los consumidores tienen a su disposición la información necesaria o puede ofrecérseles ésta; y 2) el hecho de si los consumidores están dispuestos a utilizar esta información.

La mayoría de los ministerios de salud tienen una unidad de educación para la salud que informa al público acerca del valor de diferentes servicios, tales como los de inmunización o la terapia de rehidratación oral. También existe necesidad de información sobre las características de diferentes proveedores de atención de salud. Aunque los proveedores privados de la atención de salud están reconociendo cada vez más los beneficios de hacer publicidad, el grado en el que ésta se complementa con información más objetiva varía. Muchos países en desarrollo darán a conocer detalles de casos de mala práctica, pero con frecuencia la información más compleja sobre la calidad de la atención ofrecida por los diferentes proveedores de atención de salud simplemente no existe. En los Estados Unidos, el empeño en la utilización de un enfoque basado en la demanda para la gestión del mercado ha obligado a considerar seriamente la necesidad de las cuestiones de información. Un estudio reciente realizado en los Estados Unidos examinó el comportamiento de los pacientes en lo que respecta a la búsqueda de información para explorar el grado en el que los consumidores de la atención de salud actuaban como consumidores de otros bienes. Se constató que sólo una minoría de los pacientes exhibía el comportamiento habitual de los consumidores. Por ejemplo, el 61% no consideraba el costo en absoluto al decidir si acudir a un médico (58).

Los datos sobre las creencias y prácticas de salud de las personas en el Reino Unido indicaron que un mejor conocimiento tendía a estar asociado con un comportamiento más apropiado cuando se busca atención de salud (59). Sin embargo, muchas personas estaban muy mal informadas y se llegó a la conclusión de que «que si la filosofía de un modelo de mercado para la provisión de atención de salud es tener alguna opción de trabajar eficiente y eficazmen-

te, la información tendrá que abarcar tres áreas: qué servicios están disponibles, qué área de acción es la mejor en una variedad de situaciones y cómo reconocer estas enfermedades y problemas».

Algunos modelos económicos han considerado la forma en que la educación incide en la demanda de la atención de salud (60). Una base de datos belga indica que los pacientes que poseen mayor educación sobre asuntos de salud tienen un mayor número de contactos iniciados por los pacientes con el médico, pero es menos probable que tengan contactos iniciados por el médico. Esto puede deberse a que los pacientes más educados son menos susceptibles a la demanda inducida por el médico, aunque existe cierto número de otras explicaciones igualmente factibles, tales como la de que los pacientes mejor educados cumplen más cabalmente los regímenes de tratamiento y, por tanto, no necesitan visitas de seguimiento.

Aunque los países en desarrollo pueden no tener programas específicamente concebidos para divulgar información acerca de los proveedores, los ministerios de salud pueden proporcionar información acerca de determinados proveedores o tipos de atención sobre una base *ad hoc*. Por ejemplo, a menudo los casos de mala práctica son objeto de una amplia divulgación al igual que los casos de cargos excesivos. La divulgación de la investigación apoyada por el gobierno también puede ayudar a informar a los consumidores. Lamentablemente, la provisión de información al consumidor en muchos países en desarrollo se ve limitada por la información inadecuada a disposición de los gobiernos sobre las características de diferentes proveedores de atención de salud. Se necesita más información acerca del precio y la calidad de la atención ofrecida por los proveedores del sector privado.

Aun cuando se disponga de información suficiente para permitir a los consumidores adoptar decisiones informadas, no está claro que los pacientes siempre opten por realizar un juicio independiente. Ha habido poco análisis riguroso para investigar los factores que inciden en la opción que adopta el consumidor en los países en desarrollo, pero la información existente da lugar a cierto optimismo. Un estudio de los patrones de utilización de los servicios de salud en el distrito de Meru, Kenya, halló que el grado de lealtad de los pacientes era mucho menor que el que pudiéramos imaginar. Por ejemplo, sólo el 18% de los pacientes regresaba al hospital gubernamental si el hospital no les había curado en la primera visita (61). Pruebas que provienen del debate sobre los pagos de los usuarios (por ejemplo, 29, 30) indican que los pacientes tienen a menudo una idea clara de la calidad de la atención proporcionada por diferentes proveedores, aunque, por lo general, esta idea está sesgada hacia factores tales como la cortesía del personal. Los pacientes en los países en desarrollo pueden estar más dispuestos a actuar como consumidores que los del mundo industrializado, como resultado tanto de la mayor variación en la calidad de la atención en el mundo en desarrollo como de los costos más elevados de la atención de salud en relación con el ingreso.

Además de aumentar el ingreso, los pagos conjuntos o pagos de los usuarios pueden desempeñar una función secundaria: promover la eficiencia en el uso. Los pagos conjuntos o tarifas diferenciales de distintos servicios ayudan a dar a los usuarios de la atención de salud información acerca del uso apropiado



de los servicios. Por ejemplo, en el Zaire el diseño original del esquema de financiación comunitaria analizado por Moens (62) había incorporado el 20% de pagos conjuntos a nivel de hospital a fin de disuadir un uso excesivo de las instalaciones hospitalarias. Sin embargo, Moens llegó a la conclusión de que el sistema estricto de referencia instituido hacía que los pagos conjuntos fuesen redundantes y posiblemente reducía la accesibilidad financiera. Además, los importantes costos privados asociados con la búsqueda de atención en algunos países en desarrollo quizás hagan también innecesarios los pagos conjuntos.

El Experimento del Seguro de Salud de Rand en los Estados Unidos aplicó paquetes de seguro diferentes, incluidas tasas distintas de pagos conjuntos, para diferentes grupos de consumidores en un ensayo aleatorio en gran escala (63). Los resultados del experimento indican que, aunque los grupos de bajos ingresos son sensibles a la tasa de pago conjunto y que en consecuencia reducirán su utilización de los servicios de salud, otros grupos de ingresos se ven relativamente poco afectados por pagos conjuntos moderados.

#### 4.2.4 **Grupos y movimientos de consumidores**

Al considerar la viabilidad de distintos cambios en la financiación, se ha puesto de manifiesto que los pacientes pueden ejercer una influencia considerable sobre los cambios que pueden o no pueden hacerse. Esta influencia es fortalecida cuando los pacientes se organizan en grupos o movimientos de consumidores. Algunos de estos grupos han ejercido una influencia considerable sobre la forma en que se han asignado los recursos: los ancianos en los Estados Unidos han demostrado ser una fuerza con la que hay que contar al asignar el gasto gubernamental en salud, las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana han realizado campañas por el derecho a tener acceso a ciertos tratamientos más costosos y los grupos femeninos han trabajado activamente por promover la propagación de servicios de control de la «mujer sana».

Menos directamente relacionados con la financiación de la salud están los grupos de consumidores que han surgido en torno a ciertas cuestiones de salud preventiva, tales como los que exigen una prohibición de los sustitutos de la leche materna en los países en desarrollo o una mayor conciencia ambiental. Estos grupos afectan indirectamente a la financiación de la salud, pero son parte del cambio más amplio hacia una mayor responsabilidad individual en la salud y la atención de salud.

#### 4.2.5 **Derechos y regulaciones de los pacientes**

Si bien reformas recientes han tendido a dar a los pacientes mayores derechos, hay aún extensas restricciones sobre el comportamiento de los consumidores en lo que respecta a la atención de salud. Por ejemplo, los sistemas de referencia determinan comúnmente el nivel de atención al que el paciente puede tener acceso y los planes de seguro social hacen obligatorio el pago de primas de seguro de salud. Las reformas que han fortalecido la posición del consumidor son aquellas que han ofrecido la oportunidad de seleccionar entre

diferentes proveedores o que han proporcionado el derecho de acceso a los pacientes a sus propios registros de salud (véase el Recuadro 8, página 57).

### 4.3 El papel del comprador

#### 4.3.1 *Beneficios de la competencia entre proveedores*

El papel del comprador se ha fortalecido en cierto número de formas. En muchos países industrializados, y en particular en los Estados Unidos, ha habido un largo debate sobre los papeles relativos de la competencia y la regulación en el funcionamiento del mercado. La solución de compromiso que ha surgido en décadas recientes en muchos países, en particular en los países industrializados, ha sido la de una competencia controlada. La esencia de la competencia controlada es la de que el mercado para la atención de salud se estructura de forma que, si bien los consumidores persiguen sus propios intereses, esto surte un efecto beneficioso sobre el mercado en su conjunto y la competencia entre los proveedores promueve la eficiencia en tanto mantiene la equidad.

En los Estados Unidos, grandes compradores de atención de salud han obtenido mayor poder en su relación con los proveedores. Han surgido nuevas estructuras del mercado, tales como «organizaciones proveedoras preferidas», en las que los aseguradores entran en contacto con ciertos proveedores a un precio negociado y los consumidores que optan por estos proveedores pagan primas más bajas o reciben mayores beneficios.

En Europa, el reciente Informe del Reino Unido, en el que se esbozan las reformas para el Servicio Nacional de Salud, (56) ha adoptado el modelo de mercado controlado como base teórica para distinguir entre las funciones de comprador y proveedor del gobierno, a fin de permitir la competencia entre proveedores públicos y privados por contratos gubernamentales. En el Reino Unido, el departamento de salud de distrito es responsable ahora de adquirir la atención de proveedores tanto públicos como privados, a fin de proporcionar la mejor atención de salud posible a los ciudadanos en su zona de influencia. Se prevé que los proveedores tendrán fuertes incentivos para competir entre sí en términos tanto de precios como de calidad a fin de recibir contratos del departamento de salud de distrito.

El plan Dekker en los Países Bajos incorpora ideas análogas en el sistema holandés de atención de salud, aunque aquí los fondos de seguro compiten por los consumidores y, luego, adquieren el mejor paquete posible de atención que puedan de los proveedores. A fin de asegurarse contra una selección adversa (véase la sección 2.1), el Gobierno desempeña un fuerte papel regulatorio en el mercado de seguros.

Ha habido poca evaluación de tales reformas del mercado controlado ya que estos acontecimientos son bastante recientes. Por ejemplo, las reformas del Reino Unido entraron en vigor en abril de 1991 y es aún demasiado pronto para comentar sobre su éxito.

Los sistemas que entrañan la contratación externa de servicios tienen muchas características en común con los mercados controlados. En 1981, el Gobierno

del Reino Unido hizo más fácil para los departamentos de salud de distrito contratar servicios no clínicos y ciertos servicios clínicos en el sector privado. Las reformas recientes requieren que, para cada actividad que se lleve a cabo en el distrito, se evalúen las posibilidades de contratación externa y que las autoridades de salud consideren la posibilidad de adquirir servicios clínicos y no clínicos al sector privado.

La contratación externa de servicios se ha adoptado de forma más limitada en los países en desarrollo; por ejemplo, muchos países contratan ahora en el sector privado servicios tales como los de lavandería, preparación de comidas, seguridad y limpieza. Además, los gobiernos pueden utilizar de esta manera aptitudes especializadas escasas, por ejemplo, contratando en el sector privado la facturación de las compañías de seguros por la atención brindada en las instalaciones públicas, tarea que normalmente es realizada por el Tesoro. También puede ser útil para los gobiernos establecer contratos gerenciales con empresas u organizaciones privadas que, luego, administran las instalaciones públicas en condiciones convenidas. Este es esencialmente el papel que PROSALUD, entidad privada sin fines de lucro, ha adoptado en Bolivia, donde ahora tiene contratos de gestión en unas 20 clínicas, incluidas las clínicas de propiedad del Ministerio de Salud Pública, la organización de seguridad social boliviana y las comunidades (43). La International Planned Parenthood Federation está experimentando con sociedades públicas/privadas, en las que las asociaciones locales de planificación familiar tienen contratos de gestión en instalaciones gubernamentales.

La contratación externa de servicios clínicos es menos común. Existen algunos casos en los que los programas públicos de planificación familiar contratan las esterilizaciones con proveedores de servicios del sector privado o los ministerios de salud contratan en el sector privado ciertos servicios, tales como exploraciones por tomografía computarizada (CT), pruebas de laboratorio y radiografía, si la capacidad del sector público es limitada. Los servicios contratados en el sector privado tienden a ser aquellos cuya calidad es relativamente fácil de evaluar, tales como los procedimientos diagnósticos. Las organizaciones de la seguridad social en América Latina subcontratan de ordinario servicios en el sector privado y en los ministerios de salud. Estos arreglos están concebidos generalmente para aumentar la utilización de recursos escasos y se hace poco hincapié en fomentar la competencia entre diferentes proveedores.

En general, la contratación externa de servicios en los países en desarrollo parece ser bastante exitosa. Esto es de esperar para los servicios de apoyo, ya que son puramente bienes privados para los que ya existe un mercado y, por lo general, éste funciona bastante bien. Aparentemente, muchos países experimentan un incremento en el costo de un servicio cuando se contrata externamente, pero éste es más que contrarrestado por la mayor eficiencia en la provisión del servicio. Los arreglos de contratación externa también pueden ser deseables en los casos en los que la burocracia gubernamental dificulta la provisión eficaz del servicio. Por ejemplo, las empresas privadas tienen a menudo una mayor flexibilidad en la contratación y despido del personal. Las experiencias menos exitosas de contratación externa ocurren cuando existe

una capacidad limitada en el sector privado. Esto significa que las empresas que compiten por contratos tienen un cierto grado de monopolio y, por tanto, la competencia no les estimula para dar un precio justo.

También pueden recogerse beneficios del comportamiento innovador del sector privado. Al no estar sujeto a las restricciones de las disposiciones del servicio civil y la burocracia gubernamental, el sector privado puede responder mejor a las necesidades de la comunidad local y encontrar formas innovadoras para proporcionar los servicios. Las instalaciones de las misiones religiosas tienen a menudo reputación de provisión innovadora e imaginativa de servicios. Dichas entidades pueden introducir modelos nuevos de provisión de servicios, que posteriormente pueden ser asimilados y adaptados por el gobierno.

#### 4.3.2 **Información**

Un mayor acceso a la información es esencial para mejorar la capacidad de los compradores de contener los costos y negociar con diferentes proveedores. Los sistemas de información han mejorado enormemente en cierto número de países industrializados a fin de proporcionar datos actualizados sobre los costos y el desempeño de los médicos, hospitales y otras instalaciones de salud. Dicha información ayuda a establecer las tarifas y a dirigir los contratos hacia los proveedores que ofrecen mayor costo-efectividad en la provisión de la atención. Una de las ventajas comúnmente percibidas del modelo de mercado interno frente al sistema centralmente administrado es la de que promueve una mayor transparencia en el intercambio de forma que los precios, la cantidad y la calidad de los servicios son explícitos y puede hacer que los proveedores sean más responsables.

Es probable que la necesidad de información en la contratación externa de servicios sea considerable. En particular, los gobiernos han de tener una idea clara de su propia estructura de costos a fin de determinar si pueden proporcionar servicios de forma más eficaz en función del costo que el sector privado.

#### 4.3.3 **Gestión y organización**

Un tercer avance que ha fortalecido la posición del comprador ha sido en el papel gerencial de los compradores. Un ejemplo importante ha entrañado la integración de las funciones del comprador y del proveedor. Al transferir parte del riesgo financiero al proveedor de los servicios de la atención de salud, el comprador puede asegurarse de que el proveedor y el comprador tienen incentivos similares. El enfoque de «organización de mantenimiento de la salud» (véase la página 51) fue objeto de un renovado interés en la década de 1980, tanto en los Estados Unidos, donde se ha aplicado más ampliamente y ahora representa alrededor del 10% del total de servicios de salud, como en otros países. En los Estados Unidos, las organizaciones de mantenimiento de la salud han tenido algún éxito en frenar los costos, pero no constituyen una porción suficientemente grande del mercado total para reflejarla en los datos nacionales. Hay ahora unas cuantas organizaciones de mantenimiento de la

salud en América Latina, donde, en algunos países, representan una porción sustancial de los servicios de salud. En los países menos ricos y entre los grupos pobres de la población, el enfoque aún no ha sido adoptado ampliamente.

#### 4.3.4 **Regulación**

Finalmente, la regulación ha afectado al papel de los compradores en cierto número de países. De ordinario, la regulación se ha dirigido a evitar las imperfecciones más comunes del mercado asociadas con el seguro, tales como la de la «selectividad» (véase la sección 2.1). Así, pues, ésta se ha utilizado para limitar la capacidad de los planes de seguro para determinar la elegibilidad sobre la base de las condiciones de salud y otros factores que pueden limitar la equidad. Se ha utilizado la regulación para asegurar que los esquemas del seguro social de salud se amplíen para cubrir a una proporción mayor de la población y que no mejoren los beneficios de sólo una minoría. En el plan Dekker de los Países Bajos, la regulación gubernamental y pagos de primas suplementarias a los fondos del seguro de salud se utilizan para asegurar que todos los miembros de la población tengan igual acceso a la atención, independientemente del estado de salud.

### 4.4 **El papel del proveedor**

#### 4.4.1 **Privatización**

La privatización de los servicios de salud entraña el uso de las políticas gubernamentales para generar o acelerar un cambio hacia la provisión o financiación por el sector privado (esto último se analizó en la sección 2.3). El sector privado incluye todas las organizaciones e individuos que trabajan fuera del control directo del estado, desde la medicina tradicional en las zonas rurales hasta los servicios de alta tecnología en las grandes ciudades.

Una tendencia notable en años recientes ha sido, en muchos países, la promoción de los proveedores privados para ayudar a compensar las deficiencias en la provisión de servicios de salud gubernamentales. En todas las regiones hay ahora una actividad importante del sector privado; por ejemplo, en Chile y Malasia al sector privado (excluyendo los pagos en efectivo) le corresponde el 44% y el 23%, respectivamente, del gasto total del sector salud, y en la República Islámica del Irán y Sri Lanka, el 37% y el 47%, respectivamente. En la República de Corea, los hospitales privados, como porcentaje del número total de hospitales, aumentaron del 35% al 87% en 12 años (B. Yang, observaciones inéditas, 1990).

Las políticas destinadas a promover el sector privado han sido diversas en formas y objetivos. Pocos países han tratado de vender activos públicos al sector privado, aunque esta política se está considerando para centros de salud rurales en el Pakistán. Más comúnmente, los países han tratado simplemente de fomentar el establecimiento de proveedores privados ofreciendo incentivos fiscales o de otra índole. En términos de objetivos, muchos países se han concentrado en el potencial de atraer recursos adicionales para el sector



salud a través de la privatización, en vez de seguir dichas políticas a fin de promover la eficiencia o como respuesta a las necesidades del consumidor.

La promoción del papel del sector privado con fines de lucro puede tener consecuencias imprevistas y negativas para el sistema de salud. Los problemas de información imperfecta significan que los proveedores pueden determinar qué servicios se proporcionan, independientemente de las necesidades más amplias de salud. En Chile y Malasia, por ejemplo, el sector privado es más activo en la atención curativa que en la preventiva. Esto ocurre, de ordinario, debido a que el mercado privado responde principalmente a la voluntad de pago de los consumidores. En algunas circunstancias, el sector privado puede ofrecer servicios de un nivel clínico inferior pero, en su conjunto, la calidad de alojamiento y otros servicios no clínicos tiende a ser más elevada en el sector privado que en el público. Aunque la teoría económica indicaría que los proveedores privados son técnicamente más eficientes, la tendencia a proporcionar servicios excesivos, junto con precios más elevados, puede significar que un menor número de personas recibe tratamiento adecuado. Las preocupaciones relativas a la equidad también pueden ser importantes, ya que el acceso a la atención privada depende de la capacidad de pago y esto puede conducir al desarrollo de un sistema de atención de salud de «distintos niveles».

En general, la privatización de la provisión de servicios probablemente tenga consecuencias tanto negativas como positivas. Para aprovechar el dinamismo del sector privado de forma que promueva el logro de las metas nacionales de salud, se requiere sin duda una mejor comprensión de la motivación y comportamiento de los proveedores privados.

#### 4.4.2 **Descentralización**

La descentralización es la transferencia de responsabilidad para la planificación, gestión y generación y asignación de recursos del gobierno central y sus agencias a los niveles subnacionales. En el sector salud, ésta se ha considerado como una forma de dar una mayor independencia a los niveles inferiores del sistema de salud para hacer que los proveedores se sientan más responsables de los servicios que prestan.

La descentralización ha sido un tema de gran interés en el mundo tanto en desarrollo como desarrollado. Ha estado acompañada de un fuerte elemento político preocupado tanto con aumentar la participación de la comunidad en la toma de decisiones como de promover la autorresponsabilidad.

En las décadas de 1970 y 1980 se experimentó una renovación del interés en la descentralización, y determinados países de África, Asia y el Pacífico la introdujeron en cierto grado; por ejemplo, Botswana, Papua Nueva Guinea y la República Unida de Tanzania descentralizaron la responsabilidad de la provisión de los servicios de salud al nivel de distrito. Muchos otros países en desarrollo han adoptado una política de descentralización y, en la actualidad, están planificando reformas de descentralización.

Si bien la descentralización ha recibido atención como medio de aumentar la

participación de las comunidades, los efectos de la descentralización de los servicios de salud han sido objeto de relativamente poco análisis crítico. Algunas pruebas empíricas que ahora están apareciendo indican que deberá utilizarse un mayor grado de cautela al estimar las ventajas que pueden derivarse de la descentralización. En México, muchos de los beneficios previstos de la descentralización no se hicieron realidad y el cambio acentuó las disparidades regionales en la distribución de los servicios de salud en vez de reducirlas (64). En algunos países de América Latina, la descentralización ha aumentado la influencia de los grupos dominantes locales en la toma de decisiones y la asignación de recursos (65).

En Papua Nueva Guinea, que ha tenido 13 años de experiencia con la descentralización, el cambio parece meramente haber trasladado las tendencias centralistas a nivel de distrito, en vez de fortalecer el papel de las comunidades en el proceso de toma de decisiones. La descentralización tampoco ha reducido la duplicación ni frenado los costos como se esperaba, ni ha mejorado la equidad en la distribución de los recursos de salud. Ciertamente, en estas dos áreas, los resultados han sido lo opuesto de lo que se pretendía (66).

Por otro lado, un análisis más general de la experiencia de descentralización de los servicios de salud en 10 países indica que han resultado cierto número de beneficios importantes, mayor participación local, equidad y eficiencia (67). En resumen, la evidencia relacionada con el potencial de la descentralización para fortalecer el proceso de toma de decisiones al nivel local y mejorar la capacidad de respuesta de los proveedores son equívocas.

#### 4.4.3 **Organización de proveedores**

Los proveedores se organizan por lo común en órganos profesionales que protegen a sus miembros y buscan apoyo para los intereses de éstos. Dichas organizaciones siempre han sido importantes en configurar algunos aspectos de los sistemas de financiación de la atención de salud. A veces, las decisiones adoptadas por las organizaciones profesionales no redundan en el mejor interés de los consumidores. Por ejemplo, los pagos establecidos por un consejo médico probablemente aumenten el ingreso de los médicos en vez de favorecer los intereses de los consumidores. La decisión final acerca de los niveles de pagos también puede tener consecuencias para el éxito de los planes de seguro. Cuando se introdujo en Filipinas, en 1971, un plan obligatorio de seguro de enfermedad, se decidió que se permitiría a los médicos establecer sus propios precios, pero el fondo de seguro sólo reembolsaría una cantidad absoluta especificada. En 1972, se reembolsaron del 70% al 100% de los costos de hospital, pero para 1982 la cifra reembolsada había descendido a sólo el 48% de la atención primaria y a 15-18% de la atención terciaria, lo que significa que la cobertura del seguro tenía muy poco valor.

A menudo, el poder de los médicos influye en la forma de los sistemas de pago. Se ha sugerido que el excedente de médicos en los Estados Unidos fue uno de los factores que fortaleció la posición de los compradores de servicios de salud y les permitió ser más agresivos en sus negociaciones con los proveedores (68). Una oferta excesiva de médicos probablemente haga que los

grupos de médicos sean menos cohesivos y que determinados médicos estén más dispuestos a aceptar condiciones más estrictas en sus contratos.

#### 4.4.4 **Regulación**

Las iniciativas encaminadas a aumentar la privatización probablemente encuentren graves dificultades, a menos que se dé consideración también al desarrollo de estructuras apropiadas de incentivos y formas de promover la competitividad y asegurar una calidad satisfactoria en el sector privado. Los intentos iniciales por reglamentar el sector privado de forma autoritaria no tuvieron éxito. Por ejemplo, en la República Unida de Tanzania en 1967, una orden del Gobierno de poner fin al ejercicio privado de la profesión tuvo la consecuencia no deseada de desencadenar una rápida emigración de médicos a otros países. Otros intentos encaminados a limitar el ejercicio privado de la profesión y los ingresos de los proveedores mediante leyes no han resultado viables.

En fecha más reciente, los ministerios de salud han buscado métodos menos proscriptivos y más participativos de regular a los proveedores del sector privado. En la República Islámica del Irán, el Ministerio de Salud establece los precios de los servicios, mientras que, en Hungría, los precios para los sectores público y privado han sido homologados de acuerdo con las nuevas disposiciones sobre el seguro. En Zimbabwe, los sueldos de las enfermeras se establecen mediante negociación entre el Gobierno y la asociación profesional y, en la República Unida de Tanzania, las nuevas instalaciones del sector privado han de ser licenciadas por el Ministerio de Salud, que considera el lugar de la instalación antes de emitir una licencia. Las asociaciones profesionales han participado ampliamente en la vigilancia de las normas de atención en Nigeria, la República Islámica del Irán, Sri Lanka, Zimbabwe y otros países.

#### 4.5 **El papel del gobierno**

El cambio en el papel del gobierno es uno de los aspectos más evidentes de los cambios generales que han tenido lugar en la financiación de la atención de salud. El gobierno ha reducido su papel como financiador de servicios en muchos países (véase la sección 2.2) bien por necesidad económica o por convicción política. Un papel reducido para la financiación gubernamental destaca en particular en los países que experimentan una transición política de un sistema económico y político centralizado a uno más abierto, tal como ocurre en varios países de la Europa Central y del Este, donde el seguro social basado en el gobierno está siendo sustituido por arreglos privados. En general, no obstante, los gobiernos siguen comprometidos a proporcionar fondos sustanciales al sector de la atención de salud, pero la crisis macroeconómica ha limitado su capacidad para cumplir este compromiso (69). En esta situación, cuando los recursos escasean, las responsabilidades básicas del gobierno, tales como la protección de las personas más vulnerables y la financiación de los bienes públicos (véase la sección 1.3), deben recibir prioridad. El papel del gobierno en la provisión de los servicios también puede verse merchado debido a una mayor privatización (véase la sección 4.4). Sin embargo, en algunos casos, el papel del gobierno cambia de proveedor a comprador, es

decir, el gobierno mantiene responsabilidad económica de ciertos segmentos de la población pero contrata a terceros la provisión de servicios (véase la sección 4.3).

Los papeles del gobierno también pueden ser indirectos. Tal como se indica en la Figura 1 (página 7), el estado ocupa un papel central en términos de la regulación, incluidas la formulación de la política y la provisión de información. En primer lugar, en calidad de formulador de política, el gobierno sigue siendo el principal actor en el mercado de la salud y el único agente que puede establecer subsidios, impuestos o disposiciones legales. Sin embargo, en muchos países, las decisiones del gobierno se están sometiendo a un creciente debate político y a la acción de las fuerzas económicas. Como regulador, se ha visto que la acción del gobierno fortalece la posición de los consumidores y compradores y, en algunos casos, de los proveedores. El gobierno puede introducir regulación actuando en calidad de comprador o al margen de la relación de comprador/proveedor. También se utilizan mecanismos reguladores para efectuar cambios en los mecanismos de pago, por ejemplo, influyendo en los incentivos ofrecidos a los proveedores mediante el establecimiento de tarifas o topes al gasto total para los proveedores. Finalmente, el gobierno puede desempeñar un papel clave en la divulgación de información a todos los actores en el sistema de atención de salud y, por tanto, en el mejoramiento de la operación del mercado.

El papel del gobierno en la financiación y la provisión de servicios se ha debatido ampliamente en otros lugares de este informe; esta sección, por tanto, se concentra en las áreas de formulación de política, regulación e información. A medida que el mercado de la atención de salud se hace más abierto, existe un mayor número de opciones de proveedores y se requiere más información para adoptar decisiones apropiadas acerca de la utilización de los servicios de atención de salud. El papel del gobierno en la coordinación y regulación probablemente sea vital para el éxito del sector de la atención de salud en su conjunto.

#### 4.5.1 *El gobierno como formulador de política*

Independientemente de los cambios en la financiación de la atención de salud, el gobierno sigue siendo responsable de establecer las prioridades nacionales de salud y de determinar los medios mediante los cuales pueden alcanzarse los objetivos nacionales de salud. Una mayor apertura en el sector de la atención de salud complica considerablemente esta tarea: no sólo puede ser más difícil de ejecutar la política debido a que hay que tomar en cuenta el papel de las entidades no gubernamentales en la financiación y provisión de servicios de salud, sino que la propia formulación de la política quizás esté sujeta a una gama más amplia de influencias. Los compradores, consumidores y proveedores de atención pueden expresar abiertamente sus creencias acerca de los acontecimientos futuros en el sector de la atención de salud. Los ministerios de salud podrían necesitar desarrollar mecanismos especiales para facilitar los intercambios entre dichos organismos y el gobierno en relación con las cuestiones de política.

Entre los problemas específicos de política que presentan los cambios en la financiación figura la necesidad de coordinar y racionalizar los papeles de diferentes actores en el sistema de atención de salud. En el recuadro 9 se describen algunas de las medidas que está adoptando el Gobierno de Túnez en esta esfera.

Recuadro 9

### **Túnez: el papel del Gobierno**

Túnez está en vías de reformar su financiación de la atención de salud. El Gobierno, en particular el Ministerio de Salud, participa en cierto número de aspectos de este cambio:

#### **Financiación**

La evolución del presupuesto del Ministerio no permite al sector público atender la creciente demanda de servicios de salud, y los recursos públicos están experimentando una merma en términos reales debido a la inflación y a la devaluación de la moneda nacional.

#### **Provisión**

El sector público es el principal proveedor de servicios de salud, especialmente en lo que respecta a la atención preventiva y hospitalaria, y desempeña un importante papel en mejorar el acceso de la atención a las personas que viven en las zonas rurales y zonas deficientemente servidas.

#### **Protección de los pobres**

El Ministerio, mediante ayuda médica «gratuita», proporciona cobertura a la mitad, aproximadamente, de la población y soporta un 47% del gasto total en salud. De acuerdo con los criterios establecidos, las familias que tienen genuinamente derecho a recibir ayuda médica «gratuita» representan sólo una tercera parte de la población. Parece que algunos sectores (por ejemplo, sector privado, fondos del seguro social, pagos directos), están explotando al sector público y, por tanto, reduciendo el acceso a la atención de salud para los grupos más pobres de la población.

Se revisarán los criterios de calificación para la ayuda médica «gratuita». Sólo las familias más pobres estarán exentas de efectuar pagos. El Ministerio de Salud establecerá coordinación con el Ministerio de Asuntos Sociales para perfeccionar los criterios e identificar a las familias que están genuinamente habilitadas para recibir ayuda médica «gratuita».

#### **Formulación de política y racionalización**

En la actualidad, el 40% de la utilización de los servicios públicos la efectúan pacientes amparados por la seguridad social. Sin embargo, la suma global abonada por el fondo de seguridad social al Tesoro para sufragar estos servicios no asciende a más del 15% del presupuesto. Además, las instalaciones de salud establecidas por el sistema de seguridad social han conducido a una duplicación de inversiones. El Gobierno está tratando en la actualidad de racionalizar estos arreglos.



### **Regulación**

Existe un sector privado activo en Túnez, en particular en el área de productos farmacéuticos. El 50% del gasto familiar en salud se destina a la compra de medicamentos de farmacias privadas. Esto guarda relación con la reciente expansión del sector farmacéutico privado. El Gobierno participa ahora en la preparación de un «mapa de salud» de todos los recursos de salud en el país. Este mapa se utilizará para contribuir a regular las futuras inversiones.

#### **4.5.2 El gobierno como regulador**

Los cambios que se están efectuando en el sector salud requieren ciertamente una posición más fuerte para el gobierno como agente regulador. Tal como se indicó anteriormente en este informe, el mercado de servicios de salud dista mucho de ser un mercado perfecto; en consecuencia, a medida que un mayor número de productores privados entran en el mercado, hay una necesidad aun mayor de regulaciones destinadas a influir al sector privado para que éste se comporte acorde con el interés de las metas nacionales de salud. La regulación es una forma mediante la cual el gobierno trata de ejercer influencia sobre el sector privado, por ejemplo, mediante lo siguiente:

- Control de los precios: por ejemplo, las tarifas de los médicos privados pueden convenirse nacionalmente. Esto puede ser importante para evitar pagos excesivos de aquellos que son vulnerables a explotación y con miras a limitar las utilidades del sector privado.
- Control de la cantidad y la distribución: por ejemplo, promoviendo la provisión de servicios en zonas deficientemente servidas, exigiendo mecanismos de pago que disuadan una oferta excesiva o controlando las decisiones de inversión del sector privado.
- Control de la calidad: por ejemplo, mejorando el licenciamiento e inspección del personal y las instalaciones.

Lamentablemente, los cambios en las regulaciones se dan por lo común después de que han ocurrido cambios en la financiación y que se han puesto de manifiesto problemas conexos. Es importante que los cambios en el sistema de financiación vayan acompañados de una regulación apropiada. La regulación impone una carga considerable de recopilación de información y ejecución sobre el gobierno aunque otros actores, tales como las organizaciones profesionales y los compradores de la atención de salud (por ejemplo, las compañías de seguro), también pueden desempeñar un importante papel complementario. Los países en los que ha cambiado el papel del gobierno y están ahora en proceso de diseñar e implantar esquemas reguladores han indicado que necesita fortalecerse la autoridad económica y jurídica de los ministerios de salud a fin de que éstos tengan éxito en su tarea.

#### **4.5.3 El gobierno como una fuente de información**

El papel del gobierno como fuente de información es un requisito previo para las funciones de regulación y de política. Para que el gobierno realce su papel

regulador, necesita obtener acceso a información exacta. El conocimiento del comportamiento de los proveedores privados y los factores que lo rigen es necesario para diseñar e implantar un sistema de regulación. Al propio tiempo, la información sobre las propias determinantes de la producción del gobierno es un elemento importante en el diseño e implantación de los sistemas de atención de salud. Problemas considerables de información dificultan la operación adecuada del mercado de atención de salud: al proporcionar elementos clave de información a los actores que participan en el sistema de atención de salud, el gobierno puede aumentar la eficiencia y equidad de la operación del sector salud.

Lamentablemente, éste es un campo en el que queda mucho trabajo por hacer; debe recopilarse y analizarse información adicional en las áreas de la estructura de costos, la calidad y gama de servicios y la naturaleza de la interacción entre los sectores público y privado.

#### 4.6 Conclusiones

Han ocurrido cambios espectaculares en los papeles de los distintos agentes que actúan en el sistema de atención de salud. A veces, estos cambios emanan directamente de cambios en la financiación de la atención de salud; por ejemplo, la mayor visibilidad dada a los compradores es un resultado directo de reformas de financiación destinadas a dividir las funciones de proveedor y comprador. Otros cambios, tales como la descentralización, tienen una razón fundamental propia y complementan los cambios que están en marcha en la financiación de la atención de salud.

Las reformas actuales en la financiación de la atención de salud reconocen a menudo la necesidad de que los consumidores expresen sus preferencias acerca de los servicios de atención de salud, pero, debido a problemas de información imperfecta, no está claro en qué grado las opciones que tiene el consumidor pueden promover la competencia entre los proveedores e influir positivamente en la calidad de la atención proporcionada. El costo mental de la toma de decisiones, en especial para un producto como la atención de salud en el que la decisión puede ser literalmente una cuestión de vida o muerte, es considerable. No puede esperarse siempre que los consumidores adquieran toda la información requerida para adoptar la mejor decisión, ni es probable que acepten gustosamente demasiada responsabilidad en el proceso de toma de decisiones.

Sin embargo, los datos disponibles limitados dificultan el hacer generalizaciones. En áreas en las que los consumidores tienen experiencia sustancial con el sistema de atención de salud, por ejemplo en los servicios de rutina del nivel primario de atención, probablemente estén más dispuestos a ejercer un juicio independiente. Hay necesidad de definir más claramente las áreas en las que los consumidores pueden convertirse en agentes eficaces y aquellas en las que el gobierno debería adoptar una mayor responsabilidad.

Sería útil disponer de datos empíricos adicionales acerca del comportamiento de los consumidores, en especial en los países en desarrollo. ¿De qué forma efectúan los consumidores la selección entre diferentes proveedores de aten-

ción de salud? ¿Cuál es el grado de información que disponen los consumidores acerca de los precios y calidad de la atención ofrecida? Muchos países en desarrollo están decidiendo en la actualidad cómo regular un sector privado de atención de salud que ya es extenso y que está aún creciendo con rapidez. Un elemento esencial en esta decisión debe ser el de determinar en qué lugar del sistema de atención de salud son más vulnerables los consumidores.

En los casos en que el consumidor individual falle en adoptar decisiones racionales y fundamentadas acerca de la búsqueda de atención de salud, el comprador institucional puede ser más eficaz. Si bien la mayoría de las reformas del mercado controlado han tenido lugar en los países industrializados, éstas pueden brindar lecciones valiosas para el mundo en desarrollo, en particular en los países en los que se están estableciendo esquemas de seguro social de enfermedad.

Muchas de las reformas en la financiación de la atención de salud han tratado de aumentar la autonomía de los proveedores, con la mira de promover a su vez una mayor responsabilidad y estimular a los proveedores a responder más a los incentivos emanados de las opciones de los consumidores y los mercados controlados.

Muchos de los cambios analizados en esta sección son relativamente nuevos y existe poca información para efectuar una evaluación. Sin embargo, es importante que estos cambios en los papeles de los distintos actores que participan en el sistema de atención de salud sean vistos como parte integral de las reformas de financiación de la salud y sean evaluados conforme a la misma serie de criterios. Los gobiernos, al adoptar un punto de vista integral acerca del sector de la atención de salud y tratar de coordinar y racionalizar el comportamiento de los distintos actores, tienen una responsabilidad importante a este respecto.

## 5. **Conclusiones y recomendaciones**

### 5.1 **Conclusiones**

En este informe se han examinado la gran variedad y complejidad de los cambios hechos en la financiación de la atención de salud en todo el mundo. Se han puesto de manifiesto algunas tendencias comunes en estas reformas: al igual que en otros sectores de la economía, ha habido una liberalización, un mayor uso de las fuentes no gubernamentales de financiación y un mayor hincapié en los mecanismos e incentivos del mercado para contribuir a estructurar la operación del sector salud. A su vez, estos cambios tienen repercusiones radicales para los papeles de todos los agentes que actúan en el sector de la atención de salud.

Aunque las tendencias son evidentes, la forma exacta de los cambios acaecidos en la financiación de la atención de salud ha variado de acuerdo con la estructura del sistema de salud existente y la viabilidad política del cambio en este sistema en diferentes países. Algunos gobiernos han considerado que los pagos de los usuarios son la fuente más prometedora de fondos adicionales, mientras que otros han recurrido principalmente al seguro de salud. Si bien

algunos países han experimentado una rápida privatización, otros han preferido utilizar los mecanismos del mercado para tratar de promover una mayor eficiencia en el sector público. En realidad, no existe una opción simple entre los posibles cambios en la financiación de la salud. Las reformas pueden complementarse mutuamente o pueden tener un efecto negativo las unas sobre las otras. Por lo general, los sistemas de atención de salud son pluralistas; coexisten cierto número de fuentes diferentes de financiación, mecanismos de pago y compradores y proveedores. El reto que afronta el gobierno es el de cómo administrar y coordinar estas diversas estructuras a fin de lograr armonía en el sistema en su conjunto.

Los países deberán reconocer que se dispone de una amplia gama de instrumentos de política para mejorar la financiación y organización de los sistemas de salud, cada uno de los cuales tendrá probablemente algunas consecuencias buenas y algunas consecuencias malas en términos de los criterios individuales enumerados en el Cuadro 1 (página 8). Es esencial una definición cuidadosa de los objetivos de políticas antes de adoptar decisiones acerca de los cambios apropiados en la financiación. Entonces, pueden formularse y evaluarse opciones alternativas específicas de política a la luz de la importancia otorgada a los criterios individuales de política de salud.

Muchos de los cambios en la financiación de la atención de salud analizados en este informe subrayan el papel del mercado y los organismos no gubernamentales en el sector de la atención de salud. Sin embargo, es importante no perder de vista el papel esencial del gobierno. Tal como se indicó en la sección 4.5, el papel del gobierno en la formulación de política, la regulación y la recopilación y la divulgación de información es ahora más vital que nunca. El gobierno también es esencial para la financiación de bienes públicos tal como el control de vectores, el abastecimiento de agua y la lucha contra las enfermedades infecciosas. Dichas funciones no se cumplirán sin una participación activa del gobierno; en el entusiasmo por los nuevos arreglos orientados al mercado es importante no perder de vista estos papeles fundamentales.

Cada una de las secciones de este informe presenta vías para futura investigación y evaluación de política. Como denominador común de todas las categorías de fuentes de financiación, el pago de los proveedores y el comportamiento de todos los actores en el campo de la atención de salud tenemos la cuestión de cómo estos elementos interactúan en el contexto de los mercados y las organizaciones gubernamentales. ¿Cómo funcionan los mercados privados y en qué aspectos fallan? ¿Cómo reaccionan y responden a los instrumentos de política del gobierno? ¿Qué hacen los distintos tipos de regulación y cómo pueden utilizarse para mejorar el desempeño del sector? ¿Cómo puede fortalecerse óptimamente el papel de los consumidores para ayudar a satisfacer las necesidades de salud de los individuos y las comunidades? Estas preguntas necesitan respuesta bien se propugne o no por la privatización deliberada. Ciertamente, si se propugna por ella, las consecuencias han de examinarse cuidadosamente. Incluso si no se propugna por ella, el efecto de las actividades del sector puramente público lo determina en parte la reacción del sector privado. Se conoce poco acerca de cómo funcionan los mercados de la salud, pero la información analítica sobre el funcionamiento del merca-

do es uno de los elementos clave que deberían considerarse en las reformas de la política de salud.

## 5.2 **Recomendaciones**

### 5.2.1 **Recomendaciones a los países**

1. A la luz de circunstancias económicas cambiantes y de la posible necesidad de reformas de políticas, los gobiernos deberán mejorar su información acerca de los patrones existentes de financiación de la salud y los costos en los sectores gubernamental y no gubernamental, y las tendencias generales en la provisión de los servicios de salud en relación con los indicadores y objetivos de salud.
2. Los gobiernos deberán evaluar los cambios de política recientes y planificados en la financiación de los servicios de salud y documentar los resultados, utilizando los criterios estipulados en este informe.
3. Los gobiernos deberán analizar las experiencias de otros países en la financiación de la atención de salud, incluso aquellos que tienen circunstancias diferentes, ya que pueden contener lecciones valiosas para la formulación de una política y su ejecución.
4. Puesto que la experiencia generalizable sobre el efecto para la salud de los cambios en la financiación es limitada, los gobiernos deberán introducir el cambio incrementalmente y en pequeña escala, y evitar compromisos irreversibles. Una evaluación cuidadosa del impacto de los cambios utilizando los criterios identificados en este informe deberá preceder a toda decisión destinada a ampliar la escala de las innovaciones.

### 5.2.2 **Recomendaciones a la OMS y otros organismos internacionales que se ocupan de la salud**

1. La OMS y otros organismos deberán apoyar la realización de cambios en la financiación concebidos para promover la salud para todos.
2. La OMS y otros organismos deberán considerar la divulgación de pautas metodológicas para la evaluación prospectiva y retrospectiva de cambios de política en la financiación de la salud, concentrándose en los criterios enumerados en este informe.
3. La OMS y otros organismos deberán apoyar el desarrollo de nuevos mecanismos para la valoración y la evaluación de los cambios en la financiación, cuando proceda, y la capacitación en su uso.
4. La OMS y otros organismos deberán promover y apoyar la investigación en países específicos sobre cuestiones de común interés en las que existe poca información empírica sobre cómo los cambios en la financiación inciden en la eficiencia, la equidad y el estado de salud.
5. La OMS y otros organismos deberán promover el proceso de compartir experiencias en la financiación de los servicios de salud entre los países y regiones, por ejemplo, organizando reuniones, facilitando visitas de inter-



cambio, proporcionando una central para el intercambio de información y poniendo en circulación publicaciones apropiadas.

## Nota de agradecimiento

El Grupo de Estudio reconoce los valiosos aportes hechos a su trabajo por el Dr. A. Amini, Asesor Regional sobre Apoyo al Sistema de Salud, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Alejandría, Egipto; el Dr. R. Andreano, Profesor de Economía, Universidad de Wisconsin, Madison, Wisconsin, EE.UU.; el Dr. A. Y. Angaté, Director, Programa de Economía de la Salud, Oficina Regional de la OMS para África, Brazzaville, Congo; el Dr. C. M. Chonguiça, Director, Departamento de Productos Farmacéuticos, Ministerio de Salud, Maputo, Mozambique; el Profesor E. Lambo, Economista de la Salud, Unidad de Salud para Todos, Oficina Regional de la OMS para África, Brazzaville, Congo; el Dr. M. Pinto de la Piedra, Asesor Regional en Economía de la Salud, Oficina Regional de la OMS para las Américas/Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, DC, EE.UU.; el Dr. J. Roberts, Economista de la Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, Dinamarca; el Dr. B. Sabri, Asesor Regional en el Proceso Gerencial para el Fomento Nacional de la Salud, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Alejandría, Egipto; la Sra. R. Santoyo-Vistraín, Asesora Académica, Centro Interamericano para Estudios de la Seguridad Social, Ciudad de México, México; y el Dr. S. E. Temgoua, Asesor Técnico, Ministerio de Salud Pública, Yaoundé, Camerún.

## Referencias<sup>1</sup>

1. *La financiación de los servicios de salud*. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 625).
2. March E., P., Abel-Smith B. *Planificación de las finanzas en el sector de la salud. Un manual para los países en desarrollo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1983.
3. *Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988.
4. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston, Harvard University Press, 1973.
5. Akin J. S., Birdsall N., de Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform. A World Bank policy study*. Washington, DC, Banco Mundial, 1987.
6. Wagstaff A., van Doorslaer E., Paci P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford review of economic policy*, 1989, 5(1): 89-112.

---

<sup>1</sup> Pueden obtenerse documentos de discusión, documentos de trabajo y documentos inéditos del Banco Mundial solicitándolos a: World Bank, 1818 H. Street, NW, Washington, DC 20433, EUA.

7. Meesook O., Chernichovsky D. Utilization of health services in Indonesia. *Social science and medicine*, 1986, **23(6)**: 611-620.
8. Van de Walle D. *The distribution of the benefits from social services in Indonesia 1978-1987*. Washington, DC, Banco Mundial, 1992 (documento inédito).
9. Meerman J. *Public expenditure in Malaysia*. Nueva York, Oxford University Press, 1979.
10. Hammer J. S., Nahi I., Cercone J. *Distributional consequences of social sector expenditure in Malaysia*. Washington, DC, Banco Mundial, 1992 (documento inédito).
11. Griffin C. *Health sector financing in Asia*. Washington, DC, Banco Mundial, 1990 (documento de debate del Banco Mundial).
12. Pinto de la Piedra M., Rosenthal G. *Country case descriptions: AID experience in health care financing*. Arlington, VA, REACH (Resources for Child Health), 1989.
13. McPake B., Hanson K., Mills A. *LHHTM/ODA evaluation of the Bamako Initiative: background paper*. Londres, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 1991 (puede obtenerse solicitándolo a London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Inglaterra).
14. Monekosso G. L. *The Bamako Initiative: community self-financing of primary health care through the supply and cost recovery of basic essential drugs - some guiding principles*. Brazzaville, Organización Mundial de la Salud, 1989 (documento inédito; puede obtenerse solicitándolo a WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, Congo).
15. Viveros-Long A. Changes in health financing: the Chilean experience. *Social science and medicine*, 1986, **22(3)**: 379-385.
16. Tollman S. et al. Health maintenance organisations in developing countries: what can we expect? *Health policy and planning*, 1990, **5(2)**: 148-160.
17. Creese A. L. *User charges for health care: a review of recent experience*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (documento inédito WHO/SHS/CC/90.1; puede obtenerse solicitándolo a la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
18. Myers C. N., Mongkolmai D., Causino N. *Financing health services and medical care in Thailand*. Bangkok, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 1985 (documento inédito; puede obtenerse solicitándolo a USAID, 21st and Virginia Avenue, NW, Washington, DC 20523, EUA).
19. Parker D., Knippenberg R. *Community cost-sharing and participation: a review of the issues*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1991 (Serie de Informes Técnicos Iniciativa de Bamako, No. 9).
20. Berman P., Dave P. Experiences in paying for health care in India's voluntary sector. En: Dave P., ed. *A report on the national workshop on health financing in the voluntary sector*. Nueva Delhi, Ford Foundation, 1990: 55-76.
21. Yoder R. A. Are people willing and able to pay for health services? *Social science and medicine*, 1989, **29(1)**: 35-42.
22. Bennet S. C. The impact of the increase in user fees. *Lesotho epidemiological bulletin*, 1989, **4(3)**: 29-37.

23. Byrne D. J., Gertler P. J. *An analysis of the impact of user fees on outpatient utilization in Lesotho*. Washington, DC, Banco Mundial, 1990 (documento inédito).
24. Alderman H., Gertler P. *Substitutability of public and private health care for the treatment of children in Pakistan*. Washington, DC, Banco Mundial, 1989 (Documento de Trabajo LSMS, No. 57).
25. Jiménez E. *Pricing policy in the social sectors: cost recovery for education and health in developing countries*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1987.
26. Abu-Zeid H. A. H., Dann W. M. Health services utilization and cost in Ismailia, Egypt. *Social science and medicine*, 1985, 21(4): 451-461.
27. Akin J. S. et al. *The demand for primary health care in the Third World*. Totowa, NJ, Rowman & Allanheld, 1986.
28. Gertler P., Van der Gaag J. *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. Baltimore, Johns Hopkins University Press para el Banco Mundial, 1990.
29. Waddington C., Enyimayew K. A. A price to pay: the impact of user charges in Ashanti Akim district, Ghana. *International journal of health planning and management*, 1989, 4: 17-47.
30. Waddington C., Enyimayew K. A. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *International journal of health planning and management*, 1990, 5: 287-312.
31. Klein R. Private practice and public policy. En: McLachlan G., Maynard A., eds. *The public/private mix for health: the relevance and effects of change*. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982: 95-128.
32. Chandra J., Kakabadse A., eds. *Privatisation and the National Health Service: the scope for collaboration*. Brookfield, VT, Gower Publishing Company, 1985.
33. Kanji N. Charging for drugs in Africa: UNICEF's Bamako Initiative. *Health policy and planning*, 1989, 4(2): 110-120.
34. Baum B. H., Stenski T. Thailand: current public health perspectives. *International journal of health planning and management*, 1989, 4: 117-124.
35. Mulou N., Thomason J., Edwards K. The rise of private practice: a growing disquiet with public services? *Papua New Guinea medical journal*, en prensa.
36. Ron A., Abel-Smith B., Tamburi G. *Health insurance in developing countries: the social security approach*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1990.
37. Mesa-Lago C. Comparative study of the development of social security in Latin America. *International social security review*, 1986, 2: 127-151.
38. Nkanagu T. African experience in sickness insurance and health protection under social security. *International social security review*, 1985, 2: 119-140.
39. Vogel R. J. An analysis of three national health insurance proposals in sub-Saharan Africa. *International journal of health planning and management*, 1990, 5: 217-285.
40. McGreevey W. P. Los altos costos de la atención de salud en el Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1987: 599-619.

41. *Development cooperation in the 1990s*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1989.
42. de Ferranti D. El pago por servicios de salud en los países en desarrollo: un enfoque realista. *Foro Mundial de la Salud*, 1985, 6: 115-122.
43. Fiedler J. L. Organisational development and privatisation: a Bolivian success story. *International journal of health planning and management*, 1990, 5:167-186.
44. Abe M. A. Japan's clinic physicians and their behaviour. *Social science and medicine*, 1985, 20(4): 335-340.
45. Evans R. G. Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. En: Perlman M., ed. *The economics of health and medical care*. Londres, Macmillan, 1974: 162-173.
46. McPherson A. et al. Regional variations in the use of common surgical procedures: within and between England and Wales, Canada and the USA. *Social science and medicine*, 1981, 15A: 273-288.
47. Barros F. C., Vaughan J. P., Victora C. Why so many Caesarian sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health policy and planning*, 1986, 1(1): 19-29.
48. Uplekar M. *Implications of prescribing patterns of private doctors in the treatment of tuberculosis in Bombay, India*. Cambridge, MA, Harvard University, 1989 (documento de investigación inédito, N° 41, Programa Takemi de Salud Internacional; puede obtenerse solicitándolo a Harvard University, Cambridge, MA, EUA).
49. Uplekar M. *Private doctors and public health: the case of leprosy in Bombay, India*. Cambridge, MA, Harvard University, 1989 (documento de investigación inédito, N° 40, Programa Takemi de Salud Internacional; puede obtenerse solicitándolo a Harvard University, Cambridge, MA, EUA).
50. *Organization and financing of health care reform in countries of central and eastern Europe. Report of a meeting held at the World Health Organization, Geneva, 22-26 April 1991*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (documento inédito WHO/DGO/91.1; puede obtenerse solicitándolo a Despacho del Director General, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
51. MacPake B. et al. *DANIDA/ODA/LSHTM evaluation of the Bamako Initiative: Uganda country case study*. Londres, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 1991 (documento inédito; puede obtenerse solicitándolo a London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Inglaterra).
52. Enthoven A. C. What can Europeans learn from Americans? En: *Health care systems in transition: the search for efficiency*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1990: 57-71 (Estudios de Política Social de la OCDE, N° 7).
53. Saltman R. B., Von Otter C. Revitalising public health care systems: a proposal for public competition in Sweden. *Health policy*, 1987, 7: 21-40.
54. Saltman R. B., Von Otter C. Public competition versus mixed markets: an analytic comparison. *Health policy*, 1989, 11: 43-55.

55. Bekele A., Lewis M. A. Financing health care in the Sudan: some recent experiences in the central region. *International journal of health planning and management*, 1986, 1: 111-127.
56. United Kingdom Department of Health. *Working for patients*. Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1989.
57. Abel-Smith B., Dua A. Community financing in developing countries: the potential for the health sector. *Health policy and planning*, 1988, 3(2): 95-108.
58. Hibbard J. H., Weeks E. C. Consumerism in health care. Prevalence and predictors. *Medical care*, 1987, 25:1019-1032.
59. Charny M. et al. Britain's new market model of general practice: do consumers know enough to make it work? *Health policy*, 1990, 14: 243-252.
60. van Doorslaer E. *Health knowledge and the demand for medical care: an econometric analysis*. Maastrich, Van Goscum, 1987.
61. Mwabu G. M. Health care decisions at the household level: results of a rural health survey in Kenya. *Social science and medicine*, 1986, 22(3): 315-319.
62. Moens F. Design, implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a prepaid health plan in the Bwamanda health zone, Zaire. *Social science and medicine*, 1990, 30(12): 1319-1327.
63. Keeler E. B. et al. *The demand for episodes of medical treatment in the Health Insurance Experiment*. Santa Mónica, Rand Corporation, 1988.
64. Gonzales-Block M. et al. Health service decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy. *Health policy and planning*, 1989, 4(4): 301-315.
65. Collins C. Decentralization and the need for political and critical analysis. *Health policy and planning*, 1989, 4(2): 168-171.
66. Thomason J., Newbrander W., Kohlenmainen-Aitken R. L. *Decentralization in a developing country: the experience of Papua New Guinea and its health service*. Canberra, Australian National University Press, 1991.
67. Mills A. et al. *Descentralización de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990.
68. Havighurst C. C. The changing locus of decision making in the health care sector. *Journal of health politics, policy and law*, 1986, 11: 697-735.
69. Pinto de la Piedra M. *The social component of the economic adjustment in Latin America*. Washington, DC, Economic Development Institute, 1988 (documento inédito del Banco Mundial).



## Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos

*Informes recientes:*

N°		Fr. s.*
762	(1988) <b>Formación y adiestramiento en salud ocupacional</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (54 páginas)	6,-
763	(1988) <b>Evaluación de ciertos residuos de fármacos de uso veterinario en los alimentos</b> 32° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (44 páginas)	6,-
764	(1988) <b>Fiebre reumática y cardiopatía reumática</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (64 páginas)	8,-
765	(1988) <b>Fomento de la salud en las poblaciones trabajadoras</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (56 páginas)	8,-
766	(1988) <b>Fortalecimiento de los ministerios de salud para el fomento de la atención primaria</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (128 páginas)	12,-
767	(1988) <b>Lucha contra vectores y plagas urbanas</b> 11° informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (88 páginas)	9,-
768	(1988) <b>Comité de Expertos de la OMS en Lepra</b> Sexto informe (60 páginas)	8,-
769	(1988) <b>Aprender juntos a trabajar juntos por la salud</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre Educación Multiprofesional del Personal de Salud: el Criterio de Equipo (84 páginas)	9,-
770	(1988) <b>Uso de medicamentos esenciales</b> Tercer informe del Comité de Expertos de la OMS (72 páginas)	8,-
771	(1988) <b>Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos</b> 38° informe (225 páginas)	26,-
772	(1988) <b>Tecnología de diagnóstico apropiada en el manejo de las enfermedades cardiovasculares</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (42 páginas)	6,-
773	(1988) <b>Lucha contra el uso del tabaco sin humo</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (89 páginas)	11,-
774	(1988) <b>Control de la salmonelosis: importancia de la higiene veterinaria y de los productos de origen animal</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (94 páginas)	11,-
775	(1989) <b>Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia</b> 25° informe (56 páginas)	6,-
776	(1989) <b>Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos</b> 33° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (68 páginas)	8,-
777	(1989) <b>Epidemiología de las enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo</b> Décimo informe del Comité Mixto OIT/OMS de Higiene del Trabajo (79 páginas)	9,-
778	(1989) <b>Directrices sanitarias sobre el uso de aguas residuales en agricultura y acuicultura</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (90 páginas)	9,-
779	(1989) <b>La salud de las personas de edad</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (108 páginas)	12,-
780	(1989) <b>Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (52 páginas)	6,-

\* Para los países en desarrollo se aplicarán precios equivalentes al 70% de los que figuran en esta lista.

781	(1989) <b>Nuevos enfoques para mejorar la seguridad vial</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (70 páginas)	8,-
782	(1989) <b>Vigilancia y evaluación de la salud bucodental</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (82 páginas)	9,-
783	(1989) <b>Gestión de recursos humanos para la salud</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (68 páginas)	8,-
784	(1989) <b>Uso de antígenos sintéticos para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (82 páginas)	9,-
785	(1989) <b>Métodos de vigilancia sanitaria y de gestión para manipuladores de alimentos</b> Informe de una Reunión de Consulta de la OMS (56 páginas)	6,-
786	(1989) <b>Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos</b> 39° informe (193 páginas)	22,-
787	(1989) <b>Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia</b> 26° informe (34 páginas)	4,-
788	(1989) <b>Evaluación de ciertos residuos de fármacos de uso veterinario en los alimentos</b> 34° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (70 páginas)	9,-
789	(1990) <b>Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos</b> 35° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (48 páginas)	6,-
790	(1990) <b>Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas</b> 31° informe (84 páginas)	9,-
791	(1990) <b>Equipo para la aplicación de plaguicidas en la lucha antivectorial</b> 12° informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (61 páginas)	8,-
792	(1990) <b>Prevención en la niñez y en la juventud de las enfermedades cardiovasculares del adulto: es el momento de actuar</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (114 páginas)	12,-
793	(1990) <b>Lucha contra las leishmaniasis</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (177 páginas)	18,-
794	(1990) <b>Elementos esenciales de la formación de personal de salud bucodental: ¿cambio o deterioro?</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (46 páginas)	6,-
795	(1990) <b>Elección apropiada de técnicas de diagnóstico por imagen en la práctica clínica</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (145 páginas)	16,-
796	(1990) <b>Uso de medicamentos esenciales</b> Cuarto informe del Comité de Expertos de la OMS (59 páginas)	8,-
797	(1990) <b>Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (228 páginas)	26,-
798	(1990) <b>Química y especificaciones de los plaguicidas</b> 13° informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (83 páginas)	9,-
799	(1990) <b>Evaluación de ciertos residuos de fármacos de uso veterinario en los alimentos</b> 36° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (70 páginas)	9,-
800	(1990) <b>Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos</b> 40° informe (235 páginas)	26,-
801	(1990) <b>Desarrollo coordinado de recursos sanitarios y humanos</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (56 páginas)	8,-
802	(1990) <b>La función de la investigación y de los sistemas de información en la adopción de decisiones relativas al desarrollo de recursos humanos para la salud</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (57 páginas)	8,-
803	(1990) <b>Sistemas de educación continua: prioridad al personal de salud de distrito</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (55 páginas)	8,-
804	(1990) <b>Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (82 páginas)	9,-

805	(1990) <b>Quimioterapia práctica del paludismo</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (152 páginas)	16,-
806	(1991) <b>Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos</b> 37° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (viii + 49 páginas)	10,-
807	(1991) <b>Salud ambiental en el desarrollo urbano</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (vi + 70 páginas)	11,-
808	(1991) <b>Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia</b> 27° informe (vi + 19 páginas)	6,-
809	(1991) <b>La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (vi + 59 páginas)	10,-
810	(1991) <b>Atención a los pacientes con enfermedades de transmisión sexual</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (viii + 113 páginas)	14,-
811	(1991) <b>Control de la enfermedad de Chagas</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (vi + 102 páginas)	14,-
812	(1991) <b>Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (vi + 78 páginas)	10,-
813	(1991) <b>Empleo inocuo de plaguicidas</b> 14° informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (iv + 29 páginas)	6,-
814	(1991) <b>Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos</b> 41° informe (vi + 78 páginas)	11,-
815	(1991) <b>Evaluación de ciertos residuos de fármacos de uso veterinario en los alimentos</b> 38° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (vi + 67 páginas)	9,-
816	(1992) <b>Enfermedades reumáticas</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (viii + 63 páginas)	10,-
817	(1992) <b>Anticonceptivos orales y neoplasia</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (vi + 48 páginas)	9,-
818	(1992) <b>Resistencia de vectores de enfermedades a los plaguicidas</b> 15° informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (vi + 63 páginas)	10,-
819	(1992) <b>El hospital en distritos rurales y urbanos</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre la Función de los Hospitales en el Primer Nivel de Envío de Casos (viii + 77 páginas)	12,-
820	(1992) <b>Adelantos recientes en materia de concepción con ayuda médica</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (viii + 111 páginas)	15,-
821	(1992) <b>Filariasis linfática: la enfermedad y los métodos de lucha</b> Quinto informe del Comité de Expertos de la OMS en Filariasis (vi + 75 páginas)	10,-
822	(1992) <b>Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos</b> 42° informe (vi + 85 páginas)	12,-
823	(1992) <b>Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas</b> 32° informe (vi + 138 páginas)	17,-
824	(1992) <b>Comité de Expertos de la OMS sobre Rabia</b> Octavo informe (vi + 88 páginas)	12,-
825	(1992) <b>Uso de medicamentos esenciales. Lista modelo de medicamentos esenciales (séptima lista)</b> Quinto informe del Comité de Expertos de la OMS (iv + 81 páginas)	10,-
826	(1992) <b>Avances recientes en salud bucodental</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (vi + 39 páginas)	7,-
827	(1992) <b>La función de los centros de salud en el desarrollo de los sistemas urbanos de salud</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre Atención Primaria de Salud en las Zonas Urbanas (iv + 41 páginas)	7,-
828	(1992) <b>Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y sustancias tóxicas naturales</b> 39° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (viii +	9,-

