

SUMMARY

ECONOMIC ANALYSIS OF THE VACCINATION STRATEGIES ADOPTED BY BRAZIL IN 1982

This article presents an overview of a study carried out by the Public Health Special Service Foundation (Ministry of Health, Brazil) in association with the Pan American Health Organization; it compares the economic efficiency of the different vaccination strategies implemented by the National Immunization Program in Brazil in 1982.

These strategies were classified in the following way: a) routine vaccination services, offered routinely by federal, state and municipal health service networks; b) mass vaccination campaigns; and c) intensified routine services, where scheduled vaccination services were provided in small villages in the interior of the country.

These strategies were assessed by taking into account, on one hand, the costs of supplying the vaccines (in other words, of providing the services) and the costs of ob-

taining the vaccines (that is, transportation costs, etc., which affect the users) and, on the other hand, the numbers of vaccinations and of children completely vaccinated by means of each strategy. For this analysis, the study sample was the health units of different public institutions in 16 municipalities in the North and Northeast regions of Brazil. The results of the study show that, generally speaking, the mass campaign was the most efficient strategy, although in some municipalities the results of routine services were almost as good. Reference is made to other aspects which must be considered, such as: a) the progressive reduction in the impact that the campaigns have to mobilize the population as the campaigns become repetitive; b) problems with using the mass vaccination approach for certain antigens which are hard to administer (BCG, for instance) and which must be given by specially trained personnel; and other considerations.

In short, this article shows how economic analysis can be helpful in selecting from among alternative program implementation strategies in the area of health.

EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS PAISES EN DESARROLLO. UNA AGENDA PARA LA REFORMA¹

Banco Mundial

Los países en desarrollo lograron reducir notablemente la mortalidad y la morbilidad durante los últimos treinta años, pero la continuidad de este progreso depende en gran medida de la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar tipos básicos de servicios e información a familias que en general son pobres y se encuentran dispersas. Al mismo tiempo, el aumento de los ingresos, el envejecimiento de la población y la urbanización incrementan la demanda de servicios convencionales de médicos y hospitales. Estas necesidades en pugna han creado tremendas presiones sobre los sistemas de salud en momentos en que no resulta fácil, generalmente, acrecentar el gasto público; de hecho, en muchos países es necesaria su reducción.

En la mayoría de los países en desarrollo, el gasto público en todos los sectores aumentó rápidamente durante los años sesenta y setenta, pero el lento crecimiento económico y los déficits presupuestarios sin precedentes de los años ochenta obligaron a reducirlo; el gasto público en salud aumentó con mayor lentitud desde 1980 y en algunos países se redujo su proporción per cápita. Ciertamente, es harto defendible la tesis en favor de un mayor gasto público en salud en los países en desarrollo, donde las expensas por este concepto de los sectores público y privado, en conjunto, equivalen a menos del 5% de los gastos similares en los países desarrollados. Aunque el dinero se gastara en la forma más eficaz posible en función de los costos, probablemente sería insuficiente para satisfacer las exigencias críticas en materia de

¹ Este artículo es la traducción, preparada por la Organización Panamericana de la Salud con autorización del Banco Mundial, del resumen (pp. 1-9) del documento *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study*, preparado por John Akin, Nancy Birdsall y David de Ferranti, del Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial, Washington, DC, 1987. La versión oficial en español del documento completo está

en prensa. Las opiniones expresadas no reflejan necesariamente el criterio del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los gobiernos que representa. © 1987 The World Bank. Los comentarios firmados que acompañan a este artículo no forman parte del documento original.

salud. Pero en la mayoría de los países la austeridad presupuestaria generalizada torna difícil la prédica en favor de un aumento del gasto público. Es improbable que, en el futuro previsible, los gobiernos recurran a un incremento del gasto financiado con endeudamiento o impuestos, o a la reasignación de recursos de otros sectores para mejorar la atención de salud, aunque tales aumentos o readjudicaciones se justificaran tanto desde un punto de vista social como económico.

¿Qué puede hacerse? Aquí se propone un enfoque alternativo para financiar la atención de salud. Aunque los gobiernos continúen procurando resolver los problemas concernientes al nivel adecuado de financiamiento para la salud y la distribución apropiada de los recursos gubernamentales en el sector, esta solución alternativa merece consideración. En realidad, reviste sentido aun en aquellos países donde el problema presupuestario, como tal, no es grave.

Planteadas simplemente, esta solución reduciría la responsabilidad del gobierno en cuanto al pago de los servicios de salud que rinden escasos beneficios a la sociedad como un todo (por oposición a los beneficios directos para los usuarios del servicio). De esta forma se dispondría de un mayor caudal de recursos del gobierno (o públicos) para sufragar los servicios que proporcionan beneficios considerables a toda la sociedad. Este planteamiento, al relevar al gobierno de la carga de expender fondos públicos a fin de costear atención de salud para los ricos, liberaría recursos y de esta forma podría gastarse más con destino a los pobres.²

Generalmente las personas están dispuestas a pagar por la atención directa, mayormente curativa, que depare beneficios evidentes para ellas y sus familiares. Quienes posean ingresos suficientes para pagar por esos servicios, deben hacerlo. Debe trasladarse el financiamiento y la provisión de esos tipos de servicios privados de atención de salud (que benefician principalmente al consumidor directo) a una combinación de sector público y sector no gubernamental, reorganizada con la finalidad de lograr una mayor proporción de financiamiento propio. Ese cambio aumentaría el volumen de los recursos públicos disponibles para aquellas clases de servicios de salud que constituyen "bienes públicos", entendiéndose por tales aquellos programas de salud que ahora padecen insuficiencias financieras, como vacunaciones, control de enfermedades transmitidas por vectores, eliminación sanitaria de desechos, educación en salud y, en algunas circunstancias, atención prenatal y materna, incluida la planificación familiar (véase el recuadro). Los beneficios de estos programas esencialmente preventivos corresponden a las comunidades como tales, no solamente a las personas y sus familiares. No han de ser pagados voluntariamente por los individuos y deben constituir una responsabilidad del gobierno. Pero la atención fundamentalmente curativa, sea provista por el gobierno o por el sector no gubernamental, debe ser pagada por quienes la reciben. El traslado de esta responsabilidad también incrementaría la cuantía de

BENEFICIOS PUBLICOS Y PRIVADOS DE LA ATENCION DE SALUD

Puede ser útil clasificar los bienes y servicios provistos por el sistema de salud, de acuerdo con quiénes reciben sus beneficios. En un extremo están los bienes netamente privados, cuyos beneficios son captados totalmente por la persona que recibe el servicio de salud, y en el otro extremo se hallan los bienes puramente públicos, cuyos beneficios perciben por igual todos los miembros de la sociedad. Una aspirina ingerida para calmar un dolor de cabeza constituye un buen ejemplo de bien de salud puramente privado. La fumigación para proteger a todas las personas de una enfermedad infecciosa se aproxima mucho a un bien de salud netamente público. Muchos servicios de salud son de tipo mixto; el consumidor percibe algunos beneficios puramente privados, pero otros también se benefician del consumo del servicio por esa persona. El individuo al cual se vacuna recibe un beneficio de protección de carácter privado, pero hay otros que también se benefician puesto que se reduce su exposición a la enfermedad.

Casi siempre los consumidores están dispuestos a pagar directamente por los servicios que implican beneficios mayormente privados, pero por lo general son reacios a hacerlo por aquellos programas y servicios que benefician a la sociedad o a la comunidad como un todo. Los consumidores tienden a aguardar que otros proporcionen los fondos necesarios para la provisión adecuada del servicio de tipo "público", el llamado problema del aprovechador. Es por ello que en la mayoría de las sociedades el financiamiento de los servicios de salud, cuyos beneficios son mayormente públicos, proviene de los ingresos fiscales generales y no de aranceles pagados por los usuarios. Solamente la participación pública proporciona un caudal suficiente de bienes públicos (y de bienes mixtos con un beneficio público significativo).

Los servicios de salud que rinden beneficios esencialmente privados y por cuyo usufructo hay, por consiguiente, mayor disposición a pagar, a menudo se consideran idénticos a la atención curativa, mientras que aquellos con beneficios mayormente públicos por los cuales la inclinación a pagar es escasa, se equiparan a la atención preventiva. (Para facilitar la exposición, en este estudio también se les considera en esos términos.) Sin embargo, la correspondencia no es exacta. En el caso de ciertos tipos de atención preventiva, como el control del crecimiento infantil y gran parte de la atención prenatal y perinatal y el control de la hipertensión, son el recipiente y sus familiares quienes devengan la mayor parte de los beneficios. Es probable que los pacientes bien informados opten por pagar por estos servicios, en lugar de renunciar a ellos. Ciertos tipos de atención curativa, tales como el tratamiento al portador de una enfermedad contagiosa (la tuberculosis, por ejemplo) conllevan beneficios públicos o sociales, así como beneficios privados para el paciente.

² Las categorías de "ricos" y "pobres" deben definirse en cada país y dependerán de la estructura de ingresos y los objetivos sociales del país.

los recursos públicos disponibles para que el gobierno proveyera servicios curativos básicos y de referencia para los pobres, quienes generalmente solo tienen acceso limitado a servicios de esta índole.

LOS PROBLEMAS DEL SECTOR DE LA SALUD

Entre los países en desarrollo existe una gran diversidad de características y desempeño del sector de la salud, pero en la mayoría de los casos dicho sector enfrenta tres problemas principales. Aquí se sostiene que cada uno de esos problemas emana, en parte, del empeño de los gobiernos en sufragar todos los costos de una atención universal de salud recurriendo a los ingresos fiscales generales. Esos tres problemas se describen a continuación.

Asignación: gasto insuficiente en actividades relacionadas con la salud y eficaces en función de los costos

El mero gasto gubernamental actual, aunque estuviera mejor adjudicado, no sería suficiente para financiar un conjunto mínimo de actividades de salud, universal y eficaz en función del costo, que comprendiera los verdaderos programas de salud "públicos" mencionados antes y los servicios curativos y de referencia básicos. Aunque el gasto no gubernamental en salud es sustancial, no es suficiente la proporción que de él corresponde a servicios de salud básicos y eficaces en función del costo. Como resultado de ello, se atenúa la ampliación

de importantes actividades relacionadas con la salud, a pesar de las necesidades creadas por el rápido crecimiento de la población y de la aparente disposición de las familias a pagar al menos por algunos costos de la atención de salud.

Ineficiencia interna de los programas públicos

La insuficiencia de fondos para el financiamiento de gastos ordinarios no salariales, como los correspondientes a medicinas, combustibles y mantenimiento, es crónica, y esta situación, a menudo, reduce sensiblemente la eficiencia del personal de salud. Muchos médicos no pueden asimilar su caudal de pacientes, al tiempo que no se emplea productivamente a otros profesionales adiestrados. Mientras se hallan subutilizadas las instalaciones de nivel primario, las clínicas centrales de atención ambulatoria y los hospitales se encuentran atestados. Los problemas logísticos saturan la distribución de servicios, equipos y medicinas. A menudo, la calidad de los servicios de salud que presta el gobierno es baja; los usuarios se enfrentan con personal despreocupado o acosado, escasez de medicamentos y edificios y equipos deteriorados.

Desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud

Continúa el auge de las inversiones en costosas tecnologías modernas que sirven a unos pocos, mientras resulta insuficiente la dotación de fondos para las intervenciones simples y de bajo costo para el grueso de la población. En la mayoría de los países las personas más prósperas tienen mejor acceso a los servicios no gubernamentales porque pueden pagarlos y a los del gobierno porque residen en zonas urbanas y saben cómo utilizar el sistema. Los pobres que habitan en

las regiones rurales obtienen escasos beneficios de los subsidios para los hospitales urbanos financiados con impuestos y, además, a menudo pagan precios elevados por las medicinas y la atención tradicional en el sector no gubernamental.

Obviamente, estos problemas no son atribuibles en forma exclusiva al enfoque que han dado los gobiernos al financiamiento de los servicios de atención de la salud. Tampoco un cambio en la forma de encarar el financiamiento, solamente, resolverá esos problemas. Por ejemplo, a corto plazo el cambio en la forma de movilizar los recursos no corregirá por sí solo la distribución abiertamente inapropiada de los recursos entre la atención de alto costo basada en el hospital y los servicios de salud básicos de costo reducido. Los cambios en el financiamiento no eliminarán la necesidad de mejorar la administración, el adiestramiento y la supervisión en el suministro de los servicios de salud públicos. Igualmente, en su actividad en el campo de la salud, al Banco Mundial no solo le preocupa el financiamiento sino una vasta serie de cuestiones relacionadas con la elaboración de programas de salud sostenibles y eficaces.³ La concentración de este estudio en el financiamiento no significa, en forma alguna, una merma de la preocupación por todos los aspectos, sino que refleja la creencia de que merece considerarse seriamente una reforma del financiamiento como parte de un renovado esfuerzo global para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones de los países en desarrollo.

³ Véase Banco Mundial. *Salud*. Washington, DC, 1980. Documento de Política Sectorial. En este trabajo se trata el sector como un todo.

CUATRO REFORMAS DE POLITICAS

A continuación se proponen cuatro políticas de financiamiento de los servicios de atención de la salud, constituyentes de una agenda de reformas que merece cuidadosa atención por parte de casi todos los países. Es mejor considerar estas políticas como un conjunto; se hallan estrechamente relacionadas y se refuerzan una a otra. La mayoría de los países puede obtener provecho de la adopción de algunas partes del conjunto solamente y algunos países pueden optar por actuar en determinados aspectos con mayor celeridad que en otros. Pero a largo plazo, puesto que se trata de políticas complementarias, las cuatro merecen consideración.

1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud

Establecimiento de aranceles en las instalaciones del gobierno, especialmente para medicinas y atención curativa. Ello incrementará los recursos al alcance del sector gubernamental de la salud, permitirá gastar más en programas cuyo actual financiamiento es insuficiente, estimulará el aumento de la calidad y la eficiencia y ampliará el acceso para las personas con menos recursos. Empleo de tarifas diferenciales para proteger a los pobres, quienes deben ser los beneficiarios principales de la ampliación de los recursos y el mejoramiento de la eficiencia en el sector gubernamental.

En algunos países, los aranceles para los usuarios han estado vigentes durante décadas y en otros, particularmente en Africa, comienzan a introducirse ahora, pero entre los países en desarrollo el enfoque más común de la atención de salud ha sido considerarla como un derecho de la ciudadanía y pro-

curar el suministro de servicios gratuitos y universales. Generalmente este planteamiento no funciona. Impide que el sistema de salud del gobierno perciba ingresos que muchos pacientes pueden y están dispuestos a pagar y, de esta forma, todo el costo de la atención de la salud debe financiarse mediante sistemas tributarios frecuentemente sobrecargados. Induce a los clientes a utilizar servicios hospitalarios de elevado costo, cuando sus necesidades podrían atenderse en niveles más bajos del sistema. Priva a los trabajadores de la salud que actúan en las instalaciones del gobierno de obtener información acerca de los resultados de su esfuerzo para satisfacer las necesidades de los consumidores. Impide reducir los subsidios para los ricos mediante el cobro por ciertos servicios, o mejorar los subsidios para los pobres ampliando otros servicios.

A corto plazo —es decir, apenas puedan establecerse los mecanismos administrativos— los países deben considerar la institución de aranceles modestos, concentrándose inicialmente en el cobro por medicamentos y otros suministros y por el uso de habitaciones privadas en los hospitales del gobierno. Donde actualmente el precio sea cero, aun incrementos modestos de los aranceles pueden generar ingresos suficientes para cubrir entre el 15 y el 20% de los costos operativos del sistema de atención de la salud en la mayoría de los países, proporción que basta para sufragar una parte sustancial del costo de los insumos no salariales cuyo financiamiento es insuficiente en la actualidad, tales como medicamentos, combustibles y mantenimiento de edificios. Por "incrementos modestos" se entiende aumentos que constituyan, aun para las familias pobres, el 1% o menos de su ingreso anual, en la hipótesis de dos visitas anuales por persona a una instalación de salud del gobierno, para atención curativa.

A mayor plazo, el arancel para el usuario no solo proporciona un medio de obtener ingresos sino que también mejora el empleo de los recursos gubernamentales. Actualmente los servicios curativos, la mayoría de los cuales pueden considerarse como "bienes privados", representan entre el 70 y el 85% de los gastos en salud en los países en desarrollo y probablemente el 60% o más de los gastos gubernamentales en ese sector. Transcurrido cierto tiempo y una vez que se haya establecido el mecanismo para amparar a los pobres (conjuntamente con sistemas para cubrir los costos catastróficos para todas las familias), debe considerarse el aumento de los aranceles de los servicios curativos para que reflejen el costo de su provisión. Esto liberaría un caudal de recursos equivalente quizá al 60% de los gastos gubernamentales actuales en salud, para su readjudicación a programas preventivos básicos y al cuidado curativo de nivel primario para los pobres. (Al mismo tiempo, la mayoría de los programas preventivos debe conservar su carácter gratuito y ser financiada directamente por el gobierno.)

La captación de los beneficios de una política de cobro de aranceles a los usuarios requiere que el gobierno preste atención a tres pasos complementarios. En primer lugar, los aranceles no darán resultado a menos que los servicios sean accesibles y de una calidad razonable, pues de lo contrario solo se estará agudizando el problema de subutilización que se examina más adelante. En segundo lugar, los aranceles no ayudarán a mejorar la asignación de los gastos gubernamentales en salud a menos que los ingresos liberados se canalicen efectivamente hacia programas de salud ac-

tualmente escasos de fondos que deparen beneficios públicos y al aumento del número y calidad de las instalaciones al servicio de los pobres. Esta reorientación de los recursos liberados exige un firme compromiso político. Finalmente, es necesario proteger de alguna forma a los pobres que no pueden sufragar los aranceles nuevos o aumentados.

¿Cómo es posible proteger a los pobres? Los aranceles más bajos o la ausencia de ellos en las clínicas ubicadas en los barrios más modestos de las ciudades y en las zonas rurales constituyen un paso simple y práctico que, combinado con aranceles más altos para la atención hospitalaria, no solo protegerá a los pobres sino que también mejorará la adjudicación de los gastos gubernamentales actuales. Otra opción es la emisión de comprobantes de pobreza para las familias con menos recursos, basados en la certificación por parte de los dirigentes comunitarios locales (una práctica que aparentemente funciona bien en Etiopía). Otras opciones para proteger a los pobres son la de librar a la discreción del personal el cobro de aranceles (aunque es difícil de aplicar en el sector gubernamental) o, en los países de medianos ingresos, utilizar las pruebas de medios (que, a menudo, ya existen para otros programas). En un sistema de referencia que funcione apropiadamente (en el cual los pacientes ingresen al sistema por la instalación de nivel inferior y bajo costo y solo se les refiera a una superior si no es posible tratarlos allí), también protege a los pobres un esquema de aranceles bajos o, inclusive, de cero arancel en el nivel más bajo y de referencias sin costo adicional. La opción más apropiada dependerá de la situación en cada país y puede ser necesario experimentar con enfoques distintos.

2. Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos

Estímulo a los programas bien diseñados de seguro de salud para ayudar a movilizar recursos hacia el sector de la salud, protegiendo simultáneamente a las familias contra pérdidas financieras considerables. Es posible un nivel modesto de recuperación de costos sin seguro; pero a largo plazo, el seguro es necesario para aliviar al presupuesto gubernamental de los elevados costos de la atención curativa; los gobiernos no pueden elevar los aranceles hospitalarios a un nivel cercano a los costos de la atención hasta que se encuentre ampliamente disponible un esquema de seguro.

En la mayoría de los países en desarrollo los programas de seguros abarcan solamente una pequeña porción de las familias de bajos ingresos, especialmente en el África y en el Asia meridional. Fuera de la China, donde la mayoría de los residentes en las urbes cuenta con seguro, en los países en desarrollo de bajos ingresos no más del 15% de la población se halla dentro de algún esquema de protección contra riesgos (que no sea la atención de salud gratuita provista por los ingresos tributarios). En los países de ingresos medianos de América Latina y del Asia, la mayoría de esas personas se halla amparada por programas de seguro social patrocinados por el gobierno. Los seguros privados, los planes con pago previo y la cobertura patrocinada por los empleadores todavía son relativamente raros.

Un punto de partida en materia de seguros en la mayoría de los países de bajos ingresos es disponer que la cobertura (ya sea provista por el gobierno o por el sector no gubernamental) sea obligatoria para los empleados en el sector formal. De esta forma, por lo menos los relativamente prósperos pagarán el costo de su propia atención. Algunos países de

bajos ingresos y la mayoría de los que cuentan con ingresos medianos en América Latina y el Asia ya han dado este paso, a menudo por medio de tributos sobre los sueldos destinados a financiar el seguro social que cubre la atención de la salud.

Indudablemente, en las naciones industrializadas y en América Latina los programas de seguros han contribuido a elevar los costos de atención de la salud. Cuando los esquemas cubren todos los costos o la mayoría de ellos, y los pacientes y los proveedores de los servicios los consideran gratuitos, es posible que se registren algunas consultas y procedimientos innecesarios, lo cual aumentará los costos del sistema. Para evitar esos aumentos, los planes obligatorios de seguros en los países de bajos ingresos deben soslayar la cobertura de costos pequeños y previsibles (tales como la atención curativa de bajo costo), y solamente deben absorber los costos que puedan considerarse catastróficos para una persona. (Donde pueda hacerse, la definición de costo catastrófico debe relacionarse con el nivel de ingreso familiar.) En los sistemas de reembolso, también habrá menos posibilidades de aumento de costos si los consumidores pagan un arancel de ingreso (o un deducible) y efectúan un pago compartido por cada afección, y si existe competencia entre proveedores de seguros. Sin una competencia efectiva, los proveedores de seguros tendrán escasos incentivos para mantener los costos y las primas en niveles bajos, y los costos mayores serán transferidos bajo la forma de mayores egresos salariales para los empleadores que proporcionan cobertura y precios más elevados para el consumidor.

Evitar el aumento de costos en los programas de seguro administrados por el gobierno es especialmente importante para prevenir un problema derivado: la presión política en favor del

subsidio del sistema de seguros con ingresos tributarios generales. Si esto ocurre, el programa de seguros se torna en un beneficio para los prósperos pagado en parte por los pobres.

3. Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales

Estímulo al sector no gubernamental (incluyendo los grupos sin fines de lucro, los médicos privados, los farmacéuticos y otros practicantes de actividades relacionadas con la salud) para que provea servicios por los cuales los consumidores están dispuestos a pagar. Esto permitirá que el gobierno concentre sus recursos en los programas que benefician a toda la comunidad más bien que a determinadas personas.

El gobierno es un importante proveedor de servicios de salud en los países en desarrollo, pero en forma alguna es el único. Las misiones religiosas y otros grupos sin fines de lucro, los médicos independientes y los farmacéuticos, los curanderos tradicionales y las parteras también trabajan intensamente. En muchos países los pagos directos a estos proveedores no gubernamentales representan hasta la mitad del gasto total en salud. No existe un tamaño "correcto" para este sector no gubernamental; su función en relación con la del gobierno está llamada a variar según los países. Sin embargo, los gobiernos reducen sus opciones para ampliar el acceso a la atención de la salud cuando se empeñan en desalentar a los proveedores no gubernamentales o no emplean medios eficientes para estimularlos.

Deben alentarse los planes de salud cooperativos administrados por la comunidad y los de carácter privado, y debe considerarse su capitalización por medio de subsidios temporarios y el suministro de apoyo administrativo. Debe procederse a la revisión de cualesquiera prohibiciones o restricciones que afecten a los proveedores no gubernamentales, y debe reducirse todo el papeleo innecesario y los reglamentos relacionados con los proveedores que no tienen fines de lucro. A fin de proporcionar atención de mejor calidad para los pobres, debe considerarse el otorgamiento de subsidios que tornen más accesibles financieramente las instalaciones no gubernamentales, como una alternativa eficaz en función de los costos a la provisión directa de esos servicios por parte del gobierno.

Solamente el sector público puede supervisar y orientar las actividades de los proveedores de atención de salud no gubernamentales. En todos los países el gobierno debe asumir la iniciativa en la capacitación de los trabajadores de la salud, el examen de su competencia y el otorgamiento de licencias para las instalaciones no gubernamentales. Los gobiernos deben asumir un papel central en materia de investigación y desarrollo. Deben asentar los estándares y reglamentos para proteger a la población contra los practicantes no adiestrados o faltos de ética, especialmente en los países donde las asociaciones profesionales y las normas de conducta profesional aún no se hallan bien establecidas. Los gobiernos deben elaborar el marco legal para los sistemas de salud con pago previo y deben

difundir información acerca de las posibilidades de seguros de salud y farmacéuticos, para ayudar a los consumidores a tratar en forma efectiva con los proveedores no gubernamentales.

Quizá en ciertos países, incluyendo muchos de los latinoamericanos y de las naciones con medianos ingresos del Asia, el sector no gubernamental pueda proporcionar gran parte o aun toda la atención curativa, en la medida que existan planes de protección contra riesgos y subsidios para los menos pudientes. En otros, incluyendo los del Africa y las naciones más pobres del Asia meridional, donde gran parte de la población reside en las zonas rurales y los servicios curativos y preventivos básicos se encuentran estrecha y apropiadamente integrados, el gobierno deberá continuar proporcionando atención curativa conjuntamente con la de índole preventiva (por ejemplo combinando el tratamiento de un niño enfermo con la vacunación). Idealmente, estos servicios deberían complementar los de índole no gubernamental que existieran, incluyendo los proporcionados por los curanderos tradicionales y las misiones religiosas. En todos los países, en la mayor parte de las áreas de la atención preventiva donde hay un caudal importante de beneficios sociales, el papel del gobierno continuará siendo predominante y, en realidad, deberá ampliarse.

4. Descentralización de los servicios de salud gubernamentales

Descentralización de la planificación, presupuestación y adquisiciones para los servicios de salud gubernamentales, particularmente aquellos que rinden beneficios privados por los cuales se cobra a los usuarios. Al determinar las políticas y programas nacionales, empleo de los incentivos del mercado donde sea

posible a fin de motivar al personal y asignar mejor los recursos. Permitir que la cobranza de los ingresos y la posesión de estos se encuentre lo más cerca posible del punto de provisión de los servicios, porque esto mejorará tanto la cobranza de los aranceles como la eficiencia del servicio.

En la mayoría de las naciones el gobierno tendrá un papel permanente en la provisión de los servicios de salud. No pueden descuidarse los esfuerzos para mejorar la eficiencia en la provisión de esos servicios. En los países donde existe escasez de recursos gerenciales, donde la comunicación es difícil, la locomoción lenta y mucha gente se encuentra aislada, la descentralización de los servicios gubernamentales debe considerarse como una forma de mejorar la eficiencia.

La descentralización es apropiada, principalmente, para servicios provistos directamente al público en instalaciones que se encuentran dispersas, cuando existen aranceles por medicamentos y atención curativa. Tiene menos sentido en el caso de bienes públicos financiados por medio de impuestos, como las vacunaciones y el control de las enfermedades provocadas por vectores. Para estos programas resulta más lógica una administración centralizada, aunque pueda contratarse a los gobiernos locales y a veces así se proceda. La descentralización aumenta la responsabilidad de las unidades locales en la planificación y presupuestación, en la cobranza de los aranceles a los usuarios y en la determinación de la forma en que habrán de gastarse los fondos cobrados y los transferidos por el gobierno central. (A menudo también implica una mayor responsabilidad por la administración del personal y su disciplina.)

Un principio general de la descentralización de la planificación financiera debe ser que los ingresos perci-

bidos por cobranza de aranceles a los usuarios deben mantenerse lo más cerca que sea posible al punto de percepción. Ello aumenta los incentivos para la cobranza, incrementa la responsabilidad del personal local, asegura —dentro de ciertos límites— que la determinación de los gastos (escoger entre arreglar el pozo o comprar medicinas) se atenga a las necesidades locales y fomenta el desarrollo de la capacidad administrativa en el seno de la comunidad. El argumento en favor del financiamiento público convencional es que todos los ingresos públicos deben canalizarse hacia el centro para su reasignación a los lugares donde son más necesarios. Pero este razonamiento omite la consideración de un factor crítico: el propio sistema de cobranza afecta el volumen y el uso de los ingresos percibidos. En general, cuanto mayores son las transacciones y los costos de información correspondientes a la cobranza de aranceles y la administración de los ingresos —es decir, cuanto más pequeñas las sumas cobradas y más frecuentes las cobranzas, como es el caso del cobro por medicinas y atención curativa simple— más fuertes son los argumentos en favor de la ubicación del control de los ingresos en el punto de provisión del servicio.

Sin embargo, la descentralización y el mayor control financiero no significan, en modo alguno, la independencia financiera completa de cada instalación. Las dependencias del gobierno que proporcionan servicios curativos y preventivos integrados en las zonas rurales y a los pobladores más pobres de las zonas urbanas, continuarán necesitando apoyo central. En efecto, es posible que en las zonas rurales la unidad apropiada a los efectos de la planificación

y la presupuestación descentralizadas sea una oficina regional o de distrito, y no un pequeño puesto de salud. En algún momento los hospitales del gobierno ubicados en las zonas urbanas podrán transferir parte de las sumas cobradas al centro para complementar otros programas de salud del gobierno.

Asimismo, el control de los ingresos en el punto de entrega de los servicios refuerza un principio más general: a medida que los servicios principalmente curativos y con beneficios privados se autofinancien gracias a los aranceles cobrados en las instalaciones del gobierno, los recursos gubernamentales liberados deberán mantenerse en el sector de la salud (aunque no necesariamente en las propias instalaciones) hasta que los programas de salud cuyos beneficios son públicos y la atención para los pobres posean el financiamiento adecuado.

La descentralización de los servicios de salud dependientes del gobierno no será fácil y, entre las cuatro recomendaciones de políticas que aquí se formulan, probablemente esta será la menos ensayada. Donde otros sectores del gobierno se encuentren altamente centralizados, existirán obstáculos considerables para proceder a la descentralización, pero esta deparará también beneficios significativos puesto que quizá ningún otro servicio gubernamental, salvo la extensión agrícola, se encuentre tan vastamente distribuido. La descentralización deberá planificarse e introducirse gradualmente donde los sistemas administrativos sean generalmente débiles o cuando existan posiciones vacantes debido a dificultades de larga data

para atraer personal a lugares alejados de las grandes ciudades. En algunos países donde el personal de las oficinas regionales, los hospitales locales y las clínicas posee escasa experiencia en el manejo de ingresos y egresos, será necesario que antes de proceder a la descentralización se disponga de un período de capacitación y prueba de los resultados de esta.

EL CONJUNTO DE POLITICAS Y LOS PROBLEMAS DEL SECTOR DE LA SALUD

En el cuadro 1 se resume el efecto potencial de cada una de las cuatro recomendaciones sobre los problemas existentes en el sector de la salud. El cobro de aranceles a los usuarios de los servicios provistos por el gobierno puede ayudar a resolver los tres problemas. Los aranceles para el usuario aumentan el caudal de recursos para todo el sistema y permiten el desplazamiento de recursos del gobierno hacia programas más eficaces en función de los costos, generalmente de índole preventiva. Este cambio, por sí solo, beneficiará más a los pobres que actualmente cuentan con servicios insuficientes que a los ricos, puesto que aquellos tienden a resultar más afectados por los problemas de salud cuya mejor solución radica en los programas preventivos. Si los ingresos producidos por el cobro de aranceles a los usuarios se canalizan directamente a la cobertura de gastos no salariales actualmente escasos de financiamiento, es decir medicamentos, combustibles y mantenimiento, aumentará la eficiencia de los servicios gubernamentales existentes. Los aranceles para el usuario también pueden influir directamente para que el sistema de salud sea más equitativo: los ricos, que obtienen más beneficios de los servicios pro-

CUADRO 1. Los efectos de las reformas de políticas en los tres problemas principales del sector de la salud

Política	Distribución ^a	Eficiencia interna	Inequidad
Mantenimiento del sistema actual	0	0	0
Institución de aranceles y empleo de los recursos gubernamentales liberados para ampliar servicios eficaces en función del costo	+	+	+
y empleo de los nuevos recursos para financiar costos no salariales	+	0	+
y empleo de aranceles diferenciales para amparar a los pobres y reducir los subsidios que existan para los ricos	0	+	+
Provisión de cobertura contra riesgos	0	0	+
Empleo efectivo de recursos no gubernamentales	+	0	+
Descentralización de los servicios gubernamentales de salud	+	+	+

^a 0 significa que no hay efecto; + indica alivio del problema.

vistos por el gobierno, deberán pagar por ellos y los recursos gubernamentales liberados gracias a este nuevo egreso podrán reorientarse hacia programas e instalaciones destinados a los pobres.

Los programas de protección contra riesgos pueden proporcionar más recursos para todo el sistema y permitir la diversión de recursos del gobierno hacia programas eficaces en función de su costo. Mediante el aprovechamiento de la capacidad de los más prósperos para sufragar los principales costos de su atención de salud, los esquemas de distribución de los riesgos tornan más equitativo, en general, el gasto del gobierno en el sector.

El empleo de recursos no gubernamentales ayuda efectivamente a movilizar recursos de las familias, la comunidad y grupos voluntarios, y permite

la reorientación de los recursos del gobierno hacia programas que producen muchos beneficios, pero por los cuales las personas son reacias a pagar. El resultado de esta reorientación de fondos es más eficiencia y mayor equidad.

Finalmente, la descentralización puede contribuir a la movilización de más ingresos. Los consumidores estarán más dispuestos a pagar y los proveedores más inclinados a cobrar los aranceles, debido a la relación entre cobranzas y mejores servicios. Asimismo, la descentralización puede ayudar a mejorar el empleo de los recursos gubernamentales, haciendo que los servicios provistos por el gobierno atiendan mejor las necesidades de sus clientes.

Cada una de estas políticas debe apoyar a las demás para que los efectos del conjunto sean positivos. El cobro de aranceles en las dependencias del gobierno no incrementará los ingresos si no existen estímulos competitivos en el sector no gubernamental y en el sector gubernamental descentralizado, que

orienten el sistema hacia la provisión de atención de calidad y a precios asequibles. Hasta que los aranceles se aproximen más a los costos reales, será difícil corregir la tendencia a la asignación de una proporción excesiva del presupuesto gubernamental para el sector de la salud a la atención hospitalaria de alto costo, con sus efectos negativos para la eficacia general en función del costo y la equidad. Por otra parte, no es posible aumentar los aranceles en los hospitales y otras instalaciones del gobierno a fin de que reflejen los costos y recobrar cuantías superiores, si una gran parte de la población no se encuentra asegurada. Al mismo tiempo, los seguros y otras formas de protección contra riesgos percibirán escasos ingresos y con toda seguridad fracasarán si en las instalaciones gubernamentales subsisten los servicios gratuitos. A largo plazo, será más fácil desviar recursos gubernamentales hacia servicios básicos eficaces en función de los costos si un sector no gubernamental activo provee el grueso de la atención curativa. Un sector no gubernamental activo y de calidad superior exige la disponibilidad de seguros.

LAS REFORMAS EN EL FINANCIAMIENTO

En modo alguno la puesta en práctica de estas reformas habrá de resolver todos los problemas del sector de la salud. El cobro de aranceles a los usuarios en las instalaciones del gobierno no generará divisas para el pago de los medicamentos importados. Los programas de seguros no mejorarán, por sí mismos, la calidad de los servicios gubernamentales. La descentralización no erradicará la necesidad de adoptar centralmente decisiones difíciles respecto a la asignación geográfica de nuevas inversiones y de

personal de salud. Es posible que un sector no gubernamental fuerte no atienda en forma adecuada las necesidades de los pobres que residen en zonas rurales remotas.

La reforma de la política de financiamiento tendrá escasos efectos si no existe un compromiso político del gobierno con el aumento de la eficiencia del sector de la salud. Como se dijo, el cobro de aranceles a los usuarios y otras reformas financieras no asegurarán, por sí solas, un uso inteligente de los recursos gubernamentales liberados gracias a ellas; las decisiones adoptadas principalmente en la arena política serán las que determinen si los fondos liberados se emplearán en favor de los pobres y para servicios cuyos beneficios sean públicos, en lugar de destinarse a la construcción de hospitales en las ciudades y a la adquisición de equipos costosos y no esenciales. Serán decisiones políticas las que dicten, mayormente, en qué medida los ingresos liberados se emplearán para mejorar la asequibilidad y la calidad de los servicios en grado suficiente para atraer a los clientes que pagan y compran seguros. Solo la acción gubernamental puede introducir los cambios necesarios en los programas de administración y capacitación, por ejemplo instituyendo un adiestramiento médico más apropiado y asignando más énfasis a la preparación de personal paramédico.

No obstante, sin reformas financieras no se dispondrá de los ingresos necesarios para poner en práctica las decisiones políticas de redistribución de recursos, dentro y fuera del sector de la salud. Aunque las reformas no pondrán

en ejecución automáticamente las decisiones políticas, ayudarán a disponer de los recursos que tornen factibles dichas decisiones.

El conjunto de políticas financieras tampoco es, en sí mismo, fácilmente aplicable. En los países donde la capacidad administrativa es débil, la introducción de nuevos enfoques demandará tiempo. Además, cada uno de los cuatro componentes contiene contra-tiempos potenciales, que aflorarán si la ejecución no es cuidadosa. Los aranceles para los usuarios pueden impedir que procuren atención aquellos que más se beneficiarían. Los esquemas de distribución de riesgos pueden elevar los costos y acentuar las disparidades existentes. La eliminación de reglamentos para el sector no gubernamental y la descentralización administrativa pueden aumentar la desigualdad desde el punto de vista geográfico y reducir la calidad de los servicios.

Para evitar los escollos es necesario que la audacia política y social de las políticas innovadoras cuente con el complemento de una atención sistemática y sostenida a los programas de control. En cada país es necesario controlar los métodos específicos de ejecución a medida que se ponen en práctica; es necesario mantener la flexibilidad en campos tales como el alcance de los aranceles para los usuarios y el enfoque de la descentralización.

LA NECESIDAD DE ANALISIS ULTERIORES

A medida que se prueben las reformas de políticas financieras, en cada país debe concentrarse el control y la investigación operacional en interrogantes de esta índole:

1. ¿Cuán buenos y accesibles son los servicios? ¿Cuáles son los gastos no gubernamentales en atención de la salud? ¿Cuánto paga la gente? ¿Cuánto puede pagar? ¿Cómo afectaría un aumento de los aranceles a la utilización de los servicios? ¿Disminuiría la demanda de servicios importantes? ¿Cuál es la escala razonable de aranceles en los diferentes niveles del sistema?

2. ¿Qué aranceles deberían cobrarse y qué volumen de ingresos producirían? ¿Cuáles son los posibles costos de cobranza? ¿Cuál es la escala razonable de aranceles en los diferentes niveles del sistema?

3. ¿Qué programas de seguros de salud existen actualmente? ¿A quiénes cubren y a qué costo? ¿Existen sistemas de seguro informales entre las familias ampliadas?

4. ¿Cuán equitativo es el sistema de atención de la salud existente? ¿Qué grupos se benefician en la actualidad, de qué servicios y a qué costo para el gobierno? ¿Cuáles son los medios prácticos para identificar y proteger a quienes no están en condiciones de pagar por la atención de la salud?

5. ¿Cuán activo es el sector no gubernamental de salud? ¿Es competitivo el sector que funciona con fines de lucro? ¿Hay médicos, farmacéuticos y otros practicantes de salud privados en las zonas rurales? ¿A qué grupos de ingresos sirve el sector no gubernamental? ¿Cuáles son los medios alternativos, y su costo relativo, de mejorar la información a los usuarios? ¿Cómo se puede mejorar

los precios de los servicios privados? ¿Cómo es posible supervisar a los proveedores de atención de salud públicos y privados, de modo que sus clientes se hallen a resguardo de servicios desatinados y costosos?

6. ¿Cómo es posible organizar y supervisar la administración de las instalaciones de salud gubernamentales para que haya un empleo eficiente de los recursos y los funcionarios trabajen correctamente? ¿Qué pasos deben darse para asegurar un apoyo político y popular sostenido en favor de la reforma del financiamiento de los servicios de atención de la salud?

EL PAPEL DEL BANCO MUNDIAL

El Banco Mundial comenzó a conceder préstamos directos para el sector de la salud en 1980 y hacia 1983 se había convertido en uno de los principales proveedores de financiamiento para programas de salud en los países en desarrollo. Las operaciones de préstamo en más de treinta países se han concentrado en el desarrollo de programas de atención básica de la salud, que comprenden la ampliación de la atención primaria, provisión de medicamentos y apoyo para el adiestramiento y asistencia técnica. Generalmente las operaciones de préstamo fueron precedidas por estudios globales del sector de la salud del respectivo país. Estos estudios le permitieron al Banco llevar adelante un diálogo sobre políticas con funcionarios oficiales, respecto a cuestiones de todo el sistema de salud.

En su trabajo sectorial y en la concesión de préstamos para la salud, el Banco no se ha concentrado solamente en el financiamiento, sino que también ha prestado atención a una amplia gama

de cuestiones, incluyendo la asignación apropiada de las inversiones con criterio de eficacia en función del costo, el diseño de programas de salud sostenibles y la necesidad de mejorar la administración y el adiestramiento. Aunque este estudio se concentra en el financiamiento, no hay indicio alguno de merma de la atención prestada a otros aspectos. Sin embargo, en el Banco y en los países miembros existe una preocupación constante a propósito del problema de los recursos en el sector de la salud y la convicción de que el Banco, una institución financiera, puede efectuar una contribución útil al mejoramiento de los niveles de salud en los países en desarrollo, alentando políticas innovadoras en el financiamiento de la atención de la salud.

Actualmente el Banco lleva a cabo renovados esfuerzos en este sentido. Un programa fortalecido de trabajo en sectores por país comprende la atención al problema del financiamiento del sector de la salud. Los estudios de los gastos gubernamentales en general conceden una creciente atención al sector de la salud. Los programas innovadores de préstamo incluyen la asistencia a los países para la preparación y puesta en práctica de nuevos métodos de financiamiento de los servicios de salud. El diálogo con otros organismos es más intenso y está previsto un programa de investigación y evaluación operacional sobre los efectos de los nuevos planteos.

El Banco ha predicado constantemente la fundación de la política económica general en principios juiciosos de financiamiento y selección de proyectos; la agenda para la reforma del financiamiento de los servicios de salud aquí propuesta es coherente con esos principios y los refuerza en lo que respecta al sector de la salud. □

ECONOMIA Y SALUD. MAS ALLA DEL FINANCIAMIENTO

Abraham Horwitz¹

Introducción

Las publicaciones del Banco Mundial, entre ellas los informes sobre los indicadores económicos y sociales de los países desarrollados y en desarrollo, así como los que fundamentan las políticas del Banco, tienen una enorme influencia en las decisiones de los gobiernos. Ellas reflejan la calidad de esos documentos, particularmente con respecto a la información que analizan. En este sentido, el Banco se ha transformado en una verdadera universidad en el propósito de difundir ideas, describir situaciones, sugerir soluciones y justificarlas con los mejores datos y referencias disponibles con respecto a problemas económicos y sociales y a la evolución del desarrollo. Los documentos son valiosos por su contenido intrínseco y la solidez del análisis para orientar decisiones en los países e influenciar la docencia y la investigación. Adquieren tal vez más relevancia cuando establecen la política de préstamos del Banco en sectores determinados que los gobiernos interesados deben considerar. Este es el caso del documento *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*, que forma parte de la serie de Estudios sobre Políticas del Banco Mundial.

En cuanto a su intención, los autores son explícitos: "El Banco es una de las pocas instituciones capaces de presionar con fuerza por una mayor atención al financiamiento de la salud. Lo está haciendo agresivamente por medio de reuniones de rutina, conferencias especiales sobre el tema y la interacción con otros organismos de préstamo con respecto a países específicos".²

Nuestra interpretación práctica es que los gobiernos que acepten el diagnóstico y las reformas que el Estudio contiene podrían beneficiarse de préstamos del Banco y de otros organismos multi o bilaterales para realizarlas. Los ministros de salud tienen la gran responsabilidad de examinar las propuestas e informar a quienes toman las decisiones, en especial al Presidente de la República, sobre la realidad del diagnóstico de la situación de la salud en el país y la posibilidad de resolver progresivamente los problemas con alternativas diferentes a las que el Banco indica o por medio de las mismas.

Por estas razones creo que es un acierto que el *Boletín de la OSP* publique esta versión al español del resumen del Estudio con comentarios escritos por personalidades de la salud pública del continente, pues de esta manera tendrá amplia difusión en las Américas. El lenguaje que emplea el documento, con fuerte acento en consideraciones de carácter económico, no es siempre de lectura fácil; para quienes no están familiarizados con su terminología singular, la

² Banco Mundial. *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study*. Washington, DC, Banco Mundial, 1987, p. 50.

metabolización intelectual de su contenido no resulta ser sencilla.

El documento analiza casi exclusivamente el financiamiento de los servicios de salud, enfoque sobre el cual cabe una observación crítica. "La concentración de este estudio en el financiamiento no significa, en forma alguna, una merma de la preocupación por todos los aspectos, sino que refleja la creencia de que merece considerarse seriamente una reforma del financiamiento como parte de un renovado esfuerzo global para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones de los países en desarrollo".³ Sin embargo, la descentralización, la única de las cuatro reformas propuestas que no es exclusiva del financiamiento, solo es objeto de un tratamiento parcial. Por ello los gobiernos deberán examinar el sector en su integridad y no disociar los aspectos económicos de los otros componentes de una política nacional de salud y los caminos de acción correspondientes. Ni pueden ser las posibilidades y préstamos significativos el criterio que domine las decisiones. Estas deben derivar de un examen acucioso sobre la naturaleza de los problemas y sus prioridades con base en la información existente. Estos antecedentes sirven de fundamento para determinar, para cada uno, objetivos medibles conmensurables con los recursos disponibles, lo que constituye el comienzo del ciclo de programación. Permiten, a la vez, identificar las acciones para mejorar la productividad y la calidad de los servicios de prevención y de curación y estimular la par-

³ Véase la página 699 de este *Boletín*.

ticipación activa e informada de las comunidades, el potencial más rico que tienen los países para realizar la atención primaria de la salud.

El aporte de capital exterior debería ser, en el mejor de los casos, un instrumento para acelerar el proceso de reforma derivado de dicho examen, con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad —en especial de los grupos expuestos al mayor riesgo—, extender la cobertura de servicios de salud y mejorar el estado de nutrición de los habitantes.

Diagnóstico del sector salud en el mundo en desarrollo

La descripción del sector salud y el análisis de sus problemas se basan en métodos y en una riqueza de datos que no son de uso frecuente en la región, lo que revela la calidad del Estudio del Banco Mundial. Los problemas identificados naturalmente no son originales, pero están mejor fundamentados.

Raíces de la situación. Sabemos desde hace mucho tiempo que las inversiones tanto del sector público como del privado están por debajo de las necesidades aparentes e, inclusive, de la demanda real. El documento no hace referencia alguna a las raíces más profundas que explican la situación. Estas se pueden identificar en la política de desarrollo económico e inversión social de los países. En una buena proporción de ellos los fondos existen pero están mal invertidos y peor administrados, y el dispendio es la regla más que la excepción. Es un problema de prioridades, de programación racional y de gestión eficiente que no es solo de hoy. En otras ocasiones nos hemos referido a los gastos en armamentos en el mundo, incluidos los países en desarrollo, cuya magnitud sobrepasa con mucho las inversiones necesarias para una atención primaria integral, que com-

prende el tratamiento oportuno de las enfermedades de mayor frecuencia en los grupos de alto riesgo.⁴ Pero aun si esta reforma en profundidad sobre la política de desarrollo no es posible, lo que es siempre lamentable, existen muchas posibilidades dentro del sector salud para incrementar los recursos disponibles y su rendimiento al reducir el dispendio y la duplicación de los servicios y estimular las acciones intersectoriales y contribuciones de los habitantes, tanto en el medio urbano como rural, con trabajo, materiales e incluso con financiamiento.

La crisis económica. Nada nos dice el Estudio sobre las consecuencias de la recesión económica en esta década y de las políticas de ajuste recomendadas por el Fondo Monetario Internacional que han afectado con mayor intensidad a los sectores sociales, en particular salud y nutrición. Hay pruebas de que en una serie de países aumenta la mortalidad, la morbilidad y la malnutrición de madres y de menores de cinco años, reflejo de una reducción de los presupuestos de salud y alimentación, del desempleo y, en general, de la mayor pobreza. En América Latina y el Caribe este proceso de deterioro social sigue vigente. Es indispensable, por lo tanto, examinar con mucho cuidado cualquier propuesta de financiamiento del sector salud que requiera mayores contribuciones de los habitantes e incremente los costos recurrentes.

Distribución de la inversión en salud. También desde hace mucho sabemos que hay un exceso de inversión en

la atención institucional curativa, en ocasiones con edificios más suntuarios que funcionales, con detrimento de las acciones de prevención de las enfermedades y de fomento de la salud. Como lo señala el Estudio del Banco Mundial, hay poca duda de que los costos por vidas que se salvan son mucho más altos en los hospitales que en los servicios preventivos y en los programas comunitarios. Ambos enfoques, cualquiera sea el nivel de financiamiento, son ineficientes y de bajo rendimiento.

Sabemos igualmente que, por lo común, en algunos países los servicios del sector público carecen de los elementos indispensables para un diagnóstico y un tratamiento apropiados en comparación con el sector privado que, con excepción del correspondiente a la medicina empírica, es más eficaz, si bien más caro. Esto explica en buena medida la baja demanda de los primeros.

Asimismo estamos convencidos de que la solución no puede consistir en la eliminación o reducción de los hospitales, porque son indispensables para el sistema de referencia oportuna de enfermos desde los niveles periféricos de la infraestructura de salud. "Es el financiamiento de la atención hospitalaria que es cara lo que necesita cambio, no la existencia de dicha atención como tal".⁵ Queremos agregar que tanto en términos de infraestructura como de presupuesto de operación y de inversión, lo que se requiere es un mejor equilibrio entre lo preventivo y lo curativo en el medio urbano y rural.

⁵ Banco Mundial. *Op. cit.* p. 18, cuadro 3.

⁴ Abraham Horwitz. Reflexiones sobre los efectos de la restricción y de la escasez económica en salud. Conferencia Hugh R. Leavell presentada ante el V Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública. México, DF, marzo de 1987.

En los países con baja cobertura de servicios de salud, la extensión de la misma debe programarse cuidadosamente. Construir hospitales sin incluir simultáneamente los servicios de atención primaria preventiva y curativa y de referencia del área de influencia de los mismos —un error frecuente hasta hace poco— es una medida que los gobiernos y las organizaciones de cooperación financiera no pueden aceptar. Conceptualmente, esto equivale a disociar el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades, del tratamiento de estas. Las consecuencias son las que el Estudio describe y que tenemos que aceptar, pero siempre con el propósito decidido de generar los cambios indispensables para aumentar la eficiencia y efectividad de los servicios disponibles y reformar el sector, sus prioridades y recursos antes de invertir sumas ingentes en el mismo.

Las consideraciones sobre oferta y demanda de servicios son conocidas pero se presentan con una riqueza de ejemplos y de argumentos que las justifican. De las primeras destacamos la sobrecentralización y los costos de los servicios, los consabidos problemas de logística y la calidad pobre del sector público que el Estudio reconoce que es difícil de cuantificar pero existe. En cuanto a la demanda, hay un uso inapropiado de los recursos. La gente tiende a sobreutilizar los hospitales urbanos, en especial los que practican medicina de tercer nivel —en principio de mejor calidad— mientras los de distrito muestran un alto índice de desocupación.

Hubiéramos preferido consideraciones sobre la relación entre necesidades y demanda —que no son sinónimos— y oferta de los servicios de salud.

Para comprender esta relación, se requieren investigaciones operacionales bien formuladas en cada país. Se podría así explicar mejor la urgencia de la reforma del sector para hacerlo más eficiente y productivo, y la justificación de fondos de inversión para reforzar y extender la cobertura.

La terapéutica que propone el Estudio

En el documento se afirma que "Cuando los presupuestos del sector público deben reducirse, es más fácil, especialmente en el corto plazo, disminuir los gastos en combustibles, medicamentos, vehículos y mantenimiento de edificios que los salarios. En vista de que estos insumos representan, por lo común, una pequeña porción de los costos totales (típicamente menos de 20%), deben cortarse drásticamente para reducir el gasto total de manera significativa. El precio de un ahorro financiero pequeño es una gran caída en la eficiencia de los trabajadores".⁶

Esta afirmación nos lleva a considerar la terapéutica que propone el Estudio, que está integrada por cuatro componentes que se agrupan bajo el título de "Cuatro reformas de políticas". En síntesis son: 1) cobro a los usuarios de los servicios del sector público por atenciones curativas; 2) estímulo a los programas de cobertura de riesgos, incluso seguros de salud; 3) uso eficaz de los recursos no gubernamentales por los cuales los habitantes están dispuestos a pagar, y 4) descentralización de los servicios de salud públicos.

Dice el Estudio: "El argumento básico en todo este estudio es que ciertos programas de salud de beneficio público tienen en la actualidad un finan-

⁶ Banco Mundial. *Op. cit.* p. 20.

ciamiento insuficiente. A medida que la recaudación de ingresos en los establecimientos del sector público hace los servicios curativos de beneficio privado autofinanciables, los fondos gubernamentales así liberados deben ser absorbidos en actividades verdaderas de salud pública y en el subsidio de atenciones médicas para los pobres. Solo cuando exista una provisión adecuada para las acciones de salud de beneficio público y de atención curativa crítica para los pobres, se debe considerar una reducción del financiamiento público del sector salud".⁷

Dicho de otra manera, el propósito es aumentar progresivamente el pago por el tratamiento de las enfermedades y, con excepción de los más necesitados, destinar el "ahorro" que haría el gobierno a la prevención. Por ello, el primer paso es empezar a cobrar alguna cantidad a la mayoría de los usuarios de los servicios de atención médica. La finalidad es laudable si el enfoque es factible. El Estudio identifica una serie de problemas y peligros latentes de las reformas.

Servicios privados. El Estudio del Banco Mundial muestra una preferencia hacia el uso de los servicios del sector privado, es decir, no gubernamental, como una meta. Este consiste en instituciones filantrópicas y otros grupos sin fines de lucro, médicos y farmacéuticos en ejercicio privado de su profesión y el sector informal basado en la medicina empírica tradicional. Los pagos directos a estos "proveedores" alcanzan, en algunos países, a la mitad del gasto en salud.

Como principio, la participación del sector privado institucional en

las funciones y acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades es aceptable, siempre que se aplique la política nacional de salud y sus prioridades, así como las normas y procedimientos correspondientes. De igual importancia es que el ministerio de salud y los servicios regionales ejerzan la supervisión sistematizada con propósitos de asesoría y de educación.

Cabe reconocer que el ejercicio privado de la medicina ha ido creciendo en las Américas a medida que aumentaba el ingreso familiar. Es más, los pobres recurren a ella con grandes sacrificios cuando no les satisface la atención de los servicios del Estado. Esta situación, lamentablemente, parece ser frecuente y se agrava en los períodos de crisis económica como la que sufren con mayor intensidad en esta década los países en desarrollo. Nada más conmovedor que observar los enormes esfuerzos que hace un obrero o campesino literalmente vendiendo todo lo que posee para salvar la vida de su madre o su padre. Es el reflejo de valores inmutables de la condición humana que el gobierno debe respetar y, a la vez, tomar las medidas para ofrecer servicios de calidad eficiente, sean gratuitos —por medio de cualquier sistema de prepago— o a un costo mínimo que los pobres puedan pagar.

En Haití, el país del menor ingreso promedio por habitante de las Américas, el Banco Mundial ha estimado para 1985 un promedio de \$US 23 per cápita de gastos en salud. De dicha suma, aproximadamente el 43% proviene de las familias que pagan a profesionales privados.

Descentralización de servicios y servicios privados. La reforma relativa a la descentralización del sistema de salud es esencial. Sin embargo, tenemos la impresión de que el Estudio del Banco Mundial hace hincapié en el proceso de financiamiento y en el uso de los fondos derivados del pago de las atenciones en los servicios que las prestan. Concordamos con esta necesidad, pero señalamos que una descentralización real de los servicios de salud debe ser integral y no dissociar sino complementar el papel rector normativo del ministerio de salud y la función ejecutiva de los organismos locales.

La seguridad social en América Latina. La introducción de seguros de salud dependerá de la velocidad con que se instituya y se aumente el pago por atenciones curativas de los que no se catalogan como pobres, hasta financiar el costo total de dichos servicios. A medida que las tarifas sean más altas, la necesidad de los planes para cobertura de riesgos será más evidente. Es esta una afirmación que no corresponde a la historia de los seguros sociales en América Latina. En determinadas circunstancias, la decisión política interpreta adecuadamente la urgencia de satisfacer una necesidad vital de los habitantes.

Por otra parte, la América Latina tiene una historia de 63 años de sistemas de seguridad social con propósitos de equidad —como redistribución más justa del ingreso nacional—, de derecho y de financiamiento de diversos servicios, entre ellos los de salud. Por lo común, se constituye con aportes de los trabajadores, los empleadores y el Es-

tado. En el mejor de los casos, los primeros cotizan de acuerdo con su ingreso en una escala proporcional, pero todos tienen derecho a los mismos beneficios.

Los seguros sociales se han iniciado con los aportes de obreros asalariados en el medio urbano con exclusión de los grupos ocupacionales rurales más pobres, como campesinos y otros trabajadores agrícolas. El Estudio que comentamos se refiere a los 16 países de la América Latina que han organizado un sistema de seguridad social para alguna proporción de la población. Este ha ido creciendo a medida que el ingreso aumenta y fluctúa en promedio entre el 11 y el 71% de los habitantes y \$US 410 y 480 y \$US 1 120 y 2 660 de renta. Los datos son de 1977 —lo que revela la falta de información actualizada— y sin duda han variado desde entonces, sea por disminución del poder adquisitivo de las familias debido a la inflación, o por incremento del desempleo, ambos consecuencia de la recesión económica que aún nos asola. En estas circunstancias, la necesidad de la seguridad social que cubra por lo menos cesantía y salud es aun mayor, sobre todo para los pobres.⁸

El caso histórico de Chile. Sorprende que los datos que contiene el Estudio no incluyan a Chile que fue el primero en América Latina en promulgar la Ley sobre Seguro Obligatorio en 1924, adaptando a las condiciones del país la experiencia alemana de fines del siglo pasado durante el gobierno de Bismarck. Conceptualmente, el sistema se concibió como de seguridad ante los riesgos naturales propios de la vida en sociedad, como las catástrofes y las enfermedades. Operacionalmente, debía hacer uso de establecimientos del Estado depen-

dientes del Ministerio de Salud en cuanto a las atenciones curativas. La organización del Servicio Nacional de Salud, que integró todos los recursos institucionales y comunitarios de que disponía el Estado, facilitó el cumplimiento del espíritu de la ley. Se evitó así la duplicación y la competencia entre los servicios de salud del Ministerio de Salud y los del seguro social, la concentración de estos últimos en áreas urbanas y su énfasis en la medicina curativa, incluso de alta tecnología, con desmedro de las acciones de prevención de las enfermedades y de fomento de la salud. A ello se refiere el Estudio. Preferimos la seguridad social como una doctrina y un derecho compartido por los habitantes que cotizan —y deben ser la totalidad de los que son productores y consumidores— y que las instituciones del Estado llevan a la práctica según los beneficios que la ley asigna. En este enfoque, el seguro social es un mecanismo de financiamiento, el Estado organiza y administra los servicios.

Un camino racional para el financiamiento de la salud en las Américas. A diferencia de América Latina, el Estudio señala que hay poca experiencia en el África y el Asia, con excepción de la China, sobre seguros sociales u otros sistemas de prepago por atenciones de salud. Pensamos que este es el camino racional para las Américas, capitalizando los errores del pasado, entre ellos el abuso de los servicios señalado por el Estudio, para obtener el mayor rendimiento de los recursos disponibles. En algunos países han surgido los seguros privados que deben considerarse como un complemento y no una competencia de los que provee el Estado, siempre que este último compruebe la calidad de las prestaciones que ofrecen. Deben servir de incentivo para que los servicios gubernamentales satisfagan la demanda natural por atenciones preventivas y

curativas, sobre todo cuando se verifica una subutilización de ellos. Estamos convencidos de que el ministerio debe ejercer la misma función de rector del sector salud en aquellos países en los que la constitución o la ley le han asignado a la seguridad social la responsabilidad por las acciones de curación de las enfermedades y de rehabilitación de los enfermos. A la vez, el Estado debe garantizar a los asegurados todos los beneficios que la ley les asigna y no obligarlos a comprarlos en el sector privado como está ocurriendo, por ejemplo, con los medicamentos. Por ello, la demanda disminuye.

De estas consideraciones surge la necesidad de completar progresivamente la cobertura con servicios de salud, particularmente en los países donde es baja, sean ellos provistos por el ministerio de salud o por sistemas de prepago. Un sistema de seguridad social tripartito, es decir, con contribuciones del Estado, los empleadores y los trabajadores urbanos y rurales, puede contribuir a la extensión de la infraestructura, que es esencial. Los préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) pueden ser necesarios siempre y cuando no se destinen únicamente a la construcción de hospitales y no incluyan los servicios comunitarios, preventivos y ambulatorios para la población que se atiende en ellos. Cabe tener presente que, además, crean costos recurrentes para la mantención eficiente de los nuevos servicios derivados de los préstamos. Reconocemos que, dados los fondos que involucra, este objetivo puede ser tanto más lento cuanto menor el interés

del gobierno en mejorar el estado de salud y de nutrición de los habitantes. Son estas decisiones las que caracterizan a una sociedad en cuanto prefiere los gastos en armamentos o el financiamiento de la infraestructura económica —esta última posiblemente necesaria y útil— con desmedro de las inversiones en desarrollo humano de las cuales va a depender, sin duda, el progreso del país.

No obstante, el impacto negativo de la recesión económica y el pago de los enormes intereses de la deuda externa explican que, con las mejores intenciones, los gobiernos no puedan cumplir con su responsabilidad de proveer los servicios de salud indispensables para los habitantes. Ello significa que sectores importantes de la población solo cuentan con las atenciones de quienes practican la medicina tradicional o empírica que no incluye medidas para el fomento de la salud o la prevención de las enfermedades. No son de extrañar las altas tasas de morbilidad y mortalidad que seguramente son mayores de lo que figuran, dado el subregistro de casos.

Recursos para grupos prioritarios

Puede transcurrir un largo período hasta alcanzar coberturas del 80% o más de la población accesible en varios países. Entretanto, los gobiernos han reconocido la necesidad de concentrar los recursos en los problemas prioritarios que afectan a los grupos vulnerables de madres y niños expuestos al mayor riesgo de enfermar y morir, que pueden ser prevenidos o tratados oportunamente por medio de la atención primaria de la salud. Al mismo tiempo que se reduce significativamente la morbilidad, la mortalidad, la malnutrición y el bajo peso al nacer, se logra también disminuir las hospitalizaciones y el costo de las atenciones. Procede, a la vez, mejorar la calidad y el rendimiento de los recursos

por la reforma del sector salud, que va más allá de la descentralización ejecutiva que preconiza el Estudio porque debe comprender la función normativa y supervisora, entre otras, del ministerio de salud. Este último debe promover deliberadamente acciones conjuntas con los ministerios y organismos de los otros sectores del desarrollo económico y social que tienen impacto directo en la incidencia y prevención de las enfermedades.⁹

Si no pueden redistribuirse los fondos disponibles, tanto del ministerio de salud como de la seguridad social, para invertir más en atenciones comunitarias —vale decir en prevención, incluida la nutrición— que institucionales —en tratamiento en hospitales—, todo incremento del presupuesto debería destinarse a las primeras hasta alcanzar una cobertura útil relativa a los problemas específicos. En este propósito se puede incluir una sistematización del pago por servicios curativos con tarifas proporcionales al ingreso familiar y más diferenciadas para proteger a los pobres. En la medida de lo posible, los habitantes en estado de pobreza crítica —que debe definirse— no pagarían. El Estudio sugiere métodos para identificarlos, que habría que ensayar y modificar de acuerdo con cada experiencia. Las acciones de prevención de las enfermedades y de fomento de la salud deben ser gratuitas, incluso la suplementación de los alimentos a em-

⁹ Organización Mundial de la Salud. Discusiones Técnicas de la 39ª Asamblea Mundial de la Salud. Documento de trabajo A39/Technical Discussions/1. Ginebra, marzo de 1986.

barazadas, mujeres lactantes y menores de cinco años, en quienes el control del crecimiento muestre que están malnutridos. El Informe concuerda con este planteamiento, si bien no se refiere en forma explícita al problema de la malnutrición.

En las Discusiones Técnicas de la 40ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1987, se hizo referencia al pago por atenciones en los hospitales, en el entendido de que los mismos disponen de los fondos necesarios, una práctica que realizan algunos países con variaciones diversas. Otros estimaron que daría lugar a un mayor aumento de la desigualdad en salud. Sin embargo, hubo consenso en que dentro de la política de cada sistema existían varias opciones para aumentar los recursos de salud. Una opinión diferente destacó que una tarifa por servicios de salud no solo afectará fuertemente a los muy pobres sino que, a menos que sea muy alta, realmente no aumentará los ingresos de una manera substantiva.¹⁰

El Estudio sostiene que hay experiencias de varios países que muestran una recaudación de hasta un 20% de los presupuestos de salud y que corresponden a los gastos que no son sueldos ni salarios. Si en estos métodos de financiamiento no se incluyen medidas específicas para el subsidio de las atenciones a los

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Discusiones Técnicas de la 40ª Asamblea Mundial de la Salud. Documento de trabajo A40/Technical Discussions/4. Ginebra, mayo de 1987.

pobres, se puede agravar la desigualdad social que es contraria a los propósitos de los sistemas de salud modernos y a la doctrina de la justicia como un derecho de las personas a las oportunidades y los servicios que una sociedad ofrece.

A manera de conclusión

En síntesis, reiteramos que el Banco Mundial ha hecho un valioso aporte al análisis de un problema que es vital en el mundo en desarrollo: el financiamiento de los servicios de salud. Sugerimos que los gobiernos lo examinen cuidadosamente y consideren que es preciso determinar si la política y los programas actuales responden a los problemas prioritarios y si los recursos disponibles rinden lo esperado en términos de costo y efecto. Más aun, si el riquísimo potencial que representa la participación comunitaria contribuye a la ejecución de las acciones de salud. De esta revisión deben derivar las reformas necesarias para atender mejor a más habitantes, antes de recurrir a préstamos internacionales. En la América Latina, el sistema de seguridad social que tiene una larga experiencia es el mecanismo de prepago por atenciones de salud, un camino que debería extenderse teniendo presente que el continente se urbaniza progresivamente.

Nos hemos permitido hacer algunas consideraciones al respecto. Existe, por otra parte, una tendencia al pago por los servicios curativos, aun en las familias de ingresos muy bajos. Cabe, por lo tanto, sistematizarlo, diferenciándolo por ingreso familiar y naturaleza de los servicios con gratuidad, si es posible, para los que viven en pobreza crítica. La prevención de las enfermedades y el fomento de la salud deben ser libres de todo cargo.

EL FINANCIAMIENTO COMO INSTRUMENTO DE POLITICA PUBLICA

Julio Frenk¹

Punto de partida

Relegado por muchos años de los debates centrales sobre la salud, el tema del financiamiento se ha vuelto, cada vez más, un punto focal para analizar la factibilidad económica, los efectos distributivos, la conveniencia política e incluso las implicaciones éticas de los programas de atención. La trascendencia del tema se ve igualada, en el caso del documento que nos ocupa, por el peso del organismo responsable de la publicación. En efecto, a partir de 1980 el Banco Mundial ha ido adquiriendo una influencia creciente en la concepción, la planeación y el financiamiento de los servicios de salud de muchos países en vías de desarrollo, influencia que encuentra su cauce material a través de los más de 100 millones de dólares que el Banco presta cada año para proyectos de salud.

Por lo anterior, la publicación del documento *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma* constituye un acontecimiento de primer orden. En virtud de la influencia económica del Banco Mundial, así como de la seriedad y

¹ Director General, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México. Dirección postal: Fco. de P. Miranda 177, 7º piso, Colonia Merced Gómez, Delegación Alvaro Obregón, 01600 México, D.F., México.

profundidad del estudio que se ofrece, el documento debe ser analizado con cuidado y debatido ampliamente.

El propósito de la publicación es sin duda ambicioso: proponer un enfoque alternativo para el financiamiento de la atención de la salud. En esencia, dicho enfoque gira alrededor de un tema central: la solución de fondo a los problemas financieros y administrativos de los sistemas de salud exige una reducción de la responsabilidad gubernamental por el financiamiento de aquellos servicios que, según la concepción del Banco Mundial, ofrecen pocos beneficios a la sociedad en su conjunto; ello liberaría los recursos requeridos para pagar los servicios de probada utilidad pública.

El punto de partida es pesimista, pues se señala que el gasto público en salud no podrá aumentar mucho, a pesar de su notable deficiencia en la mayoría de los países subdesarrollados. La propuesta no es, sin embargo, una simple reacción para paliar los efectos de la actual crisis financiera de los sistemas de salud. Por el contrario, se trata de todo un planteamiento normativo que, según los autores, "tiene sentido aun en países donde el problema presupuestario, como tal, no es grave".

Bases analíticas

Uno de los méritos del estudio es que nos obliga a reconocer problemas y contradicciones que definen dilemas de difícil decisión. Así, existe una contradicción potencial entre lo que podríamos llamar dos "universos de necesidades de salud", los cuales quedan definidos por el desarrollo desigual de la transición epidemiológica (1). El documento plantea acertadamente que la posibilidad de continuar reduciendo la mortalidad y la morbilidad depende de la capacidad de ofrecer servicios básicos de salud a la población pobre, pero esta capacidad se

ve amenazada conforme la demanda por los servicios hospitalarios costosos se incrementa como resultado de la urbanización, el aumento en los ingresos y el envejecimiento de la población. En la medida en que las desigualdades sociales conducen a una "polarización epidemiológica" (2) de la población de nuestros países, existe un riesgo real de que las enfermedades llamadas "posttransicionales", propias de los países desarrollados, ligadas a los padecimientos cronicodegenerativos, los problemas de salud mental, los accidentes y la violencia, absorban gran parte de los recursos que se requieren para la atención de las enfermedades pretransicionales, ligadas a las infecciones y a las carencias primarias de alimentos, vivienda y saneamiento.

La principal cuestión analítica del documento del Banco Mundial es suponer que la patología posttransicional es un problema de los "ricos", mientras que la pretransicional es de los "pobres". La realidad es mucho más compleja que lo que sugiere esta visión maniquea. La polarización epidemiológica de la sociedad responde no tanto a las vagas categorías de "ricos" y "pobres", como a la división entre un medio rural basado en una economía agraria y un medio urbano basado en una economía industrial y de servicios. Bajo ninguna definición razonable de "rico" podemos incluir a los trabajadores urbanos que subsisten con un salario mínimo o a los ejércitos de subempleados que migran del campo. Estas poblaciones presentan las tasas más elevadas de accidentes, violencia y padecimientos mentales. En otras palabras: son los pobres los que sufren más los dos

tipos de patología. Por lo tanto, son los pobres, rurales o urbanos, los que suelen requerir más servicios, tanto preventivos simples como curativos complejos. Es inexacto suponer que estos últimos son servicios principalmente para ricos.

Existe otra ecuación incorrecta en el documento del Banco Mundial. Esta es la que supone que los servicios curativos solo producen beneficios privados, es decir, beneficios al consumidor directo del servicio y no a la sociedad en su conjunto. En la base de este supuesto se encuentra una definición muy estrecha de "bienes públicos", esto es, aquellos cuyos beneficios son recibidos por toda la sociedad. El límite exacto entre los beneficios individuales y los sociales no es tan tajante como el documento parece sugerir. Según los autores, solo unos cuantos servicios generan beneficios externos, a saber, los servicios no personales y los servicios personales dirigidos a controlar padecimientos transmisibles. ¿Pero podemos realmente suponer, por ejemplo, que la atención curativa a una madre o a un trabajador productivo reditúa beneficios solamente a esa persona y no al resto de la sociedad? ¿Podemos suponer que la prevención de deficiencias mentales como resultado de una adecuada atención prenatal carece de beneficios sociales? Lo cierto es que, excluyendo unos cuantos servicios cosméticos o triviales, la gran mayoría de la atención a la salud genera externalidades positivas.

Las dos ecuaciones antes comentadas dan pie a la propuesta central del documento: separar los servicios curativos, que supuestamente solo benefician a los individuos ricos, de los "bienes públicos", que benefician a toda la sociedad. El primer tipo de servicio sería pagado por el consumidor. En efecto, la colectividad, representada por el gobierno, no tiene por qué cubrir el costo de servicios cuyos beneficios son capturados por el individuo. En esta

forma, el gobierno podría concentrar sus escasos recursos en financiar los "bienes públicos" y algunos servicios personales básicos para los pobres.

Los autores del documento tienen toda la razón al destacar que la prioridad más alta en la acción gubernamental debería asignarse a los servicios preventivos, sobre todo los dirigidos a los grupos sociales desfavorecidos. Sin embargo, es dudoso que ello se logre dicotomizando los servicios personales de los públicos. Esta propuesta, que los autores presentan como una alternativa innovadora, nos remite, en realidad, a una antigua y artificial separación de responsabilidades que ya ha sido superada en casi todo el mundo. En efecto, la propuesta recuerda mucho la vieja escisión entre un sector dominante de servicios curativos, localizados en el sector privado, y un sector gubernamental paralelo, encargado de prestar servicios de saneamiento ambiental, control de enfermedades transmisibles, prevención y tratamiento básico para los pobres, según la definición obsoleta de la salud pública. Muy pocos países mantienen este tipo de organización de su sistema de salud. Entre ellos destaca Estados Unidos, que los autores parecen tomar como el modelo de muchas de sus propuestas, a pesar de los múltiples problemas de cobertura, accesibilidad, costos y financiamiento que aquejan a su sistema de servicios.

No es este el sitio más adecuado para realizar un análisis detallado de las razones históricas por las que la mayoría de los países se han ido alejando del modelo de atención fragmentario que ahora rescatan los autores del documento. Baste señalar que la tendencia mundial hacia la integración de los servicios obedece, entre otras razones, a la dificultad de escindir las necesidades de la población de acuerdo con las dicotomías preestablecidas de prevención *versus* tratamiento o servicios personales *versus* no

personales. Además, la posibilidad de un control efectivo de los servicios por parte de la población se reduce mientras mayor sea la fragmentación. Las ventajas de una organización integral son reconocidas en documentos tan fundamentales como la Declaración de Alma-Ata.

Por otra parte, la movilización de los poderes del Estado para lograr los objetivos de la salud no ha obedecido únicamente a los cálculos utilitarios sobre las externalidades o el problema del beneficio vicario (*free-rider problem*), ni a un esfuerzo por compensar las múltiples imperfecciones del mercado de servicios médicos. La participación pública ha respondido mucho más a una concepción del ser humano como recurso nacional (3) o a una visión normativa de lo que toda sociedad debe ofrecer a sus miembros (4). Así, la protección de la salud puede llegar a verse como un derecho social, que se distribuye según el principio de ciudadanía (5). Como tal, es parte del "modelo de sociedad", el cual define la calidad de vida que la colectividad aspira a garantizar para sus ciudadanos. Más aun, la atención a la salud no puede concebirse como una parte del sistema de recompensas al esfuerzo individual; constituye, por el contrario, un elemento indispensable de la igualdad de oportunidades, que forma la base ética de la distribución de bienes en cualquier sociedad. Lamentablemente, el documento del Banco Mundial no analiza ni debate ninguno de estos principios.

Cuatro reformas de políticas

Si bien la propuesta general del documento resulta cuestionable, algunas de las políticas específicas que sugiere merecen una consideración detallada, pues pueden representar soluciones interesantes, sobre todo si se las examina con una óptica pragmática y no ideológica. El Banco propone cuatro políticas, las cuales son concebidas como un conjunto: 1) cobro de aranceles por los servicios; 2) provisión de seguros u otra protección frente a riesgos; 3) empleo eficiente de los recursos no gubernamentales y 4) descentralización de los servicios públicos de salud.

1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud. Por lo que respecta al cobro de cuotas, estas no deben verse exclusivamente, ni siquiera principalmente, como un mecanismo para extraer recursos de la población y transferirlos al sector salud, sino ante todo como un *instrumento de política*, mediante el cual pueden inducirse entre los proveedores y los usuarios de los servicios ciertas conductas que se consideran apropiadas para alcanzar objetivos de salud socialmente deseables.

La eficacia de las distintas formas de cobrar para lograr estos objetivos no es igual. La gratuidad, que puede conceptuarse como una forma de cobro, tiene la ventaja de estimular la demanda entre los grupos más pobres aunque, como bien señala el documento, la demanda también depende en forma crítica de la accesibilidad y la calidad de los servicios. Lamentablemente, el costo a la

población no desaparece por dejar de ser monetario, sino que se transforma en un precio en tiempo, que se paga mediante la espera, el burocratismo y la pérdida de control por parte de los usuarios. Además, la gratuidad puede llegar a subsidiar a segmentos de la población que no lo requieren.

La alternativa, sin embargo, no es instituir cuotas indiscriminadas por cada servicio prestado, como parece sugerir el estudio. Aunque estén subsidiadas, estas cuotas desalientan la búsqueda temprana de atención y disminuyen la utilización de servicios preventivos, además de ser regresivas en términos de la distribución del ingreso. Una opción atractiva es el sistema de cuotas diferenciales que se cobren solo para algunos servicios y para ciertos pacientes. Un sistema así tiene gran potencial para servir como un instrumento de incentivos que estimule ciertas conductas de utilización temprana y preventiva, así como un instrumento de equidad en beneficio de los pacientes con menos recursos y más necesidades. Por ejemplo, el cobro diferencial puede basarse en cuatro criterios que no son mutuamente independientes: el tipo de unidad donde se presta el servicio, el tipo de localidad donde se ubica la unidad, el tipo de servicio y la condición socioeconómica del paciente.

2. Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos. Otra opción que ofrece muchas ventajas es algún sistema de seguro o prepago, que el Banco Mundial propone enérgicamente, en lo que constituye una de las partes más valiosas del documento. Si bien el Banco parece favorecer la cobertura solo de riesgos financieramente catastróficos, es posible aspirar a una cobertura más integral. Estructurada mediante un buen sistema de deducibles, puede estimularse la utilización de servicios preventivos y desalentar la demanda excesiva.

En todo caso, deben instaurarse mecanismos de protección que impidan que el pago de cuotas o de primas de seguro dé lugar a que las instancias centrales de presupuestación recorten las asignaciones provenientes de los fondos públicos generales, pues entonces el cobrar solo aumentaría la carga a la población y no el financiamiento de los servicios de salud.

3. Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales. La tercera política propuesta por el documento, el fomento a la iniciativa privada, encierra varios problemas de concepción y estrategia. En primer lugar cabe preguntarse: ¿Qué es el sector privado? El documento parece tratar a todos los proveedores y establecimientos no gubernamentales como algo homogéneo. ¿Pero son en realidad comparables los planes cooperativos de salud, las misiones religiosas y las grandes cadenas multinacionales de hospitales? ¿Merecen el mismo tratamiento por parte del Estado los pequeños empresarios médicos que viven de su consultorio privado, las parteras empíricas, los especialistas propietarios de grandes firmas médicas de diagnóstico y los boticarios? Es muy probable que el sector privado no lucrativo se asemeje más al sector público que al lucrativo. Si bien hay muchos argumentos en favor de estimular a las organizaciones privadas de corte comunitario y no lucrativo, ellos no necesariamente se aplican a los organismos con fines de lucro. De hecho, cabe preguntarse si estos últimos *requieren* de incentivos adicionales a los que ya disfrutaban. Por ejemplo, en muchos países los

gastos en servicios médicos privados son deducibles del impuesto a los ingresos. Ello constituye un subsidio neto de toda la sociedad hacia los segmentos económicamente más poderosos.

Además de no diferenciar con precisión los distintos segmentos del sector privado, el estudio lanza algunas propuestas que deberían acompañarse de una reflexión más profunda. Se afirma, por ejemplo, que en muchos países de América Latina el sector privado podría "proporcionar gran parte o aun toda la atención curativa". ¿Qué pasaría en un caso así con toda la inversión social que ya existe en estos países en materia de atención a la salud? ¿Cómo se controlarían los abusos a que ha dado lugar en muchos países la contratación masiva de servicios privados por fondos públicos y seguros sociales? La instauración de tales mecanismos de control ¿no generaría una burocracia acaso mayor que la que hoy se destina a prestar servicios directamente?

Más aun, no existe ninguna evidencia de que el sector privado, sobre todo si está organizado sobre la base de monopolios, preste servicios de mayor calidad, ni que ofrezca un mejor trato a los pacientes, ni que sea más eficiente, ni mucho menos que aumente la equidad, como afirma el estudio. Para lograr algunos de estos objetivos, los autores proponen que haya mayor competencia. La pregunta es si ello es realmente factible. No hay que olvidar que el mercado de servicios médicos es, por así decirlo, perfectamente imperfecto, vale decir, que exhibe todas las imperfecciones identificadas por los economistas. Además de los múltiples elementos externos a que aludimos antes, existen notables asimetrías entre la información que poseen los médicos y la de los consumidores (es por eso, en gran medida, que acuden al médico), importantes barreras legales para el ingreso de nuevos productores al mercado, una gran facilidad por parte de

los productores para inducir la demanda, límites muy marcados sobre la racionalidad, un papel del gasto en servicios no como un consumo sino como una inversión en salud, etc. Aun suponiendo que la competencia sea deseable y posible, no hay pruebas contundentes, ni siquiera en Estados Unidos, de que efectivamente contribuya a reducir los costos de la atención médica. Parecería más sensato explorar opciones —que el documento no considera— para aumentar la eficiencia y la responsabilidad de los organismos públicos. Antes que abandonar a estos últimos, deberían instituirse medidas que ligaran en forma más estrecha la remuneración con el desempeño y que incrementaran la participación organizada de los usuarios en la toma de decisiones.

4. Descentralización de los servicios gubernamentales de salud. La descentralización, última de las políticas propuestas en el documento, tiene precisamente como uno de sus objetivos principales el hacer los servicios públicos más sensibles a las necesidades de los usuarios. Las ventajas de la descentralización se han puesto de manifiesto en países como México (6). Baste destacar aquí que puede existir un conflicto potencial entre la eficiencia local promovida por la descentralización y la equidad nacional. Dadas las notables desigualdades que suele haber entre distintas regiones, la descentralización puede acentuarlas si las regiones más ricas —que son también las que tienen mejores niveles de salud— son las que organizan sistemas locales de salud más eficientes y las que reciben mayores recursos. Por ello es preciso que, al lado de las instancias locales, se preserve un nivel nacional de evaluación que se ocupe de medir los beneficios del sistema de salud en su conjunto y la distribución equitativa de dichos beneficios.

Conclusión

En suma, a pesar de la insistencia del Banco Mundial de que sus cuatro propuestas sean consideradas como un conjunto, lo cierto es que algunas son muy razonables, mientras que otras resultan cuestionables. Contrariamente a lo que se sugiere en el documento, es probable que gran parte de los problemas que aquejan a los sistemas de salud no provengan de la hipertrofia del aparato público, sino de su debilidad y su incapacidad para hacer frente a las presiones de intereses particulares que promueven la fragmentación del sistema de salud, la ausencia de controles efectivos y la inflación de los costos. No será debilitando el sector público como estos problemas se solucionarán, sino fortaleciéndolo como instancia de promoción de una mayor autosuficiencia comunitaria en la prestación de servicios.

En todo caso, es claro que existen grandes lagunas en el conocimiento sobre la factibilidad y los efectos reales de distintas fórmulas —presentes y futuras— de financiamiento. El Banco Mundial ha reconocido la necesidad de apoyar la realización de más investigaciones sobre este tema prioritario. Para ello será preciso tomar medidas concretas que permitan desarrollar las capacidades nacionales en materia de investigación de sistemas de salud. Solo en esta forma podrá generarse el conocimiento requerido para sustentar nuevos enfoques de financiamiento que estén a la altura de la complejidad epidemiológica, política y económica del mundo actual.

Agradecimiento

El autor agradece los valiosos comentarios de Miguel Angel González-Block, Director de Investigación en Políticas de Salud, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Referencias

- 1 Omran, A. R. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 49(4):509-538, 1971.
- 2 Soberón, G., Frenk, J. y Sepúlveda, J. The health care reform in Mexico: Before and after the 1985 earthquakes. *Am J Public Health* 76(6):673-680, 1986.

- 3 Foucault, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educ Med Salud* 10(2):152-170, 1976.
- 4 Steiner, P. O. The public sector and the public interest. In: Haveman, R. H. y Margolis, J., eds. *Public Expenditure and Policy Analysis*, 2a. ed. Chicago, Rand McNally, 1977. pp. 27-66.
- 5 Frenk, J. y Donabedian, A. State intervention in medical care: Types, trends and variables. *Health Polic Plann* 2(1):17-31, 1987.
- 6 De la Madrid, M., Soberón Acevedo, G. et al. *La descentralización de los servicios de salud: El caso de México*. México, Grupo Editorial M. Porrúa, 1986.

EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD. CONDICIONES DE SU EFICACIA Y EQUIDAD

David Tejada de Rivero¹

El estudio-propuesta sobre el tema del financiamiento de los servicios de salud es, sin duda, una importante agenda para reformas impostergables en este campo. El Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial pone en debate planteamientos que desde hace mucho tiempo necesitaban del aval de organismos internacionales.

¹ Ex-Ministro de Salud del Perú. Dirección postal: Av. Javier Prado 1445, Depto. 502, San Isidro, Lima, Perú.

Las limitaciones del comentario

Comentar este documento es una tarea interesante y difícil. La forma en que se han analizado los problemas, los ejemplos muy bien escogidos, así como las políticas propuestas, están desarrollados con seriedad y, más aun, en forma clara, simple y que provoca la respuesta. Es un documento que hace pensar y obliga a revisar conceptos y experiencias. Lo difícil radica en que uno se siente motivado a comentar todos y cada uno de los puntos tratados y a desarrollar aquellos otros que en el documento están implícitos o que definitivamente faltan.