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

OMS, Serie de Informes Técnicos
829

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

Informe de un
Grupo de Estudio de la OMS

Organización Mundial de la Salud
Ginebra 1993

Traducido por la Organización Panamericana de la Salud

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

Catalogación de Estudio por la Biblioteca de la OMS

Grupo de Estudio de la OMS sobre la Evaluación de Cambios Recientes en la Financiación de los Servicios de Salud
Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud : informe de un grupo de estudio de la OMS.

(OMS, Serie de informes técnicos ; 829)

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

ISBN 92 4 320829 2 (Clasificación NLM: W 84.1)
ISSN 0509-2507

Printed in Spain
94/10226 – Benzal – 1800

Indice

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

Ginebra, 10-17 de diciembre de 1991

Miembros*

Dr. A.-P. Contandriopoulos, Profesor, Departamento de Administración de Salud y Grupo Interdisciplinario de Investigación en Salud, Universidad de Montreal, Montreal, Canadá

Sr. C. Cruz Rivero, Director, División de Investigación del Sistema de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, México

Sr. M. Kaddar, Economista, Dirección General y Científica, Centro Internacional de la Infancia, París, Francia

Dr. G. G. Sikipa, Secretaría Permanente de Salud, Ministerio de Salud, Harare, Zimbabwe *(Presidente)*

Dr. O. Solon, Profesor Asociado, Facultad de Economía, Universidad de Filipinas, Ciudad de Quezón, Filipinas *(Vicepresidente)*

Sra. J. Thomason, Jefa, Departamento de Medicina Comunitaria, Universidad de Papua Nueva Guinea, Boroko, Papua Nueva Guinea

Profesor J. Wasem, Economista en Salud, Instituto de Investigación Social Max Planck, Colonia, Alemania

Representantes de otras organizaciones

Organización Internacional del Trabajo

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

Banco Mundial

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

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

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

Secretaría

Dr. E. Tarimo, Director, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza

Sr. A. Creese, Científico, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza *(Secretario)*

Sra. S. Bennett, Investigadora, Unidad de Política de Salud, Departamento de Salud Pública y Política, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Inglaterra *(Asesora Temporera, Relatora)*

---

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

1. Introducción

1.1 Objetivos del Grupo de Estudio

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

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

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

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

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

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

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

Los objetivos del Grupo de Estudio fueron:

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

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

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

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

1.2 El contexto de los cambios en la financiación

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

Cambios económicos

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

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

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

Cambios demográficos

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

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

Cambios epidemiológicos

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

Cambios sociales y culturales

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

Cambios políticos

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

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

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

1.3 Un marco para evaluación

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

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

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

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

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

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

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

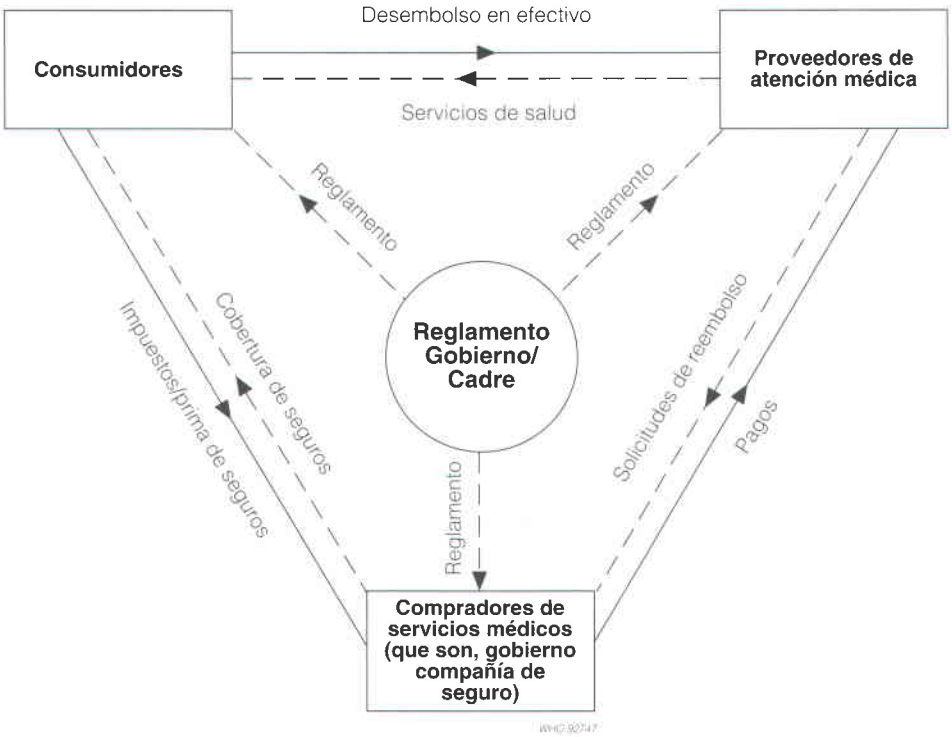
Finalmente, la provisión de servicios de salud con financiación gubernamental puede desempeñar un papel en una estrategia global de alivio de la pobreza. Las enfermedades para las que son importantes las externalidades o cuya prevención depende de los servicios públicos son también, en gran medida, las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

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

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

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

Figura 1
Agentes en la financiación de la atención de salud



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

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

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

Cuadro 1

Criterios para evaluación de los cambios en la financiación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recuadro 1

Alemania: costos del cambio de los sistemas de financiación

Naturaleza del cambio

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

Dimensión del cambio

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

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

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

Cronología

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

Costos directos

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Cambios en las fuentes de financiación

2.1 Fuentes de financiación de la atención de salud

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

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

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

1. Pago directo: pagos personales efectuados directamente a una amplia gama de proveedores, entre ellos, profesionales del sector privado, curanderos y farmacéuticos particulares. Los pagos de los usuarios, independientemente de si corresponden a servicios de salud proporcionados por el gobierno o por el sector privado, constituyen desembolsos en efectivo y, por tanto, se consideran aquí como financiación de la salud procedente de una fuente privada. Asimismo, los cargos, aportes o pagos adelantados de miembros de planes de financiación comunitaria también se consideran como provenientes de fuentes privadas (no gubernamentales).

2. Pago indirecto: pagos por servicios de atención de salud de parte de empleadores (por ejemplo, pago por complejos industriales grandes y de propiedad privada en los países en desarrollo o el que los empresarios en los países industrializados compartan el costo de la atención de salud) y financiación de la salud por otros órganos no gubernamentales, tales como la recaudación de fondos por entidades locales de beneficencia en pro de la salud.

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

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

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

1. *Seguro social o gubernamental:* estos sistemas proporcionan cobertura obligatoria o, en menor grado, voluntaria para las personas empleadas en el sector formal. Las primas o aportes se basan por lo general en el ingreso de la persona, independientemente del riesgo actuarial.

2. *Seguro privado:* proporciona cobertura a grupos o individuos a través de instituciones, que pagan como terceros y que operan en el sector privado. Las primas tienden a basarse en un cálculo actuarial de la incidencia de la enfermedad y del uso de los servicios, es decir, en general no guardan relación con el ingreso y varían según la edad y el sexo.

3. *Seguro del empleador:* se refiere a la cobertura que está comprendida entre las otras dos categorías, en la que los empleadores u órganos paraestatales o privados pagan como terceros o actúan como agentes de cobro, con elegibilidad basada en la situación de empleo. Los códigos laborales nacionales exigen a menudo dichos planes.

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

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

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

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

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

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

Cuadro 2
Financiación y provisión del sector de la salud

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

2.2 Fuentes de financiación del gobierno

2.2.1 *Tendencias y evolución*

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

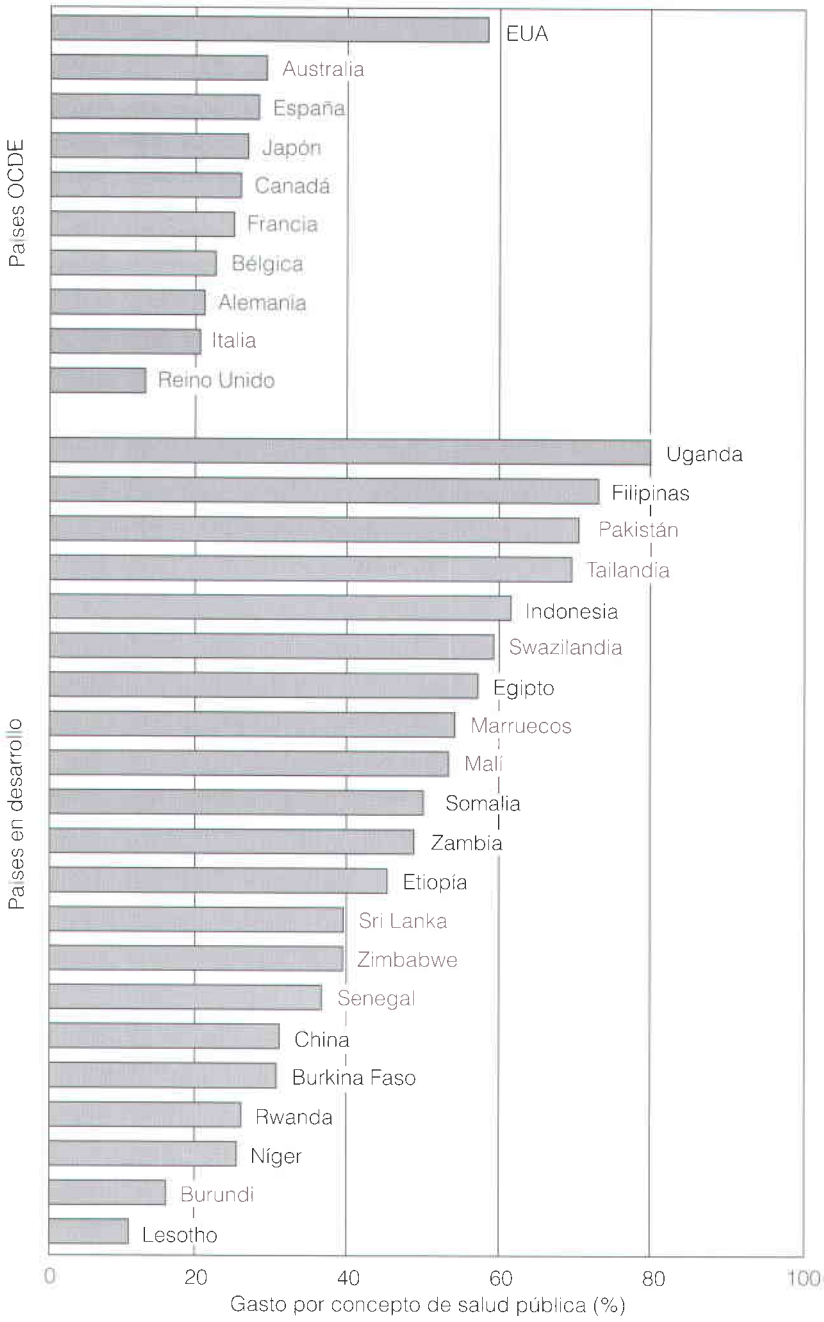
primacía en la formulación general de la política y la planificación estratégica para la salud, al igual que en otros sectores, a menudo puede parecer que la financiación de la salud también es un área en la que el gobierno es el principal actor. El grado en el que esto ocurre varía de un país a otro,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

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

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

Figura 1

Desembolso privado en la salud como porcentaje del desembolso total en salud (hacia 1987)[a]



[a] Fuentes: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCEDE) y Banco Mundial.