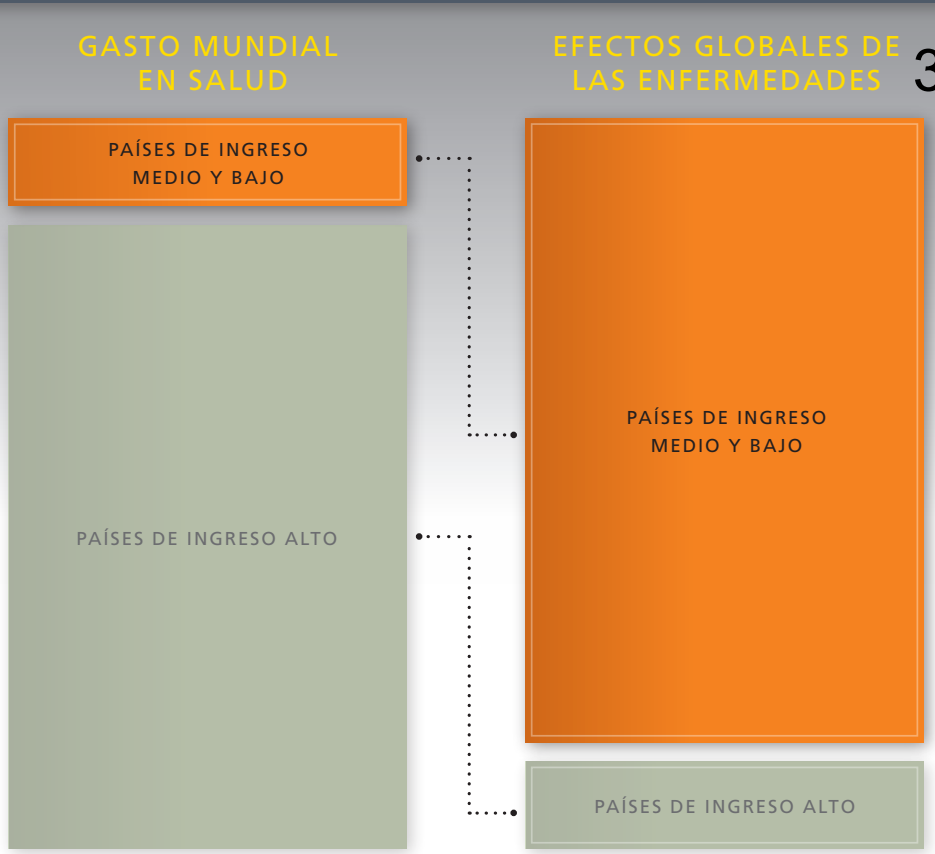
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized

UNA GUÍA PARA ESPECIALISTAS

ESTUDIO DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

37091



BANCO MUNDIAL

MAYOL EDICIONES

Pablo Gottret y George Schieber

Estudio del financiamiento de la salud: una guía para especialistas

BANCO MUNDIAL

MAYOL EDICIONES

The findings, interpretations, and conclusions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the Executive Directors of The World Bank or the governments they represent.
The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this volume do not imply any judgment concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Los resultados, interpretaciones y conclusiones expresados aquí son los del(los) autor(es) y no reflejan necesariamente las opiniones de los directores del Banco Mundial, o de los gobiernos que ellos representan.
El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos incluidos en este trabajo. Las fronteras, los colores, los nombres y otra información expuesta en cualquier mapa de este volumen no denotan, por parte del Banco, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los territorios, ni aprobación o aceptación de tales fronteras.

This work was originally published by the Word Bank in English as *Health Financing Revisiteds. A Practitioner's Guide* in 2006. This Spanish translation was arranged by Mayol Ediciones. Mayol Ediciones is responsible for the quality of the translation. In case of any discrepancies the originally language will govern.
Publicado originalmente en inglés como *Health Financing Revisiteds. A Practitioner's Guide* en 2006. La traducción al castellano fue hecha por Mayol Ediciones, editorial que es responsable de su precisión. En caso de discrepancias, prima el idioma original.

© 2006 The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

© 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433, USA

Todos los derechos reservados

Primera edición en castellano: agosto de 2007

Para esta edición:
© 2007 Banco Mundial en coedición con Mayol Ediciones S.A.
Calle 131 A No. 59C-62, Bogotá, Colombia
www: mayolediciones.com

ISBN 978-958-8307-11-4

Traducción al castellano: Rodrigo Taborda, Universidad del Rosario, Bogotá
Coordinación editorial: María Teresa Barajas S.
Edición y diagramación: Mayol Ediciones S.A.

Impreso y hecho en Colombia - Printed and made in Colombia

Contenido

Presentación xi
Reconocimientos xv
Acrónimos y abreviaciones xvii

Resumen ejecutivo 1
Algunos números sobre el sector 2
Patrones y efectividad del gasto actual en salud 3
Funciones de financiamiento de la salud y fuentes de ingreso 5
Mecanismos de distribución de riesgo 8
Ayuda para el desarrollo en temas de salud 14
Realidades del gasto de los gobiernos y palancas políticas 16
Retos para el financiamiento de la salud en países de bajos ingresos 18
Retos para el financiamiento de la salud en países de ingreso medio 22
Aprender de los países de ingresos altos 24

1 Transiciones en salud, carga de enfermedad y patrones de gasto 27
Dinámica demográfica 29
La transición epidemiológica y el gasto en salud 34
Implicaciones de las transiciones demográfica y epidemiológica en el financiamiento de la salud 36
Distribución mundial del gasto en salud 40
Fuente de los gastos en salud 41
Anexo 1.1 Pirámides de población y gastos globales de la salud del grupo de la región y de la renta 46
Referencias 49

2 Recaudación de ingresos, distribución del riesgo y adquisición de servicios 51
Funciones de financiamiento de salud: definiciones e implicaciones 52
Recaudación de ingresos y financiamiento gubernamental del sistema de salud 55
Distribución de riesgo, protección financiera e igualdad 62
Distribución de riesgo y prepago 66
Adquisición de servicios 72
Políticas de financiamiento de la salud y espacio fiscal para incrementar el gasto en salud 74
Anexo 2.1 Clasificación de los sistemas de financiamiento de la salud 76
Referencias 80

3 Mecanismos de distribución de riesgo 83
Sistemas de atención de salud financiados por el Estado 86
Sistema de aseguramiento social 94
Sistemas comunitarios de aseguramiento en salud 111
Sistemas de aseguramiento voluntario 121
Anexo 3.1 Los cuatro tipos de riesgo financiero en el aseguramiento voluntario/privado de salud 135
Referencias 136

4 Ayuda externa para el sector de la salud 141
Tendencias en la ayuda oficial para el desarrollo 143
Tendencias en los flujos privados de financiamiento 151
Tendencias en la ayuda para la salud 153
La efectividad de la ayuda 159
Esfuerzos recientes para mejorar la ayuda 174
Referencias 181

5 Mejorar los resultados en salud 185
Gasto del gobierno en salud 187
Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud 191
Anexo 5.1 Gasto público en salud, financiamiento de donantes y resultados en salud: datos y métodos 197
Referencias 209

6 Aumentar la eficiencia del gasto gubernamental 211
Instituciones y políticas a nivel de país 213
Instrumentos de política para mejorar la administración del sector público 216
Focalizar los gastos de salud 226
Descentralizar la atención de salud 229
Referencias 235

7 Financiamiento de la salud en países de ingreso bajo 237
Gasto en salud por región 239
El costo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 243
Métodos de estimación 243
Fuentes públicas de ingresos para la salud 247
Fuentes privadas de ingreso para el sector de la salud 258
Equidad y eficiencia en el gasto del sector salud en países de bajos ingresos 270
Anexo 7.1 Cuatro modelos para estimar el costo de los ODM en salud a nivel del país 280
Referencias 282

8 Financiamiento de la salud en países de ingreso medio 285
Aspectos comunes y diferencias en los sistemas de salud 286
Retos comunes en el financiamiento de la salud 289
Movilización de ingresos 291
Distribución de riesgo 296
Adquisición de servicios 305
Otras consideraciones 313
Anexo 8.1 Resumen de reformas recientes de sistemas de salud en países de ingreso medio 314
Referencias 316

9 Financiamiento de la salud en países de ingresos altos 319
Principales tendencias de reforma en los países de ingresos altos 321
Decisiones de cobertura y derecho a beneficios 323
Recaudación de ingresos 332
Agrupación de fondos 342
Compras y remuneración a proveedores 346
Referencias 353

Recuadros

2.1 Realidades institucionales que afectan la recaudación de impuestos en países de ingresos bajos y medios 57
2.2 Gasto doméstico y problemas de movilización de recursos en países de bajos ingresos 58
2.3 Diseño e implementación de esquemas de financiamiento que beneficien a los pobres 67
3.1 ¿Qué es un sistema nacional de salud? 88
3.2 Pagos informales a proveedores de servicio de salud en Azerbaiyán 91
3.3 ¿Qué es el aseguramiento social en salud? 96
3.4 Impacto de una administración y una supervisión deficientes en la implementación del aseguramiento social en salud 106
3.5 El fracaso de las contribuciones salariales en incrementar el inanciamiento de la salud en Europa oriental 108
3.6 Subsidios gubernamentales para extender el aseguramiento social en salud a la población vulnerable 111
3.7 ¿Qué es un sistema de aseguramiento comunitario en salud? 114
3.8 El uso del esquema de aseguramiento comunitario en salud para extender el aseguramiento social en salud al sector informal en Filipinas 117
3.9 ¿Qué es el aseguramiento voluntario en salud? 122
4.1 Impacto del Fondo Global para la lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria en los sistemas de salud 158
4.2 ¿Una solución a la volatilidad de la ayuda? La facilidad de estabilización de la ayuda propuesta por el DFID 167
6.1 Contratación de organizaciones no gubernamentales en Camboya 232
7.1 Pago por servicio de salud 266
7.2 Ruanda: Alinear la estrategia de salud con la estrategia de reducción de la pobreza y el esquema de gasto de mediano plazo 276
7.3 Vietnam: ¿Se ha excluido a los pobres? 278
8.1 De la fragmentación a la cobertura universal mediante la reforma del aseguramiento social en salud. Los casos de la República de Corea y Taiwán, China 300
8.2 Colombia: Reducir la fragmentación entre esquemas de cobertura de salud 302
8.3 Estonia. Reforma exitosa en los métodos de financiamiento, compras y pagos 308
8.4 Eslovenia. Mejoras en el financiamiento, mecanismos de pago y calidad de atención 312
9.1 La transición de aseguramiento social en salud al financiamiento con impuestos en Islandia y España 336
9.2 Subsidio del impuesto al doble aseguramiento privado en salud en Australia 338
9.3 Financiamiento de la salud con cuentas de ahorro médico en Singapur 339

Cuadros

2.1 Ingreso promedio del gobierno central, inicio de 2000 59
2.2 Marco para el análisis de las opciones de política para un seguro voluntario de salud 73
3.1 Instrumentos para regular los mecanismos de financiamiento de la salud no financiados por el gobierno en países de ingreso alto, bajo y medio 127
4.1 Razones para la volatilidad de la ayuda y posibles alternativas para mitigarla 166

4.2 Restricciones para absorber recursos externos adicionales 174
4.3 Restricciones para el incremento en el acceso a políticas de salud 175
4.4 Indicadores de progreso en la Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda para el Desarrollo 178
5.1 Resultados del modelo de regresión para la mortalidad de niños menores de cinco años y la mortalidad materna 192
6.1 Etapas de preparación de un esquema de gastos de mediano plazo 221
6.2 Evaluación preliminar del impacto de un esquema de gastos de mediano plazo en África 222
7.1 Estimaciones alternativas de costo anual para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud 244
7.2 Participación del gasto en salud en el gasto total del gobierno en 20 países pobres altamente endeudados, 1998-2002 253
7.3 Participación del gasto privado en salud y plan prepagado de aseguramiento en el gasto privado en salud de países seleccionados 259
7.4 Barreras a la expansión del esquema de aseguramiento voluntario en India 261
7.5 Argumentos a favor y en contra de las tarifas a usuarios 268
9.1 Grupo de países de altos ingresos según mecanismo de financiamiento de salud, 2002 322
9.2 Participación de gastos de bolsillo y de pagos por aseguramiento voluntario en salud en el gasto total en salud en 12 países europeos, 1980-2001 331
9.3 Criterios de ajuste de riesgo en las fórmulas de capitación para la asignación de recursos en países con sistemas de aseguramiento social en salud 345
9.4 Criterios de ajuste de riesgo en las fórmulas de capitación para la asignación de recursos en países con sistemas financiados por impuestos 346

A1.1 Composición del gasto en salud en países de ingresos altos, medios y bajos, promedios ponderados por población, 2002 48
A1.2 Composición del gasto en salud en países de ingresos altos, medios y bajos, promedios ponderados por país, 2002 49
A3.1 Riesgos seleccionados en el aseguramiento voluntario/privado de salud 135
A5.1 Nombre de las variables y estadísticas descriptivas 200
A5.2 Resultados de la regresión 204
A5.3 Estadístico X^2 de Hausman (con errores heteroscedásticos) 205
A5.4 Elasticidad de la mortalidad de niños menores de cinco años y de la mortalidad materna con respecto al gasto público en salud 206
A8.1 Resumen de reformas recientes de sistemas de salud en países de ingreso medio 314

Gráficos

1.1 Crecimiento de la población mundial, 1950-2050 30
1.2 Pirámide poblacional de Asia oriental y el Pacífico, 2005 y 2025 31
1.3 Pirámide poblacional del Asia meridional, 2005 y 2025 32
1.4 Distribución etaria en Sierra Leona y Dinamarca, 2005 34
1.5 Carga de enfermedad mundial, 2002 37
1.6 Efecto de los cambios en el número de personas y estructura edad-género en el gasto de salud por región, 2005-25 39
1.7 Distribución global del PIB y gasto en salud en países en desarrollo, 2002 42
1.8 Gasto total y público en salud por PIB per cápita, 2002 46

2.1 Funciones de financiamiento 53
2.2 Participación de impuestos directos e indirectos en los ingresos totales en países de ingreso bajo, medio y alto 60
2.3 Costo de los servicios de salud, capacidad de pago y necesidad de subsidios a lo largo de la vida de un individuo típico 69
2.4 Modelos de subsidios cruzados para la distribución de riesgo y mayor equidad de la contribución de los hogares para servicios de salud 70
4.1 Ayuda oficial para el desarrollo actual y proyectada, 1990-2010 145
4.2 Flujos de capital de largo plazo hacia África subsahariana y el resto de países en desarrollo, 2003 146
4.3 Financiamiento para el desarrollo en salud por fuente, 1997-2003 154
4.4 Financiamiento doméstico y externo para VIH/SIDA en países en desarrollo, por fuente, 2000-4 156
4.5 Financiamiento doméstico y externo para VIH/SIDA en países seleccionados en África subsahariana, 2000-4 157
4.6 Promesas de donación para la salud en siete países de África, 1997-2001 164
4.7 Modelo de ingresos del gobierno y gastos hospitalarios a lo largo del tiempo 171
4.8 Tendencia en el ingreso doméstico y el gasto hospitalario en Lesotho, 1984-8 172
4.9 Tendencias en el ingreso doméstico y el gasto hospitalario en Etiopía, 1981-92 172
5.1 Progreso hacia la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años, por región 193
5.2 Progreso en la reducción de la mortalidad maternal, por región 194
5.3 Metas y tasas proyectadas de la mortalidad de niños menores de cinco años en Kenia, Ruanda y Sudán 196
6.1 Puntajes de evaluación de políticas e instituciones por indicador y región, 2003 215
6.2 Puntajes de evaluación de políticas e instituciones por región y a lo largo del tiempo, 1999-2003 215
7.1 Gasto público y privado en salud en Asia meridional, 1998-2001 240
7.2 Gasto público y privado en salud en África subsahariana, 2002 242
7.3 Estimación de gasto gubernamental en salud necesario para lograr los ODM en mortalidad infantil en 10 países de África, 1995-2015 247
7.4 Cambio porcentual anual de ingreso por impuestos y otras fuentes en África subsahariana en la década de 1990 249
7.5 Cambio porcentual anual en el ingreso total en África subsahariana en la década de 1990 249
9.1 Participación de los ingresos por impuestos y por contribuciones a la seguridad social en salud en el gasto total en salud en países de altos ingresos, 2002 334
9.2 Cambio en la participación de gastos de bolsillo en el gasto total en salud en países de altos ingresos, 1992 y 2002 341
9.3 Estructuras de mercado para organizaciones de compras en países de altos ingresos 347

A1.1 Pirámides poblacionales y gasto global en salud por región y grupo de ingreso 46
A2.1 Relación entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud 76
A2.2 Determinantes del financiamiento de la salud 77
A2.3 Marco de análisis de Kutzin para las funciones de financiamiento de la salud 78
A2.4 Fuentes de financiamiento, mecanismos de contribución y agentes recaudadores 79
A2.5 Etapas de la protección financiera y políticas de respaldo 80

Presentación

Las políticas de salud global ocupan uno de los primeros lugares en la agenda política internacional. La globalización, el compromiso de la comunidad internacional en reducir la pobreza y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la existencia de nuevos mecanismos de financiamiento, así como graves amenazas a la salud, como las infecciones respiratorias agudas y la gripe aviar, han disparado importantes incrementos en el financiamiento disponible para la salud global, proveniente tanto de recursos tradicionales como de nuevas fuentes. Los países receptores también se han comprometido a incrementar los recursos públicos destinados a servicios esenciales de salud para alcanzar los ODM. Esto representa una gran oportunidad y, a la vez, un gran reto tanto para los países donantes como para los países receptores.

Existe una gran brecha entre los países ricos y pobres en lo que se refiere a necesidades y gasto en salud. El 84% de la población mundial habita en países en desarrollo y a pesar que esta población afronta el 90% de la carga de enfermedad global, tan solo el 20% del producto interno bruto (PIB) y el 12% del gasto total en salud del mundo está destinado a eso. Los países de altos ingresos destinan por persona cerca de cien veces más en salud que los países de bajos ingresos: aun teniendo en cuenta las diferencias de costo de vida, esta diferencia es de casi 30 veces. Este panorama empeora cuando se tiene en cuenta que más de la mitad del gasto en salud de los países pobres proviene de pagos de bolsillo de los usuarios. Se trata de un mecanismo de financiamiento muy inequitativo, ya que afecta más negativamente a los pobres y excluye a los individuos de la protección financiera ofrecida por mecanismos de aseguramiento públicos o privados, para afrontar los costos de enfermedades catastróficas. Adicionalmente, la mayor parte de los países pobres no están en condiciones de ofrecer a sus ciudadanos un paquete básico de servicios esenciales de salud, lo cual deja a sus habitantes aún más desprotegidos.

Esta inequidad tiene consecuencias muy serias para el estado de salud de la población pobre del mundo. Los países de bajos ingresos enfrentan una carga de enferme-

dad importante asociada con enfermedades transmisibles, prevenibles y tratables que presiona aún más sobre los problemas de financiamiento resultantes de incrementos sostenidos en su población, y en la expectativa de vida y de la carga de enfermedad asociada a enfermedades no transmisibles. Estos factores no sólo afectan desproporcionadamente a los pobres, sino que incrementan los costos de los servicios de salud y limitan la productividad y el crecimiento económico.

Los países de ingreso medio se encuentran en una lucha constante para alcanzar una cobertura universal de servicios esenciales, y ofrecer a su población protección financiera adecuada para afrontar gastos catastróficos, enfrentando asimismo crecientes gastos de salud causados por transiciones demográficas y epidemiológicas y la implementación de nuevas tecnologías. La mayoría de los países de ingreso medio se han embarcado en reformas de sus sistemas de salud, para enfrentar estos problemas mediante mejoras en los sistemas de recolección de ingresos y de diversificación de riesgos, y aumentos de la eficiencia del gasto en salud.

El reconocimiento internacional de esas inequidades en la salud global, de parte del Grupo de los Ocho países más industrializados del mundo, la Comisión Europea, y las Naciones Unidas, así como las nuevas amenazas a la salud pública mundial y la cooperación existente para el logro de los ODM, han generado incrementos importantes en la ayuda financiera para el desarrollo en general y para temas de salud, en especial, después de una década de reducción en los 90. Sin embargo, se requiere mucha más asistencia de los donantes –entre 25 a 70 mil millones de dólares por año– para ofrecer a la población pobre del mundo servicios esenciales y para que los países alcancen los ODM en salud.

Lamentablemente la existencia de más recursos no producirá por sí sola mejores resultados, a menos que la comunidad internacional afronte directamente el reto de fortalecer la capacidad de implementación de los sistemas de salud, de modo que los recursos se traduzcan en mejores resultados de salud para los pobres. A pesar de las mejoras en el acceso a servicios de salud como resultado de programas globales, las experiencias recientes de incrementos de ayuda mediante estos programas han resaltado la presencia de obstáculos importantes en la implementación –problemas macroeconómicos, de gobernabilidad, institucionales y específicos de los sistemas de salud– que impiden el uso efectivo, eficiente y equitativo de la asistencia para el desarrollo de la salud.

Para mitigar los efectos de los obstáculos en la implementación, los donantes, así como los receptores, deben ser mutuamente responsables por sus promesas, comportamientos y resultados. Los países donantes deben cumplir con sus compromisos de ayuda, armonizar sus iniciativas, incrementar la predictibilidad y la duración de sus flujos de asistencia y reconciliar los intereses políticos nacionales con las necesidades

globales. Los países necesitan hacer su parte en asegurar que un incremento en el gasto público "compra" mejores resultados en salud y desarrollo humano para los pobres. Los países receptores necesitan mejorar la gobernabilidad y la capacidad de manejo macroeconómico y presupuestario, reducir la corrupción, asegurar que tienen sistemas de salud funcionando y apoyados por financiamiento sostenible y de largo plazo y que han establecido alianzas efectivas con proveedores no gubernamentales, para lograr resultados tendientes a mejorar sus indicadores de desarrollo humano.

En países de ingreso medio y en los países grandes de bajos ingresos, los donantes juegan un papel limitado en el financiamiento de los sistemas de salud, y mayores aumentos en las fuentes de financiamiento externas para la salud son poco probables. En estas circunstancias, ciertos factores se convierten en importantes prioridades del sector público, incluyendo asegurar un financiamiento equitativo, eficiente y sostenible; desarrollar efectivos y equitativos mecanismos de prepago y diversificación de riesgos; mejorar la capacidad regulatoria para enfrentar las fallas de mercado; asegurar acuerdos de gobernabilidad apropiados; obtener mejores resultados por el dinero invertido mediante mejoras en la eficiencia técnica y distributiva; focalizar el financiamiento hacia los más pobres y vulnerables, y aprender de la experiencia de los países de altos ingresos.

Este informe ofrece una revisión de las herramientas, políticas y tendencias del financiamiento en salud, concentrándose en los retos que enfrentan lo países en desarrollo. Si bien todos los sistemas de financiamiento de servicios de salud deben buscar mejorar el estado de salud, ofrecer protección financiera en contra de los costos de enfermedades catastróficas y satisfacer a sus beneficiarios, la evidencia presentada en este informe revela que no existe un solo camino para alcanzar estos objetivos. Los países operan en medio de contextos económicos, culturales, políticos, demográficos y epidemiológicos muy diferentes. El desarrollo de la entrega y financiamiento de los servicios de salud –y las soluciones óptimas a los retos que enfrentan– continuarán siendo influenciados por estos y otros factores históricos específicos de cada país. Sin embargo, los países pueden aprender de los esfuerzos de mejoras en el financiamiento de la salud. Este informe resalta algunas lecciones clave en el área y ofrece recomendaciones de política basadas en principios económicos básicos, ambientes políticos, condiciones socioeconómicas y realidades institucionales, sin palabras ni fórmulas mágicas o propaganda. También resalta los retos existentes que se anticipan para países en desarrollo y sus contrapartes mundiales.

Jacques Baudouy
Director Salud, Nutrición y Población
Banco Mundial

Reconocimientos

Este informe fue preparado por Pablo Gottret y George Schieber. También participaron como autores Nicole Tapay, Axel Rahola, Marko Vujicic, Lisa Fleisher, Margaret Maier, Eduard Bos, Emi Suzuki, Paolo Belli, Mark Bassett, Abdo Yazbeck, Reinhard Busse, Jonas Schreyögg y Christian Gericke. El informe contiene contribuciones escritas por Agnes Soucat, John Langenbrunner, Cristian Baeza, Daniel Kress, Farasat Bokhari, Ginny Hsieh, Jumana Qamruddin, Qiu Fang, Ricardo Bitran, Vijaysakar Kalavakonda y Yunwei Gai. Charito Hain y Philomena Williams colaboraron en la edición y formato final. El trabajo fue desarrollado bajo la dirección general de Jacques Baudouy y Kei Kawabata.

Los autores desean agradecer a los revisores técnicos –Peter Berman, Mukesh Chawla, Óscar Picazo y Anand Rajaram–, así como a Alex Prever, Pía Schneider y Adam Wagstaff, quienes ofrecieron comentarios escritos al informe. La metodología y resultados econométricos recibieron comentarios y sugerencias de Mead Over y Santiago Herrera. El equipo de trabajo desea expresar su agradecimiento especial a Paúl Gertler, quien ofreció indicaciones estratégicas de medidas de política para finalizar este informe.

Este informe fue editado por Susan Gram Bruce-Ross. Larson, Carol Rosen y Jodi Baxter, pertenecientes a Communications Development Incorporated. La producción del libro original y su impresión estuvieron a cargo de la oficina de publicaciones del Banco Mundial.

El informe fue financiado en parte por el gobierno de Holanda, mediante el programa conjunto Banco Mundial-Holanda.

Acrónimos y abreviaciones

ADI	Asociación para el desarrollo internacional (Banco Mundial)
APS	Aseguramiento privado en salud
CAPD	Comité de ayuda para el desarrollo (OCDE)
CARP	Crédito para ayudar en la reducción de la pobreza
DEG	Derechos especiales de giro
DERP	Documento sobre estrategias de reducción de pobreza
DPDI	Departamento para el desarrollo internacional del Reino Unido
EHCESP	Estrategias y herramientas contra la exclusión social y la pobreza
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EPIP	Evaluación de las políticas e instituciones de un país (CPIA por las iniciales en inglés de *country policy and institutional assessment*)
ESGP	Encuestas de seguimiento del gasto público (PETS por las iniciales en inglés de *public expenditure tracking survey*)
FGCSTM	Fondo Global contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (GFATM por las iniciales en inglés de *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*)
FMI	Fondo Monetario Internacional
G-8	Grupo de los Ocho (países)
GDR	Grupo de diagnóstico relacionado
IED	Inversión extranjera directa
IFI	Institución para la financiamiento internacional
IVA	Impuesto al valor agregado
LGMP	Lineamiento de gastos de mediano plazo (MTEF por las iniciales en inglés de *medium-term expenditure framework*)

MAM	Maqueta para análisis multisectorial (MAMS por las iniciales en inglés de *maquette for multisectoral analysis*)
MG	Médico general
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OSEC	Organización de salud establecida por la comunidad
PECSPEU	Plan de Emergencia contra el SIDA del Presidente de los Estados Unidos (PEPFAR por las iniciales en inglés de *U. S. President's Emergency Plan for AIDS relief*)
PIB	Producto Interno Bruto
PM	Proyecto del Milenio (necesidades de evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio)
PMCB	Presupuesto marginal para cuellos de botella
PPFE	País pobre fuertemente endeudado
RGP	Reportes del gasto público (PER por las iniciales en inglés de *public expenditure review*)
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia humana

Resumen ejecutivo

La salud es reconocida en la actualidad como uno de los derechos humanos básicos, y la urgencia de algunos temas de salud global ha colocado las políticas de salud en los primeros lugares de la agenda internacional. Con la globalización viene el flujo de ideas, capital y personas a través de las fronteras, lo cual tiene profundas implicaciones en la diseminación y tratamiento de las enfermedades. Las epidemias de VIH/SIDA y SRAS, el impacto potencial de la gripe aviar, y la dimensión internacional del bien público, definido como 'salud pública', hacen de las políticas globales de salud un tema de seguridad nacional, así como un tema de política exterior. Adicionalmente, en la actualidad es claro que los ODM no pueden lograrse sin la utilización masiva de nueva ayuda para el desarrollo proveniente de países extranjeros, y gran parte de ella destinada a temas de salud.

Estos temas han generado una nueva dinámica en la política de salud global en los donantes multilaterales y bilaterales, los nuevos financiadores (como la Fundación de Bill y Melinda Gates), los nuevos programas globales (como el Fondo Global para SIDA, Tuberculosis y Malaria), y los países receptores. Las iniciativas conjuntas de instituciones multilaterales, bilaterales, fundaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG) están ayudando a los países a financiar, racionalizar y hacer operativas las reformas de salud.

La comunidad internacional debe mantener su promesa de incrementar la ayuda para el desarrollo y de hacerla más predecible y sostenible. Sin embargo, los países en desarrollo son quienes deben enfrentar los retos de organizar sus instituciones y sistemas de financiamiento de la salud para ofrecer los recursos financieros necesarios, asegurar un acceso equitativo a intervenciones efectivas de salud, y proteger a su población contra efectos catastróficos en la salud y el ingreso. Estas reformas deben estar basadas en las realidades sociales y macroeconómicas locales y especialmente en buena gobernabilidad.

Este informe ofrece una revisión de las políticas de financiamiento de la salud en países en desarrollo. Es un libro introductorio en los temas fiscales y de financiamiento de la salud, con el objetivo de apoyar a los hacedores de política y a todos aquellos afec-

tados por la misma en el diseño, implementación y evaluación de reformas efectivas de los sistemas de financiamiento. El sector de la salud es extremadamente complejo, y los encargados de las reformas deben estar preparados para enfrentar estas complejidades cuando estén diseñando e implementando las reformas de política de salud.

El informe evalúa las políticas de financiamiento de la salud desde la perspectiva de las funciones básicas de recolección de ingresos, distribución del riesgo y adquisición de servicios. Estas funciones se evalúan según su capacidad de mejorar los resultados en salud, ofrecer protección financiera y asegurar la satisfacción del consumidor de un modo equitativo, eficiente y sostenible financieramente.

Existen varios modelos para la implementación de estas funciones básicas: sistemas nacionales de servicio de salud, seguros sociales de aseguramiento de salud, seguros de salud voluntarios privados, aseguramiento en salud con bases comunitarias, y adquisición directa de los consumidores. Pero aún más importante que los modelos, son los tres principios básicos de las finanzas públicas:

- *Principio 1.* Recolectar ingresos suficientes para ofrecer a los individuos un paquete básico de servicios esenciales y asegurar protección financiera en contra de gastos médicos catastróficos causadas por enfermedad o lesiones, de manera equitativa, eficiente y sostenible.
- *Principio 2.* Manejar estos ingresos para distribuir los riesgos de la salud de forma equitativa y eficiente.
- *Principio 3.* Asegurar la compra de servicios de salud de manera que sea distributiva y técnicamente eficiente.

Todos los sistemas de financiamiento intentan seguir estos principios, pero la evidencia analizada en este informe muestra que no existe una única vía para alcanzarlos. Los países operan dentro de contextos económicos, culturales, demográficos y epidemiológicos muy diferentes; y el desarrollo de sus sistemas de financiamiento y de provisión de servicios de salud, así como las soluciones óptimas a los problemas que éstos enfrentan, continuarán siendo influenciados por estos y otros factores históricos, así como por consideraciones particulares de economía política. Pero, aun así, los países pueden aprender tanto del éxito como de las fallas de los demás países en su esfuerzo por financiar la salud.

Algunos números sobre el sector

Globalmente existe una enorme disparidad entre las necesidades de financiamiento de salud de los países y su gasto en salud. Los países en desarrollo albergan el 84% del la población del mundo y enfrentan el 90% de la carga de enfermedad mundial con tan sólo el 12% del gasto mundial en salud. Los países más pobres enfrentan un

porcentaje aun más grande de la carga de enfermedad y cuenten con menos recursos aun para el financiamiento de sus necesidades de salud.

Esta dinámica poblacional y epidemiológica tendrá profundos efectos en las economías y las necesidades futuras de salud de todos los países. La población del mundo crecerá a un estimado de 7,5 mil millones en el año 2020 y a 9 mil millones en el año 2050. Se espera que la mayor parte de este crecimiento ocurra en países en desarrollo. Los países de bajos ingresos enfrentarán las tasas más altas de crecimiento: la población en 50 de los países más pobres se duplicará en el año 2050.

El cambio demográfico (con altas, pero decrecientes tasas de crecimiento de la población y una creciente expectativa de vida), así como la tendencia hacia un mayor peso de las enfermedades no transmisibles y lesiones, determinarán las necesidades y los sistemas de entrega de servicios en países de ingresos bajos y medio. En los próximos 20 años, el solo cambio en el tamaño y la estructura de la población aumentará las necesidades de gasto total en salud en 13% en Europa y Asia central, 37% en Asia oriental y el Pacífico, 45% en Asia meridional, 47% en América Latina y el Caribe, 52% en África subsahariana y 62% en el Medio Oriente y África septentrional. Sólo debido a razones demográficas y, excluyendo a Europa y Asia central, los países en desarrollo enfrentarán incrementos anuales de 2-3% en sus necesidades (y consecuentes presiones) de gasto de salud.

Estas altas (pero decrecientes) tasas de crecimiento de la población, junto con niveles mayores de expectativa de vida, se traducirán en un incremento significativo en la población de los países en desarrollo en todos los rangos de edad, pero especialmente en el grupo de edad adulta. Como resultado de la coyuntura poblacional, un mayor número de individuos entrará en la fuerza laboral; la probabilidad de que este fenómeno se convierta en un "regalo demográfico" de crecimiento acelerado, o una "maldición demográfica" de mayor desempleo y tensión social, dependerá de las políticas gubernamentales que promuevan el crecimiento económico y el empleo. Es necesario que las estructuras industriales estén en funcionamiento y que existan los patrones de empleo adecuados para la movilización de recursos locales, y de esfuerzos específicos en el financiamiento de la salud.

Patrones y efectividad del gasto actual en salud

El gasto mundial en salud en 2002 fue de US$3,2 mil millones, cerca del 10% del producto interno bruto (PIB) del mundo. Sólo un 12% de este gasto, unos US$350 mil millones, se gastó en países de ingresos bajos y medio. Los países de altos ingresos gastan cerca de 100 veces más en salud en términos per cápita (ponderado por la población) que sus equivalentes de bajos ingresos (esto equivale a alrededor de 30 veces cuando se tienen en cuenta las diferencias de costo de vida). Lo que es aun peor, más de la mitad del gasto en los países de bajos ingresos proviene del gasto de bolsillo de

los usuarios de los servicios de salud. El gasto de bolsillo es, sin duda, la forma más inequitativa de financiamiento posible porque golpea fuertemente a los pobres y niega a la población la protección financiera necesaria en casos de enfermedades catastróficas, ofrecida por otros mecanismos de aseguramiento, ya sean privados o públicos.

La participación pública en el gasto total en salud cambia con la categoría de ingreso: la participación pública es 29% en países de ingreso bajo, 42% en países de ingreso medio bajo, 56% en países de ingreso medio alto, y 65% en países de ingreso alto. (En el 2003, el Banco Mundial define los países como de ingreso bajo cuando su ingreso nacional bruto (INB) per cápita es menor a US$766, los países con un INB entre US$766 y US$9.385 se consideran como de ingreso medio, siendo US$3.035 la línea divisoria entre países de ingreso medio bajo y medio alto).

Las instituciones sociales de aseguramiento en salud son una fuente muy limitada de gasto en salud en países de ingreso bajo; representan sólo el 2% del gasto total en salud en países de bajos ingresos, 15% en países de ingreso medio bajo, y 30% en países de ingreso medio alto y alto. En África subsahariana sólo 2% de todo el gasto público en salud se financia a través de instituciones sociales de aseguramiento (el equivalente a menos de 1% del gasto total en salud). En Asia meridional, el mismo equivale al 8% del gasto publico en salud (o algo menos del 2% del gasto total).

Con respecto a la participación privada del gasto total, cuanto más pobre es el país, mayor es el porcentaje de gastos de bolsillo: 93% en países de ingreso bajo (más del 60% del total del gasto); cerca del 85% en países de ingreso medio (40% del total); y sólo 56% en países de ingreso alto (equivalente a un 20% del total). Estos porcentajes en países de ingreso bajo y medio son preocupante, ya que implican que el gasto de bolsillo, la fuente más inequitativa de financiamiento de la salud, predomina en estos países.

El financiamiento externo representa el 8% del gasto total en salud en países de ingreso bajo y menos del 1% en países de ingreso medio (cuando los niveles de gasto son ponderados por la población). Cuando los países son los ponderadores, y no la población, el financiamiento externo representa el 20% del gasto total de los países de ingreso bajo. En 12 países de África subsahariana, fuentes externas financian más del 30% del gasto total en salud.

¿Qué tan efectivo es el gasto respecto a los resultados en salud? Diferentes estudios reportan gran variedad de efectos: desde ningún impacto observable, pasando por resultados limitados, hasta impactos sólo en intervenciones específicas. Mejoras en los resultados de salud están asociadas con instituciones más fuertes y mayores inversiones en sectores relacionados con la salud, como la educación y la infraestructura.

Resultados del análisis econométrico llevado a cabo para este estudio muestran un fuerte impacto del gasto público en la mortalidad materna e infantil. Aun más, los efectos observados del gasto en salud son mayores que los que se observan como resultado de inversiones públicas en infraestructura, educación y sanidad. El análisis

también sugiere que inversiones paralelas en infraestructura y educación reducen aun más la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, resultado este que afirma la necesidad de un enfoque multisectorial para alcanzar los ODM en el área de la salud. El crecimiento económico también tiene un gran impacto en los resultados de salud, no sólo al mejorar los resultados directamente, sino también al generar mayores recursos que pueden ser movilizados por los gobiernos para incrementar el gasto público.

Otro resultado importante del análisis es que la ayuda de los donantes internacionales tiene un impacto directo limitado en los resultados de salud. Luego de controlar por la volatilidad, se observa un impacto directo de esta asistencia en la mortalidad de niños menores de cinco años, aunque no se evidencia un efecto directo sobre la mortalidad materna –sólo lo hace indirectamente, mediante su efecto en el gasto en salud del gobierno. Este resultado no es muy sorprendente teniendo en cuenta la flexibilidad de los gobiernos en el uso de la ayuda externa (dada la fungibilidad de la misma), la falta de registro presupuestario de niveles significativos de ayuda externa, la exclusión de buena parte de la ayuda recibida de la balanza de pagos de los países, y el hecho de que mucha ayuda financiera haya sido catalogada como reducción de deuda y/o asistencia técnica.

Funciones de financiamiento de la salud y fuentes de ingresos

Existen varios métodos mediante los cuales diferentes países han diseñado e implementado políticas para recolectar ingresos, distribuir riesgos y comprar servicios. La distribución de riesgo es un mecanismo mediante el cual la recolección y la administración de recursos financieros se realiza, de tal modo que grandes riesgos financieros impredecibles se conviertan en predecibles y se distribuyan entre todos los miembros del sistema o asociación. La compra de servicios se refiere a los diferentes mecanismos a disposición de los compradores de servicios de salud para pagar a los proveedores.

El éxito de un país en llevar a cabo estas funciones tiene implicaciones importantes para:

- Disponibilidad de fondos (actuales y futuros) y existencia conjunta de niveles esenciales de servicios y protección financiera.
- Justicia (equidad) en los mecanismos de recolección de ingresos para financiar el sistema (basando el acceso en la necesidad y no en la habilidad de pago).
- Eficiencia económica en la recolección de ingresos, no crear distorsiones o pérdidas para la economía.
- Niveles de distribución de riesgo y de prepagas (implicaciones de riesgo y equidad en los subsidios).
- El número y tipo de servicios comprados y utilizados y sus efectos en los resultados de salud y en los costos (eficiencia asignativa).

- Eficiencia técnica en la producción de servicios (producir cada servicio a su costo medio mínimo).
- Acceso financiero y físico a los servicios (incluyendo equidad en el acceso).

Recaudación de ingresos

La recaudación de ingresos en los países en desarrollo es el arte de lo posible, no de lo óptimo. A pesar de que existen numerosas fuentes de recursos públicos y privados para la recaudación de ingresos, las realidades institucionales de los países en desarrollo usualmente restringen el uso de los mecanismos más equitativos y eficientes de recaudación de ingresos. La capacidad de recaudación de ingresos aumenta a medida que el ingreso de los países aumenta (como resultado de mayor formalización de la economía, mayor capacidad de pago de los individuos y las organizaciones y de una mejor administración de impuestos). Los países de bajos ingresos recaudan ingresos públicos en alrededor del 18% del PIB, limitando su capacidad de financiar los servicios públicos esenciales. Por ejemplo, un país con un PIB per cápita de US$300 puede recaudar US$54 per cápita (18%) para sus necesidades de gasto público –defensa, carreteras, aeropuertos, electricidad, sistemas de alcantarillado, pensiones, educación, salud y agua. Los países de ingreso medio recaudan alrededor del 23% de su PIB y los países de ingreso alto un 32%.

Distribución del riesgo

La distribución del riesgo y el sistema de prepago son esenciales para ofrecer protección financiera. La distribución de riesgos de salud permite el establecimiento de un seguro y mejora el bienestar de los ciudadanos, al permitir a los individuos pagar una cantidad predeterminada para protegerse ellos mismos contra grandes e impredecibles gastos médicos futuros.

Existen varios modos con los cuales los gobiernos pueden financiar los programas de aseguramiento en salud, y cada uno debe ser evaluado a partir de los criterios de equidad, eficiencia, sostenibilidad, factibilidad y costos administrativos. La mayoría de los países de ingresos bajo y medio tienen múltiples sistemas, públicos y privados, de distribución de riesgo. Los gobiernos deben buscar reducir la fragmentación (incrementando así la equidad y la eficiencia), disminuir los costos administrativos y ofrecer las bases para una más efectiva distribución de riesgo y adquisición de servicios.

Asignación de recursos y adquisición de servicios

La asignación de recursos y los mecanismos de adquisición de servicios determinan a quién comprar, qué comprar, cómo pagar y a qué precio. La adquisición de servicios incluye los múltiples mecanismos utilizados por quienes adquieren servicios de salud

para pagar al proveedor de servicios médicos. Existen diversos alternativas: algunos sistemas nacionales de salud y organizaciones de seguridad social ofrecen servicios en instalaciones de propiedad pública, en donde los trabajadores son empleados públicos asalariados; en algunos otros casos, los individuos o las organizaciones compran servicios mediante pagos directos o mediante contratos con proveedores públicos o privados; otros acuerdos combinan estas alternativas.

La asignación de recursos y los procedimientos de adquisición de servicios tienen importantes implicaciones para el costo, acceso, calidad y la satisfacción del consumidor. Las ganancias de eficiencia (técnicas y asignativas) provenientes de los diversos mecanismos de adquisición de servicios se traducen en mejores resultados por el mismo dinero y, en consecuencia, se convierten en un medio para obtener "financiamiento" adicional para el sistema de salud.

La adquisición de servicios es importante, ya que los donantes quieren asegurarse de que el nuevo financiamiento para extender los servicios será usado eficientemente. Más aún, la eficiencia de un sistema tiene implicaciones financieras importantes en la sostenibilidad fiscal de largo plazo y también para que los gobiernos encuentren, en un contexto de presupuestos limitados, el "espacio fiscal" apropiado para incrementar el gasto público. De hecho, las políticas de financiamiento de la salud (recaudación, distribución y adquisición) se deben diseñar teniendo en cuenta el contexto del espacio fiscal disponible de los gobiernos.

Espacio fiscal

Incrementos grandes en el gasto público en salud se deben considerar en el contexto del *espacio fiscal* disponible –esto es, la capacidad presupuestaria que le permite a un gobierno ofrecer recursos para un propósito específico sin perjuicio de la sostenibilidad de su posición financiera. (El espacio fiscal es un concepto central en el debate actual acerca del supuesto impacto negativo de los programas del Fondo Monetario Internacional (FMI) que limitan el uso del dinero proveniente de donaciones para el financiamiento de la inversión y de los gastos corrientes en salud, tales como, por ejemplo, la contratación de trabajadores de salud adicionales.)

En principio, un gobierno puede crear espacio fiscal de las siguientes maneras:

- Con medidas impositivas o mediante el fortalecimiento de la administración de impuestos.
- Reduciendo gastos de menor prioridad para abrir espacio para programas más deseables.
- Solicitar préstamos, ya sea de fuentes domésticas o extranjeras.
- Tomar préstamos provenientes de emisión monetaria del banco central.
- Recibir donaciones de fuentes externas.

La creación del espacio fiscal requiere determinar si el mayor gasto en el corto plazo, y cualquier costo asociado a él en el futuro, pueden ser financiados mediante ingresos corrientes y futuros. Si se financia mediante deuda, el gasto debe ser evaluado de acuerdo a su impacto en la tasa futura de crecimiento, o en la capacidad del país de generar los ingresos necesarios para cumplir con los pagos de deuda.

Mecanismos de distribución de riesgo

Los hacedores de política deben evaluar los mecanismos más adecuados para distribuir los riesgos de salud y ofrecer protección financiera a la población. Para los países de ingreso medio y bajo el reto es dirigir los altos niveles de gastos de bolsillo hacia mecanismos públicos o privados de distribución de riesgo, de manera que los individuos tengan una protección financiera real. Cuatro mecanismos principales de aseguramiento en salud se utilizan para distribuir los riesgos de salud, promover mecanismos de prepago, recolectar ingresos y adquirir servicios:

- Sistemas nacionales de salud, financiados por el Estado mediante ministerios de Salud.
- Sistemas de aseguramiento social de salud.
- Sistemas de aseguramiento de salud voluntarios o privados.
- Sistemas comunitarios de aseguramiento de salud.

Aunque las características de cada mecanismo de financiamiento son muy diferentes, ningún método es inherentemente mejor que otro. De modo que los hacedores de política deben examinar el contexto y determinar cuál método constituye el mejor modo de desarrollar un sistema sólido de financiamiento de salud, teniendo en cuenta criterios de equidad, eficiencia y sostenibilidad. Es importante ser pragmático y asegurarse de que los mecanismos seleccionados estén alineados con las características económicas, institucionales y culturales de cada país.

Sistema nacional de salud

Los sistemas nacionales de salud tienen generalmente tres características: 1) su fuente principal de financiamiento proviene de los ingresos generales del gobierno; 2) ofrecen cobertura médica a toda la población del país; y, 3) sus servicios son entregados por medio de una red de proveedores públicos. (En la mayoría de países de ingreso medio y bajo, los ministerios de Salud funcionan como servicios nacionales de salud y, en general, existen conjuntamente con otros sistemas de distribución de riesgo, de modo que no son la única fuente de cobertura para toda la población.)

Los sistemas nacionales de salud tienen características que les dan la oportunidad de ser equitativos y eficientes. Su gran cobertura implica que los riesgos se distri-

buyen ampliamente entre toda la población, sin el peligro de la selección de riesgo inherente en sistemas más fragmentados. Y, a diferencia de otros sistemas, están financiados por una variada base de ingresos. Los sistemas nacionales de salud también tienen el potencial de operar eficientemente. La mayoría están integrados bajo el control gubernamental, y tienden a enfrentar menores costos de transacción que los que surgen cuando existen muchas instituciones diferentes. Sin embargo, cuando el poder está descentralizado o compartido con autoridades locales y cuando la autoridad que toma decisiones no está bien definida, problemas de coordinación pueden surgir fácilmente.

La provisión de servicios de salud en un sistema como éste se lleva a cabo mediante instituciones y personal público, pero en la práctica existe mucha variabilidad en este aspecto: muchos gobiernos contratan servicios de organizaciones no gubernamentales, religiosas y de otros proveedores privados. El hecho de que la oferta pública de servicios sea más eficiente, equitativa y sostenible que la privada no tiene que ver necesariamente con la propiedad de los servicios, sino más bien con la estructura subyacente de la entrega de los mismos y con los incentivos que enfrentan proveedores y consumidores.

Pese a que los sistemas nacionales de salud tienen el beneficio teórico de ofrecer servicios de salud a toda la población sin costo alguno (excepto cuando se permite el cobro de tarifas a los usuarios), la realidad es menos esperanzadora. Su dependencia en el presupuesto gubernamental los hace vulnerables a la coyuntura, a la discusión presupuestaria anual y a cambios políticos en las prioridades. Además, en la mayoría de los países de bajos ingresos la participación del gasto público en el presupuesto total es baja.

En muchos países de ingresos bajo y mediano, las familias de ingreso medio y alto en áreas urbanas son quienes más utilizan los servicios de salud, especialmente debido a los problemas de acceso que enfrenta la población rural pobre. Adicionalmente, los pobres tienden a usar en mayor medida los servicios de atención primaria locales, mientras que las personas ricas usan con más frecuencia los servicios más costosos que se ofrecen en los hospitales. La oferta pública de servicios de salud también enfrenta problemas de corrupción e ineficiencia causados por presupuestos que no generan los incentivos apropiados y los mecanismos de rendición de cuentas necesarios, lo cual ha provocado que muchos países separen las funciones de financiamiento de las de provisión de servicios.

Para explotar las fortalezas potenciales de un sistema de servicio nacional de salud, es importante que los países en desarrollo mejoren su capacidad de recolección de ingresos, la calidad de su gobernabilidad y de sus instituciones y la habilidad de mantener la cobertura universal y el alcance del sistema. También es importante tomar medidas específicas tendientes a focalizar el gasto hacia los más pobres, tales como incrementar el presupuesto destinado a atención primaria. Lo anterior no sig-

nifica que el sistema debe negar las necesidades de la población de ingresos medios y altos; por el contrario, de este modo se mantiene el apoyo político y se evita que la población de mayores recursos utilice servicios privados y amenace así la sostenibilidad del sistema público.

Sistema social de aseguramiento

Los sistemas sociales de aseguramiento en general se caracterizan por un fondo de aseguramiento independiente o cuasiindependiente, su dependencia en las contribuciones provenientes de la nómina salarial (usualmente hechas por los individuos o el empleador), y por una clara conexión entre estas contribuciones y el derecho a un paquete definido de beneficios de salud. En muchos países la cobertura se ha extendido progresivamente a subgrupos de la población hasta cubrir casi su totalidad.

El Estado generalmente define los principales atributos del sistema, usualmente los fondos son sin ánimo de lucro y supervisados por el gobierno. El número de fondos varía según cada país. Cuando existen varios fondos se utilizan mecanismos para compensar los diversos perfiles de riesgo de los distintos fondos, y los costos administrativos son usualmente más altos. Algunos países están reduciendo el número de fondos para maximizar la distribución de riesgo y beneficiarse de economías de escala.

La dependencia de ingresos provenientes de la nómina salarial hace que este sistema no se vea afectado por las negociaciones presupuestarias ni las variaciones a las cuales están sujetos los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, las contribuciones al sistema pueden no ser suficientes para financiar los costos de prestación del servicio, especialmente cuando se intenta cubrir más población de la que efectivamente contribuye al mismo. Por ello, muchas veces los sistemas sociales de aseguramiento requieren recursos adicionales provenientes de la recolección de impuestos del gobierno. Estos subsidios adicionales, a su vez, pueden provenir de ayuda externa o de otros impuestos.

La equidad en el financiamiento del sistema de aseguramiento social depende de la presencia o ausencia de límites a las contribuciones y de otras características, aunque algunos estudios concluyen que tal financiamiento es menos progresivo (o igual de progresivo) que el financiamiento basado en recaudaciones generales de los gobiernos. Las contribuciones sociales también pueden tener un efecto negativo en el empleo y el crecimiento económico si incrementan los costos laborales (como puede ocurrir, por ejemplo, cuando los empleadores no pueden compensar los costos adicionales reduciendo salarios).

Los sistemas de aseguramiento social usualmente sólo cubren un porcentaje de la población (por ejemplo, aquellos que trabajan en grandes empresas formales), al menos al inicio, y es difícil extender su cobertura a los trabajadores del sector informal.

Cuando se implementan de manera exitosa, usualmente tienen el apoyo de la población, que los perciben como una institución privada y estable en su administración y financiamiento.

Los sistemas de aseguramiento social son difíciles de manejar en algunos casos porque implican interacciones más complejas entre los participantes; pueden enfrentar escaladas de costos y dificultades para armonizar los beneficios. Además, su naturaleza menos integrada no facilita un tratamiento eficiente de enfermedades crónicas ni de atención preventiva.

¿Cuáles son las condiciones necesarias para lograr el desarrollo exitoso de un sistema de aseguramiento social en países en desarrollo?

- *Nivel de ingreso y crecimiento económico.* Los sistemas usualmente comienzan en países con ingresos medios bajos y la expansión hacia una cobertura universal ocurre generalmente durante períodos de fuerte crecimiento económico.
- *Preponderancia del sector formal.* Los sistemas son más fáciles de administrar en países con una alta proporción de trabajadores industriales o en otros sectores formales, ya que los empleadores probablemente tendrán un sistema formal de pago de contribuciones salariales.
- *Distribución geográfica de la población.* Los sistemas son exitosos en países con creciente población urbana y gran densidad poblacional, pero son más lentos de implementar en países con grandes porcentajes de población rural.
- *Capacidad de incrementar los costos laborales.* Las economías que toleran un incremento en la contribución de las nóminas salariales, sin un efecto negativo en el empleo y el crecimiento, son buenas candidatas para estos sistemas.
- *Gran capacidad administrativa.* La capacidad de implementar un sistema de seguridad social sin excesivos costos administrativos, transparente y bien administrado, es crítica para recibir el apoyo de la población y la sostenibilidad política y financiera.
- *Calidad en la infraestructura de servicios de salud.* Los sistemas pueden ser exitosos sólo si los servicios que financian están disponibles y tienen buena calidad, lo cual promueve la pertenencia al sistema y evita que la población más adinerada opte por otro sistema, privado, y no ofrezca el apoyo político necesario.
- *Consenso entre todos los interesados en favor del seguro social de salud, conjuntamente con estabilidad política y derechos.* Las sociedades que valoran la equidad y la solidaridad como principios fundamentales, con mayor probabilidad, apoyarán los aspectos redistributivos de tales sistemas. Pero diferencias grandes en las contribuciones pueden no ser toleradas en países donde la solidaridad no juega un papel tan importante.
- *Habilidad de extender el sistema.* Los gobiernos que quieran expandir su sistema de aseguramiento social deben plantear objetivos realistas y progresivos que refle-

jen el contexto en donde operan. Estos objetivos incluyen la habilidad de promover la afiliación de trabajadores del sector informal y los medios adecuados para recolectar contribuciones regulares de su parte. Esquemas transparentes y participativos tienen mayor probabilidad de obtener apoyo popular. Y los gobiernos pueden encontrarse en la necesidad de subsidiar la extensión del seguro social de salud hacia los más pobres.

Los países que tienen como objetivo implementar un sistema social de aseguramiento en salud enfrentan muchos retos, pero también tienen la posibilidad de obtener inmensos beneficios. Es importante examinar el contexto socioeconómico, cultural y político específico de cada país, y determinar si el lugar y el período son los adecuados para instaurar tal sistema.

Seguro de salud comunitario

Los sistemas de seguro de salud comunitario han existido por siglos. Fueron los precursores de muchos sistemas de aseguramiento de salud sociales que se observan en la actualidad, como los de Alemania, Japón y República de Corea, y en la actualidad son fáciles de encontrar en África subsahariana. Los esquemas se pueden definir como planes de servicios de atención de salud, sin fines de lucro, anticipados y voluntarios, controlados por la comunidad. La mayoría de los esquemas de aseguramiento de salud comunitario operan según los valores sociales de la comunidad y cubren a individuos excluidos de otros sistemas de aseguramiento.

Existe evidencia de que tales esquemas reducen el gasto de bolsillo, y un estudio encontró que contribuyen también a incrementar el uso de los recursos de salud. También pueden ocupar el vacío de algunos esquemas existentes (como es el caso de trabajadores informales en Tanzania), y formar parte de la transición hacia un sistema universal de cobertura de servicios de salud.

Pero la protección y la sosteniblilidad de la mayoría de los esquemas de aseguramiento social comunitarios son cuestionables. Debido a los bajos ingresos de las comunidades en las cuales funcionan, usualmente no están en condiciones de obtener los recursos necesarios para su funcionamiento; el número de integrantes es generalmente pequeño, lo que reduce la posibilidad de una distribución adecuada del riesgo y sus ventajas como protección financiera. El tamaño del esquema y los niveles de recursos lo hacen muy vulnerable a fallas. A esta susceptibilidad se agrega la limitada capacidad administrativa de la comunidad en la que operan, y el hecho de que tienen un impacto limitado en la provisión de servicios de salud porque pocos negocian calidad y precio con los proveedores. Estos sistemas no pueden cubrir a los grupos más pobres de la población, ya que incluso pequeñas tarifas estarían fuera del alcance de estos grupos.

La intervención del gobierno podría mejorar la eficiencia y sostenibilidad de tales esquemas mediante subsidios, asistencia técnica y enlaces con esquemas financieros más formales. Sin embargo, los sistemas de aseguramiento comunitarios no serán probablemente la "solución mágica" para resolver el grueso de los problemas de financiamiento para la salud que enfrentan los países de bajos ingresos. Deben ser tomados más como un complemento a, en lugar de un sustituto para, otras formas de participación del gobierno en la financiamiento de los sistemas de salud.

Seguro de salud voluntario o privado

El aseguramiento privado o voluntario generalmente complementa la cobertura pública, especialmente en países de ingreso alto. El seguro de salud privado es financiado por primas que no tienen relación con el ingreso (no es un impuesto o una contribución a la seguridad social). Un seguro de salud voluntario es definido como cualquier seguro de salud pagado mediante contribuciones voluntarias. Aunque los dos tipos de cobertura son diferentes, la mayor parte de los mercados de seguro de salud privados son voluntarios, excepto en algunos países, como Suiza y Uruguay, en donde la compra de una cobertura privada es obligatoria para toda o una parte de la población.

Existen diferentes funciones que un seguro de salud privado/voluntario puede cumplir en la cobertura social o pública de un país:

- *Primaria:* como la principal fuente de cobertura de toda la población o un subgrupo de la misma.
- *Duplicado:* cubre los mismos servicios o beneficios que la cobertura pública pero difiere en cuanto a proveedores, tiempo de acceso, calidad de servicio y disponibilidad de otras facilidades.
- *Complementariedad:* comparte los costos del programa público.
- *Suplementariedad:* de servicios no contemplados por el programa público.

Los mercados de aseguramiento de salud privado/voluntario han sido un poco polémicos, en parte porque usualmente cubren al segmento de mayores ingresos de la población y han sido objeto de fallas de mercado, como la selección adversa por parte de los individuos y el descreme (oferta selectiva de servicios debido a discriminación de riesgos) por parte de los aseguradores. No obstante, y al menos en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se ha encontrado que tales mercados promueven la distribución de riesgo que de otro modo se financia mediante gastos de bolsillo de los individuos. También promueven el acceso a los servicios cuando el financiamiento público u obligatorio es incompleto; y, en otros casos, incrementan la capacidad de servicios y promueven la innovación.

Aun así, el sistema de aseguramiento privado/voluntario tiene límites. Un estudio en países de la OCDE encontró barreras financieras al acceso de servicios debido a la capacidad de pago y a la volatilidad de las primas. Este tipo de aseguramiento puede contribuir al acceso diferenciado a los servicios de salud en algunos países. También se sabe que no ha ayudado mucho a reducir las presiones de costos en los sistemas públicos; y tampoco ha hecho una contribución significativa para mejoras de calidad, excepto en algunos países.

La complejidad de los mercados de aseguramiento de salud privados/voluntarios cuestiona su relevancia y posibilidades de implementación en países de bajos ingresos; son opciones más viables en países de ingreso medio con grandes poblaciones urbanas de mayor movilidad y niveles de educación. Algunos de los retos y fallas de mercado asociadas con estos mercados pueden ser corregidos mediante la regulación del accionar de los aseguradores (especialmente en lo que se refiere a la aceptación de nuevos miembros y al cálculo de las primas), para minimizar o rectificar así las fallas de mercado. Aun así, estas regulaciones son difíciles de implementar y controlar su cumplimiento; asumen recursos regulatorios, apoyo político y un buen funcionamiento del mercado financiero y de aseguramiento. Alcanzar un equilibrio apropiado entre las preocupaciones de acceso y equidad y el deseo de promover eficiencia y competitividad en el mercado es un desafío importante en estos sistemas.

En resumen, cada uno de los mecanismos de distribución de riesgos discutidos aquí tiene sus propios desafíos y su aplicabilidad debe ser considerada en el contexto de cada país. Si bien el sistema nacional de salud y el seguro social de salud tienen diferentes criterios de elegibilidad y financiamiento, ambos enfrentan los mismos problemas para asegurar un financiamiento adecuado y sostenible de manera equitativa y eficiente. Obligaciones contingentes futuras son preocupaciones en ambos sistemas, incluso cuando el sistema nacional de salud tiene una base de ingresos mayor que las de las contribuciones provenientes de la nómina de salarios. Los hacedores de política necesitan concentrarse en los principios subyacentes –maximizar la distribución de riesgos y asegurar un financiamiento equitativo, eficiente y sostenible– y olvidarse de fórmulas y modelos genéricos.

Ayuda para el desarrollo en temas de salud

Grandes aumentos en ayuda oficial para el desarrollo y ayuda para el desarrollo del sector de la salud serán necesarios para asistir a los países pobres en la provisión de servicios esenciales de salud para su población, y avanzar hacia el cumplimiento de los ODM. Después de una reducción de 25% en la década de 1990, la ayuda oficial para el desarrollo ha comenzado a crecer nuevamente. En 2003, fue 0,25% del ingreso nacional bruto (cerca de US$70 mil millones), aun muy por debajo de la meta de Monterrey de llegar al 0,7% y la estimada necesidad de 0,54%, según datos de Pro-

yecto del Milenio. Gran parte del aumento observado se ha destinado a reducción de deuda y a asistencia técnica.

La ayuda para el desarrollo en el sector salud ha aumentado significativamente en los últimos años, hasta alcanzar más de US$10 mil millones en el año 2003. La mayor parte de los aumentos recientes se ha concentrado en África y en enfermedades e intervenciones específicas. Dado el renovado esfuerzo de los países de la Unión Europea y del Grupo de los Ocho (G-8) en cumplir con los compromisos firmados en Monterrey así como los grandes montos de asistencia asociados con las metas de los ODM, los temas relacionados con el impacto, la absorción, el uso y la sostenibilidad de esta ayuda externa han recibido mucha atención.

Para alcanzar los ODM en salud será necesario un incremento en la ayuda financiera del orden de US$25-70 mil millones por año. A pesar de que la ayuda para el desarrollo es de vital importancia, representa el 55% de todos los flujos externos hacia África, sólo representa el 9% de los flujos hacia otras regiones en desarrollo. En estas regiones la inversión extranjera directa (IED), las remesas de los trabajadores y otros flujos privados representan el 91% de los flujos externos. Es importante que los hacedores de política se concentren en estos importantes recursos externos de financiamiento así como en la ayuda oficial para el desarrollo.

Los programas globales, que usualmente están focalizados en enfermedades e intervenciones particulares, han sido responsables de la mayor parte del reciente incremento en la ayuda financiera externa para la salud, representando el 15-20% de la ayuda para el desarrollo en salud. Las alianzas mundiales y los fondos privados son actores cada vez más importantes en este proceso, mientras que las organizaciones afiliadas a las Naciones Unidas y los bancos para el desarrollo mantienen su posición relativamente constante.

Efectividad y absorción de la ayuda

Un incremento grande en la importancia de las donaciones para el financiamiento de la salud, gran parte del mismo destinado a gastos recurrentes, cuestiona la habilidad de los países de absorber estos fondos, la predecibilidad y madurez de estos fondos y la capacidad de los países de mantener los servicios luego de terminados los fondos de los donantes.

El hecho de que la mayoría de los incrementos en la asistencia para el desarrollo de la salud sean dirigidos a enfermedades e intervenciones específicas crea una creciente preocupación respecto de la focalización de esta ayuda. Si bien tal focalización puede ser muy efectiva en condiciones de escasez de recursos, a medida que los sistemas de salud se desarrollan, el tratamiento separado de diferentes enfermedades genera pérdidas o ineficiencias. Es más, dada la severidad de las restricciones en recursos humanos en los países de África, los programas de ayuda compiten entre ellos para con-

tratar a los profesionales que son necesarios para hacer funcionar el sistema público de salud. Es importante que el trabajo en el área de sistemas de salud afronte este tema; el debate debe sustentarse no en el conocimiento general aceptado o en argumentos teóricos, sino en recomendaciones de política basadas en la evidencia disponible.

Un estudio reciente de 14 estrategias de reducción de pobreza (DERP) encontró que el 30% de la ayuda externa no fue incluida en la balanza de pagos, y otro 20% fue incluido pero no ingresó al presupuesto del gobierno. Del 50% restante, sólo 20% se destinó como ayuda general para el presupuesto. Para que los países puedan implementar efectivamente sus programas, necesitan la flexibilidad para manejar estos fondos. Los países receptores y los donantes necesitan buscar mecanismos para canalizar el creciente financiamiento externo mediante medidas de apoyo general al presupuesto, y de financiamiento directo para cubrir las brechas existentes en los programas de los países receptores.

La posibilidad de intercambiar categorías de ayuda financiera implica que cuando existen fondos de donantes en áreas prioritarias (como el servicio de atención primaria), los gobiernos pueden desviar recursos domésticos hacia otros usos. Una vez terminados los fondos de los donantes, los gobiernos enfrentarán dificultades para reubicar los recursos en estas áreas prioritarias, lo cual puede generar, a su vez, falta de financiamiento. Los donantes deben analizar cuidadosamente el impacto de sus recursos, dado que posiblemente no alcancen los objetivos inicialmente planeados. Así mismo, deben considerar seriamente respaldar los presupuestos gubernamentales mediante el apoyo presupuestario para un programa previamente acordado, en lugar de financiar proyectos directamente, lo que puede desplazar los recursos del propio gobierno. El respaldo presupuestario a programas gubernamentales existentes debe ser predecible, con compromisos largos para asegurar su continuidad y facilitar la planeación.

Incrementos importantes (prometidos o actuales) en la ayuda financiera para el desarrollo de la salud en países de ingreso bajo cuestionan la capacidad que tienen estos países de utilizar efectivamente nuevos flujos de ayuda financiera. La capacidad de absorción tiene que ver con dimensiones macroeconómicas, presupuestarias, de administración y de entrega de servicios. También se apoya en condiciones macroeconómicas críticas: buena gobernabilidad, ausencia de corrupción e instituciones financieras sólidas. Otro elemento crítico son los recursos humanos para el manejo del sector público y para la entrega de servicios. Los donantes así como los países receptores necesitan desarrollar un mayor entendimiento de estas restricciones y proveer un sistema basado en la evidencia para enfrentar estos problemas.

Realidades del gasto de los gobiernos y palancas políticas

Uno de los retos más significativos para mejorar el desempeño del sistema de salud en países en vías de desarrollo es la existencia de un sector público con debilidades

administrativas, particularmente a nivel distrital o municipal. Análisis empíricos respaldan las correlaciones directas entre la calidad de las políticas y la capacidad institucional y de absorción, y la habilidad del país en mejorar algunos resultados de salud mediante un incremento en los niveles de gasto publico en salud. Varias herramientas se han desarrollado para mejorar la administración del sector público.

Estrategias de reducción de la pobreza, créditos de apoyo a la reducción de la pobreza y estructura de gastos para el mediano plazo

Para recibir ayuda financiera concesionaria del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, los países de bajos ingresos deben estructurar sus reformas macroeconómicas y sectoriales en una estrategia de reducción de pobreza, en el marco del documento sobre DERP. En teoría, una DERP está diseñada para fortalecer la apropiación del proyecto por parte de los gobiernos, asegurar que los programas de país tengan un enfoque de reducción de la pobreza, establecer un marco común para el Banco Mundial, el FMI y otros organismos de desarrollo y para mejorar la gobernabilidad, la rendición de cuentas y la determinación de prioridades.

La evidencia hasta ahora no es concluyente. Si bien las DERP han promovido un enfoque más orientado a resultados, no han logrado convertirse en una guía para integrar las estrategias sectoriales en el marco macroeconómico; tampoco han propiciado un mejor entendimiento de los lazos micro y macro, ni de la conexión entre objetivos operacionales de mediano plazo con los objetivos de desarrollo de más largo plazo. El proceso podría ser más incluyente, y el objetivo más preciso para el desarrollo de capacidad institucional y para monitoreo y evaluación. Las DERP son significativas sólo cuando se definen prioridades en el presupuesto anual. El sentido de la propiedad (pertenencia) de estas DERP entre los países y sus contrapartes externas es un tema complejo. Más aun, las contrapartes externas no han adaptado sus procedimientos al proceso DERP de un modo coordinado.

Los créditos de apoyo a la reducción de la pobreza (CARP), una de las herramientas de respaldo presupuestario más poderosas del Banco Mundial para implementar DERP, tienen el objetivo de ofrecer ayuda en el mediano plazo, promover la armonización de los donantes, mejorar la previsibilidad de los recursos y reforzar el sentido de pertenencia en los países. Facilitan la coordinación entre el gobierno central y los ministerios de línea así como entre los donantes; adicionalmente, tienen pocas condiciones. Mayores progresos son factibles, simplificando las matrices de política y mejorando el monitoreo y la evaluación.

Los lineamientos de gasto de mediano plazo (LGMP) combinan la predicción de ingresos provenientes de modelos macroeconómicos, y los gastos a mediano plazo con una metodología de revisión de políticas sectoriales que se inicia de abajo hacia arriba (se trata de una herramienta para optimizar las distribuciones intrasectoriales

en el contexto de los procesos anuales de presupuesto). Hasta ahora estos lineamientos no han mejorado los balances macroeconómicos ni aumentado la previsibilidad del presupuesto de los ministerios de línea. Pero existe alguna evidencia de que han apoyado reasignaciones hacia sectores prioritarios.

Un análisis de los países que implementaron DERP, CARP y LGMP sugiere varios ejemplos de buenas prácticas. Entre ellas se encuentran: 1) establecer prioridades y criterios claros dentro de las DERP mediante un proceso participativo que involucre al gobierno central y los ministerios de línea; 2) llevar a cabo revisiones anuales de progreso por sectores; y 3) utilizar un proceso creíble para la preparación del presupuesto por parte del Ministerio de Finanzas y del Gabinete, y proveer garantías en el mediano plazo de la existencia de niveles presupuestarios para cada sector. Se debe notar que los DERP están aún en proceso de desarrollo.

Revisión del gasto público y encuestas de seguimiento del gasto público

Las revisiones del gasto público (RGP) y encuestas de seguimiento del gasto público (ESGP) ayudan a los países en el desarrollo de estrategias de gasto público y en el seguimiento de los gastos.

Las RGP buscan ofrecer un análisis objetivo de los problemas del gasto público. Analizan y proyectan los ingresos impositivos, el nivel y la composición del gasto público, las asignaciones inter e intrasectoriales, así como la revisión financiera y no financiera de empresas publicas, la estructura de gobierno y el funcionamiento de las instituciones públicas. En el sector de la salud, los PER han revelado información importante sobre la ejecución presupuestaria y han revelado disparidades entre los desembolsos y los montos presupuestados mediante los LGMP.

Los ESGP hacen seguimiento del flujo de recursos del gobierno para determinar la cantidad que efectivamente llega al nivel de entrega de servicios. Han descubierto serias fugas (de hasta un 90%) en los sectores de educación y salud, lo cual ha obligado a los países a mejorar la administración pública. Una revisión de ESGP en países africanos encontró que los fondos no salariales son más susceptibles a fugas que los salariales, y mostró además que las fugas ocurren a niveles específicos de gobierno. Esta información puede ayudar a crear y focalizar intervenciones más eficientes.

Retos para el financiamiento de la salud en países de bajos ingresos

La mayoría de los países de bajos ingresos enfrentan el reto de ofrecer servicios esenciales y de ofrecer protección financiera a su población. Sin un incremento importante en el financiamiento externo, es muy poco probable que se puedan lograr los ODM.

La mayoría de las regiones no lograrán los ODM para la salud debido al lento progreso hecho en los años 90. En África, la reducción en la mortalidad infantil de

un 0,5% por año desde 1990 tendrá que acelerarse a reducciones de 8% por año para lograr el objetivo de reducir a la mitad la mortalidad infantil para el 2015. Del mismo modo, la región del Asia oriental y el Pacífico tendrá que mejorar las reducciones previas de 2,7% hasta alcanzar 5%. Ni el aumento en el gasto de salud ni el crecimiento económico, por sí solo, lograrán estos objetivos. Para conseguir estos objetivos se requieren crecimiento y un esfuerzo multisectorial. Por ejemplo, India necesitaría una tasa de crecimiento sostenida de 15% entre los años 2000 y 2015 para lograr los ODM en salud, si dependiera exclusivamente del crecimiento económico. Ruanda necesitaría, a su vez, multiplicar por 20 el gasto público en salud si dependiera exclusivamente del mismo para lograr los ODM en salud.

Movilización de recursos domésticos y decisiones en las tarifas del usuario

Algunos países pueden mejorar su esfuerzo en la movilización de sus propios recursos, ya que se observa un amplio rango al respecto entre países de similares niveles de ingreso. Varias estimaciones sugieren que los países pueden generar posiblemente ingresos adicionales de entre 1-4% de su PIB. Este es un tema importante, considerando el pobre desempeño en lo que se refiere a recolección de ingresos observado en muchos países de bajos ingresos en la última década.

Las tarifas por el uso de servicios han sido una fuente controversial de financiamiento en países de bajos ingresos. En la mayoría de los casos han surgido espontáneamente como resultado de la escasez de financiamiento pública, la prominencia del sector público en la provisión de servicios esenciales de salud, la incapacidad de los gobiernos de asignar el financiamiento adecuado a su sistema de salud, la disponibilidad de usuarios pobres y ricos de abonar tarifas para reducir los costos de viaje y de tiempo asociados a la búsqueda de fuentes alternativas de atención, los bajos salarios de los trabajadores del sector de la salud, el limitado control público sobre las prácticas de fijación de precios de los proveedores públicos y la falta de insumos médicos esenciales, como las medicinas. Las tarifas a los usuarios probablemente continuarán existiendo hasta que los gobiernos estén decididos y sean capaces de movilizar mayor financiamiento para la atención de la salud.

Una política generalizada de remoción de tarifas puede crear más daño que bien al remover una fuente pequeña pero importante de recursos para la unidad proveedora de servicios de salud. Hasta tanto los gobiernos de los países de bajos ingresos puedan movilizar mecanismos de financiamiento alternativos (y más equitativos), la comunidad mundial debe concentrarse en ayudar a los países a diseñar políticas que promuevan el acceso de los pobres a servicios de promoción de la salud y los proteja de gastos de salud catastróficos. Las tarifas pueden armonizarse para alcanzar estos objetivos si reducen las barreras financieras de los pobres, mejorando la calidad de los servicios públicos, reduciendo los tiempos de espera y las necesidades de automedi-

cación costosa, o sustituyendo los servicios públicos de bajo precio y calidad por un servicio privado de atención más costoso.

Las transferencias de dinero en efectivo condicionadas proporcionan pagos directos en efectivo a las familias pobres, sujetos a comportamientos específicos, como completar un conjunto de visitas prenatales o atender clases de educación para la salud. De modo que éstas representan una tarifa negativa para los usuarios. La evidencia existente, principalmente de países de ingresos medios, sugiere que transferencias en efectivo bien diseñadas pueden mejorar los resultados de salud y reducir la pobreza con costos administrativos moderados. Se necesita más evidencia para determinar si tales programas pueden ser efectivos en países de bajos ingresos.

Asegurar más financiamiento externo

El financiamiento por parte de donantes será crítico para que numerosos países puedan alcanzar los ODM. Los donantes necesitan reducir la volatilidad, mejorar la previsibilidad y la duración de la ayuda. También necesitan asegurarse de que una mayor proporción de ayuda vaya a los presupuestos generales de los países y a resolver los crecientes problemas de fragmentación, coordinación y sostenibilidad en los sistemas de salud, debido a la existencia de ayuda para enfermedades e intervenciones específicas. Igualmente necesitan resolver las limitaciones asociadas a la capacidad. Un aumento en la reducción de la deuda ofrece a los países espacio fiscal adicional y los recursos necesarios para financiar sus programas. Existen, sin embargo, cuestionamientos importantes respecto de los mecanismos a disposición de los donantes para financiar esta reducción y de las alternativas de utilización de la misma por parte de los países beneficiarios.

Mejorar la distribución del riesgo

Para mejorar la protección financiera, los países de bajos ingresos deben mejorar la distribución del riesgo. Debido a que los gastos de bolsillo representan gran parte del gasto total, los gobiernos deben mejorar la distribución del riesgo mediante los mecanismos más viables y efectivos. Estos métodos pueden incluir una distribución más efectiva del riesgo a través de ministerios de Salud financiados por el presupuesto general del país –y el uso de seguro social de salud, seguro de salud voluntario o seguro de salud comunitario–, teniendo en mente las dificultades y condiciones necesarias ya mencionadas.

El modo más prominente y directo para incrementar la distribución de riesgo en la mayoría de los países de bajos ingresos es a través de un ministerio que actúe como un servicio nacional de salud. Los sistemas basados en la recaudación general del gobierno representan la fuente principal de financiamiento de los servicios de salud en 106

de los 191 países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, los problemas de los sistemas nacionales de salud, particularmente en los países de bajos ingresos, han sido ampliamente documentados; problemas de administración, rendición de cuentas, corrupción, incentivos, escaso financiamiento, y mala distribución de gastos son comunes. Los resultados son un acceso limitado y baja calidad de los servicios de salud, así como una limitada protección financiera contra gastos de salud catastróficos, particularmente para los pobres en áreas rurales. La posibilidad de que un país se beneficie de las fortalezas de esta opción depende mucho del nivel de ingresos generales del país, la capacidad de administración del sector público, la visión del público de la disponibilidad y calidad de los servicios del gobierno y del deseo del público de usar los ingresos del gobierno para este propósito.

El seguro social de salud tiene el potencial de mejorar no sólo la distribución de riesgo, sino de atraer financiamiento adicional al sector de la salud. Existe en cerca de 60 países, en su mayoría de ingresos medios y altos. La cuestión es si un aseguramiento social es el mejor mecanismo en un país de bajos ingresos. Los impuestos a la nómina no son una fuente eficiente de financiamiento del sistema de salud, particularmente cuando el empleo en el sector formal de la economía es de sólo 10-15% del total. Y los ministerios de Salud pueden ofrecer más protección financiera que el aseguramiento social de salud.

Los defensores de un sistema de seguridad social en salud afirman que darles a los contribuyentes una participación clara en el sistema, identificando la destinación específica de los fondos para proteger los gastos, y mejorando la eficiencia mediante la competencia en la compra de servicios, son justificaciones suficientes para su implementación. Un tema importante son las condiciones necesarias para el aseguramiento social en salud: una economía creciente, y un nivel de ingreso con capacidad de absorber nuevos contribuyentes, una base de contribuciones salariales grande y, en consecuencia, un sector informal pequeño, una población beneficiaria concentrada y buena capacidad administrativa y de supervisión.

El sistema de aseguramiento voluntario también puede incrementar la distribución del riesgo usando financiamiento privado. Sin embargo, representa menos del 5% del gasto privado en salud en los países de bajos ingresos, y tiene un desempeño pobre en lo que se refiere a equidad. En la mayoría de los países de medianos y altos ingresos, generalmente se suplementan otros métodos de aseguramiento público. La capacidad de promover cantidades significativas de protección financiera en países de bajos ingresos es limitada por diferentes razones: los individuos no tienen poder de compra, los mercados financieros generalmente no están bien desarrollados, y la habilidad de un país de bajos ingresos de establecer la compleja estructura regulatoria, necesaria para un aseguramiento voluntario efectivo, es cuestionable.

El sistema de aseguramiento comunitario puede ofrecer algunos beneficios marginales en lo que se refiere a una mayor distribución de riesgo y recursos, pero indivi-

dualmente es improbable que mejore significativamente la protección financiera en países de bajos ingresos.

Incrementando la eficiencia y equidad del gasto público

Los países de bajos ingresos necesitan incrementar la eficiencia y la equidad del gasto público en general, incluyendo el gasto en salud. Dadas las restricciones y dificultades presupuestarias para generar espacio fiscal adicional, es probable que los países de bajos ingresos logren un impacto mayor y más equitativo en los resultados del sector si escogen un paquete básico universal de bienes públicos y meritorios, incluyendo algunos servicios de atención que han probado ser efectivos hacia el logro de los ODM. El financiamiento de otras intervenciones debe ser focalizado. Estudios de equidad muestran grandes disparidades en la incidencia de los beneficios del gasto público en salud. De modo que los países de bajos ingresos deben mejorar la focalización de su gasto hacia aquellas medidas que tienen un impacto marginal mayor en los pobres. Los países de bajos ingresos también deben mejorar su desempeño en lo que se refiere a la adquisición de servicios. Sin importar que esto implique descentralización, contratación de proveedores externos al sistema, o desarrollo de un sistema de incentivos de pago a los proveedores basado en la eficiencia, ya que los países necesitan obtener mayores beneficios por el dinero que gastan.

Retos al financiamiento de la salud en países de ingreso medio

El objetivo de los países de ingreso medio son la cobertura universal, la protección financiera y la eficiencia de los sistemas de salud. Pero estos países todavía tienen pobreza y desigualdad en el ingreso, así como desafíos en alfabetismo, educación, empleo y seguridad social. Sus niveles de gasto en salud, aun si no son insignificantes (6% del PIB), son sustancialmente inferiores al promedio de los países de altos ingresos (10%). Adicionalmente, dependen mucho de los gastos de bolsillo de los usuarios, financiamiento que representa 40% del total de gasto en salud. Los altos niveles de gastos de bolsillo, la capacidad, más alta, pero todavía limitada de recolección de ingresos, los sistemas de financiamiento generalmente fragmentados, y los ineficientes mecanismos de compra de servicios, imponen restricciones importantes a la cobertura universal y una mejor distribución de los riesgos.

Los países de ingreso medio están intentando incrementar la distribución del riesgo y de reducir la fragmentación en sus diferentes mecanismos de distribución de riesgo, mediante:

- Subsidio de las primas de los pobres y, a veces, las de los trabajadores del sector informal a través de ingresos generales del gobierno.

- Expansión de la distribución de riesgos mediante la inclusión obligatoria de otros grupos y la integración de fondos de aseguramiento privados.
- Creación de un único mecanismo de distribución de riesgo real o virtual.

Una reforma al sistema de adquisición de servicios es una parte crítica de los esfuerzos de reformas de la mayoría de los países de ingreso medio. La mayor parte de las reformas siguen los principios generales de separar el financiamiento de la provisión del servicio, en donde el dinero sigue a los pacientes, y utilizan mecanismos de pago con incentivos a proveedores. Aunque existen muchos experimentos con las reformas en lo que se refiere a compras de servicios, pocos han sido evaluados rigurosamente, y en muchos casos los resultados no han alcanzado las metas esperadas debido a la ausencia de reformas en la administración del sector público y en las leyes del servicio público.

Las principales recomendaciones de política para países de ingreso medio son:

- Considerar prioridad número uno una movilización de ingresos eficiente y equitativa, ya que es crítico que el financiamiento sea sostenible y acorde con las necesidades de largo plazo resultantes de la transición. Considerar los ingresos domésticos como la principal fuente de financiamiento, ya que la mayor parte de la ayuda internacional para la salud se concentra en los países de bajos ingresos.
- Promover una mayor distribución del riesgo basada en criterios de equidad, protección financiera y eficiencia asignativa y técnica. Comenzar por reunir el 40% del gasto total en salud proveniente de gastos de bolsillo. Como un primer paso, integrar a los trabajadores informales ofreciéndoles los incentivos correctos.
- Ofrecer máxima protección financiera y cobertura universal al consolidar los diferentes mecanismos de distribución de riesgo. Los beneficios asociados serán una mayor capacidad de compra y la mayor eficiencia resultante de la reducción de los costos de transacción.
- Concentrarse en diseñar paquetes de beneficios apropiados para la población cubierta, ya que estos paquetes afectan la eficiencia de la distribución del riesgo, el nivel de protección financiera y la eficiencia asignativa. Los paquetes estándar de beneficios básicos deben tener la mezcla adecuada entre la longitud y la profundidad de la cobertura, de modo que las tensiones entre cobertura universal, protección financiera, costos y resultados de salud estén bien balanceados.
- Simplificar el gasto en salud para expandir la cobertura a mayor cantidad de gente. Considerar el incremento de la eficiencia del sistema en general, reformando las funciones de compra de servicios e instituyendo mecanismos de pagos basados en incentivos. Además, las políticas de pagos deben estar alineadas con los objetivos generales de reducción de costos y costo-efectividad.

La forma específica del esquema de aseguramiento no es tan importante como el objetivo de mejorar las funciones específicas de financiamiento de la recolección de ingresos, la distribución de riesgos y la adquisición de servicios. Dependiendo del contexto, una combinación de sistemas de aseguramiento puede ser necesaria para lograr los objetivos de cobertura universal y protección financiera.

Aunque no existe una estrategia ideal para alcanzar la cobertura universal, mejorar la protección para toda la población y aumentar la eficiencia y calidad a través de mecanismos eficientes de compra, los hacedores de política en países de ingreso medio deben concentrarse en lo inmediato en ofrecer servicios de salud y cobertura de salud para los más pobres y vulnerables. Aprender qué mecanismos han trabajado bien en otros países es esencial para informar esfuerzos de reformas. Sólo es posible observar situaciones exitosas cuando las estrategias financieras utilizadas son adaptadas al contexto socioeconómico y político de cada país.

Aprender de los países de ingresos altos

Los países de ingresos altos tienen una valiosa historia en las reformas a los sistemas de financiamiento de salud, ya que sus sistemas han evolucionado desde acuerdos de aseguramiento voluntario con bases comunitarias, hasta sistemas de financiamiento formales públicos o fondos sociales o nacionales de aseguramiento en salud. Casi todos los países de ingresos altos, con excepción de los Estados Unidos, han logrado una cobertura universal (o casi universal) en salud. Los sistemas financiados por impuestos han sido aplicados desde hace bastante tiempo, los sistemas sociales de aseguramiento sólo recientemente. La voluntad política fue clave para lograr la cobertura universal, junto con el crecimiento económico. Como la mayoría de los países de ingresos altos han logrado la cobertura universal, las actividades de reformas recientes se han concentrado en ganancias de eficiencia a través de nuevos acuerdos de compra de servicios, más que en la recaudación de ingresos y distribución de riesgos.

Aunque los países de ingresos altos operan en contextos muy diferentes de los países de bajos ingresos, sus experiencias proveen interesantes lecciones para los países de menor ingreso:

- El crecimiento económico es el factor más importante para el avance hacia la cobertura universal.
- Una mejor administración y capacidad administrativa es clave para la expansión de la cobertura, así como un fuerte compromiso político.
- Para los países de ingresos medios y bajos que buscan la cobertura universal, los ingresos provenientes de impuestos y las contribuciones para el aseguramiento social son las dos fuentes principales de financiamiento público. Ambas reúnen los ingresos públicos en uno o varios mecanismos de distribución de riesgo. Como el

punto crítico es la distribución del riesgo, escoger un sistema de aseguramiento de salud social o un sistema de salud nacional es un tema secundario.

- Los esquemas voluntarios o comunitarios de financiamiento pueden servir como prueba para los países, a medida que éstos buscan expandir el rol de los esquemas prepagos de cobertura de salud.
- Mecanismos más amplios de distribución del riesgo, en lugar de varios fragmentados y pequeños, pueden contribuir significativamente a un sistema más efectivo y equitativo de financiamiento de la cobertura en salud.

Los productos y servicios se deben evaluar de acuerdo con su efectividad y costo-efectividad en el contexto particular de los sistemas de cobertura de cada país. Para facilitar la capacidad de adopción de tales esfuerzos, se debe promover la cooperación entre países similares, posiblemente liderada por una o más organizaciones internacionales.

1
Transiciones en salud, carga de enfermedad y patrones de gasto

Tanto en países ricos como en países pobres las necesidades de salud están cambiando como respuesta a menores tasas de fertilidad, mayor expectativa de vida y los cambios en la carga de enfermedad hacia enfermedades crónicas y lesiones. Estas transiciones demográficas y epidemiológicas impondrán desafíos en materia de salud para todos los países, sin importar su nivel de ingreso. En países de altos ingresos, el envejecimiento de la población, los costos crecientes de los servicios de salud, y la reducción del tamaño de la fuerza de trabajo, generarán una presión creciente sobre los sistemas de salud financiados públicamente. En algunos países de ingreso medio, y en la mayoría de los de bajos ingresos, que ya tienen presiones para ofrecer los servicios más básicos, atender las necesidades de salud proyectadas requerirá fondos adicionales provenientes de fuentes externas de financiamiento.

Los países en desarrollo representan el 84% de la población mundial, el 90% de la carga de enfermedad, y el 20% del PIB global, pero sólo 12% del gasto global en salud (Mathers, López y Murray, en preparación). Las políticas de financiamiento de salud diseñadas para aminorar estas disparidades están sujetas a condiciones numerosas y cambiantes, a medida que la población cambia, la carga de enfermedad se modifica, surgen nuevas enfermedades infecciosas y las sociedades enfrentan malestares civiles y económicos. Esta base política inestable significa que las decisiones de financiamiento de salud deben estar basadas en la evidencia disponible y deben ser a la vez suficientemente flexibles para enfrentar la incertidumbre. Tales decisiones afectarán la demanda y oferta de servicios de salud, las necesidades de salud de los individuos y poblaciones, y la disponibilidad de recursos financieros y técnicos para atender tales necesidades. A pesar de la amplia variabilidad entre países, algunas lecciones clave pueden aprenderse al analizar la evidencia:

- La transición en salud que está ocurriendo en la actualidad en muchos países en desarrollo –que incluye cambios demográficos, tales como menor fertilidad y mayor expectativa de vida, así como cambios epidemiológicos que involucran

cambios en la carga de enfermedad hacia enfermedades no transmisibles y lesiones–[1] tendrán profundos efectos en la cantidad y en el tipo de servicios que serán necesarios. Estas tendencias incrementarán la presión sobre los costos en los sistemas de atención de salud de la mayoría de los países en desarrollo.

- Las altas pero decrecientes tasas de crecimiento de la población, junto con el aumento en la expectativa de vida, se traducirán en incrementos significativos en la población de los países en desarrollo en el mediano plazo, particularmente en la población en edad de trabajar y en la población de mayor edad.
- Los países de bajos ingresos están luchando aun con los efectos de enfermedades transmisibles y, al mismo tiempo, enfrentan aumentos en la prevalencia de enfermedades no transmisibles y de lesiones, tendencia que continuará por algún tiempo. La disponibilidad de recursos para afrontar estas necesidades de salud es limitada. La comunidad internacional tendrá que hacer un esfuerzo considerable para aumentar los niveles de ayuda para la salud, y asegurar que los recursos adecuados estén disponibles para que los países de bajos ingresos puedan incrementar el gasto en servicios básicos de salud y lograr los ODM.
- Los países de ingreso medio, algunos con un porcentaje creciente de población en edad de trabajar, se enfrentarán con el desafió de ofrecer empleos adecuados. La probabilidad de que esta población se convierta en un regalo demográfico, impulsando el crecimiento económico, o en una maldición, generando más desempleo e incomodidad social, dependerá de si las políticas gubernamentales promueven el crecimiento económico y de la fuerza de trabajo. Las enfermedades transmisibles entre las poblaciones más jóvenes generarán la mayor demanda en el sistema de salud, mientras que el incremento en la expectativa de vida aumentará la demanda por parte de la población adulta.
- Los países de altos ingresos también tendrán que enfrentarse con una proporción creciente de la población adulta y con rápidos aumentos en los costos de los servicios de salud. Estos países tendrán que resolver cómo una cada vez menos numerosa población en edad de trabajar podrá costear los servicios sociales y de salud demandados por un número creciente de ancianos, así como las enormes y crecientes obligaciones contingentes de los sistemas de financiamiento público de salud y de los sistemas de pensiones.
- Pese a que las comparaciones entre países en lo que se refiere al gasto en salud son complejas debido a la gran variabilidad de los datos entre los países, la poca

1 Como lo presentan Mosley, Bobadilla y Jamison (1993), la "transición de la salud" involucra la relación entre cambios demográficos, epidemiológicos y de salud, que tienen un impacto colectivo e independiente en la salud de la población, el financiamiento de la atención de salud y el desarrollo de sistemas de salud.

continuidad de datos creíbles, y las múltiples fuentes de información, es claro que a medida que el nivel de ingreso per cápita aumenta, la participación del gasto público como porcentaje del total también aumenta, mientras que la participación privada y de gastos de bolsillo se reduce. Esta tendencia se traduce en una mayor distribución de recursos y protección financiera. En el otro extremo de la distribución del ingreso, los gastos de bolsillo representan la mayor parte del gasto en salud.

Este capítulo evalúa el impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica, explora las complejas relaciones entre estas transiciones y la carga de enfermedad, y ofrece estimaciones del impacto de estas transiciones en el gasto en salud. Se analizan los patrones corrientes de gasto en salud por región y nivel de ingreso, y se discute la discrepancia a nivel mundial entre las necesidades de financiamiento de salud y el gasto corriente.

Dinámica demográfica

El tamaño y la composición de la población del mundo han cambiado dramáticamente en el último siglo y continuarán cambiando en las próximas décadas. El número de personas que demandarán servicios de salud aumentará como resultado de estos cambios. El tamaño de la población en edad productiva que podrá costear los esquemas de financiamiento de salud también cambiará, y esto tiene implicaciones importantes para las decisiones de financiamiento en salud.

La población mundial

Las proyecciones de población indican el desarrollo futuro de una población, cuando se hacen ciertos supuestos sobre el curso futuro de la fertilidad, la mortalidad y la migración. Son útiles para estimar el impacto del cambio de la población en el sistema de salud.

La población mundial, que era de 2,5 mil millones en el año 1950, alcanzó los 6 mil millones a finales de 1999, y se proyecta que llegará a 7,5 mil millones en 2020 y a 9 mil millones en 2050 (gráfico 1.1).[2] En la actualidad el mundo está agregando cerca de 75 millones de personas cada año, se calcula que cerca de la totalidad del crecimiento de la población hasta el año 2050 ocurrirá en países en desarrollo. Por el contrario, se espera que la población de los países desarrollados se mantenga cercana a su tamaño actual. Aunque las proyecciones de los patrones de crecimiento de la

2 Según las proyecciones de las Naciones Unidas (United Nations 2005) y del Banco Mundial (Banco Mundial 2005).

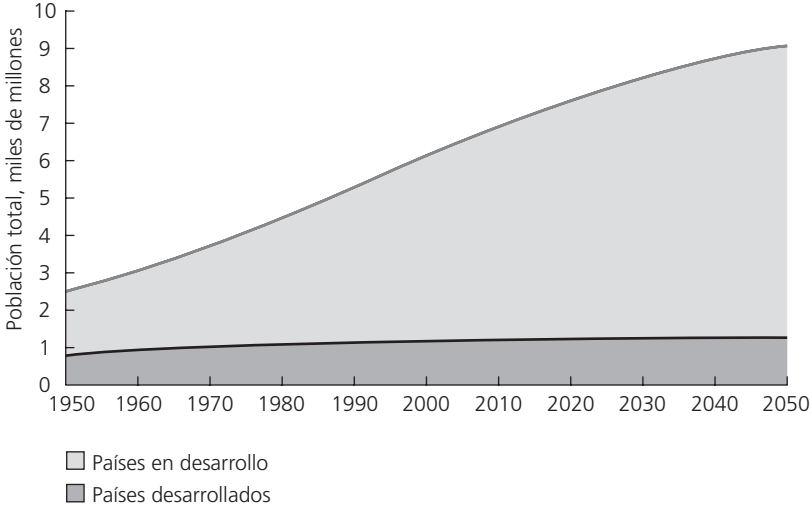
población tienen implicaciones diferentes para países desarrollados y en vías de desarrollo, la mayoría de los países tendrán dificultades para generar ingresos suficientes, como para manejar adecuadamente las necesidades de salud de una población creciente y en proceso de envejecimiento.

Cambio demográfico y gasto en salud

Todos los países están experimentando varios niveles de cambio demográfico. En general, los países de ingreso alto evidencian bajos niveles de fertilidad y mortalidad, y la mayor parte de los países de bajos ingresos están reduciendo su fertilidad con una variabilidad importante en los niveles de mortalidad. Las proyecciones para los próximos 50 años por lo general asumen que las tasas de crecimiento de la población caerán, la expectativa de vida aumentará y la tasa de fertilidad bajará en todas las regiones. Como resultado de los diversos patrones en el cambio demográfico, las distintas regiones del mundo enfrentarán desafíos en el financiamiento de la salud en diferentes magnitudes y en diferentes momentos.

Las contrastantes diferencias en la estructura de edad de la población para dos regiones –el Asia oriental y el Pacífico y el Asia meridional– ilustran este punto (gráficos 1.2 y 1.3). En general, la edad promedio de la población en el Asia oriental y el Pacífico y en el Asia meridional será mayor en el año 2025 que en el año 2005. Las

Gráfico 1.1 *Crecimiento de la población mundial, 1950-2050*

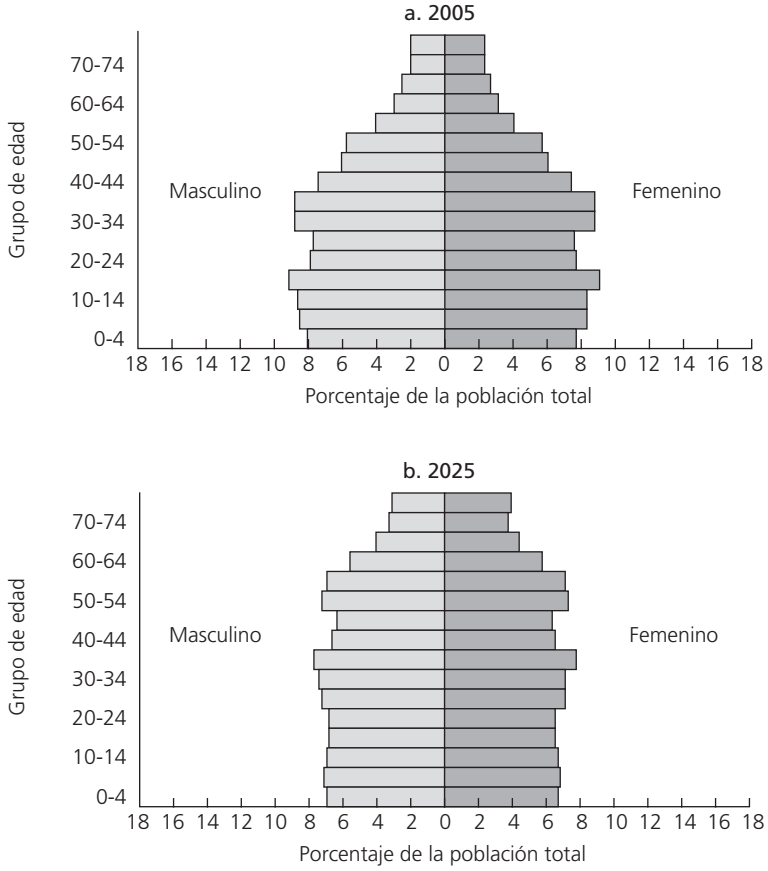


Fuente: Naciones Unidas 2005.

pirámides poblacionales en los gráficos indican que, a medida que las tasas de fertilidad caen con el transcurso del tiempo, la proporción más joven de la población se contrae, generando una pirámide poblacional de forma más rectangular. (*Ver* gráfico A1.1 en el anexo de este capítulo para observar las pirámides poblacionales de otras regiones del Banco Mundial). Es importante recordar que los cambios en el tamaño general de la población son el resultado agregado de los cambios en el número de personas en diferentes edades.

Mientras las economías en desarrollo, particularmente los países de bajos ingresos, continúan enfrentando problemas de financiamiento de la salud asociados con altas tasas de mortalidad y fertilidad, la proporción de individuos en el grupo de edad

Gráfico 1.2 *Pirámide poblacional del Asia oriental y el Pacífico, 2005 y 2025*

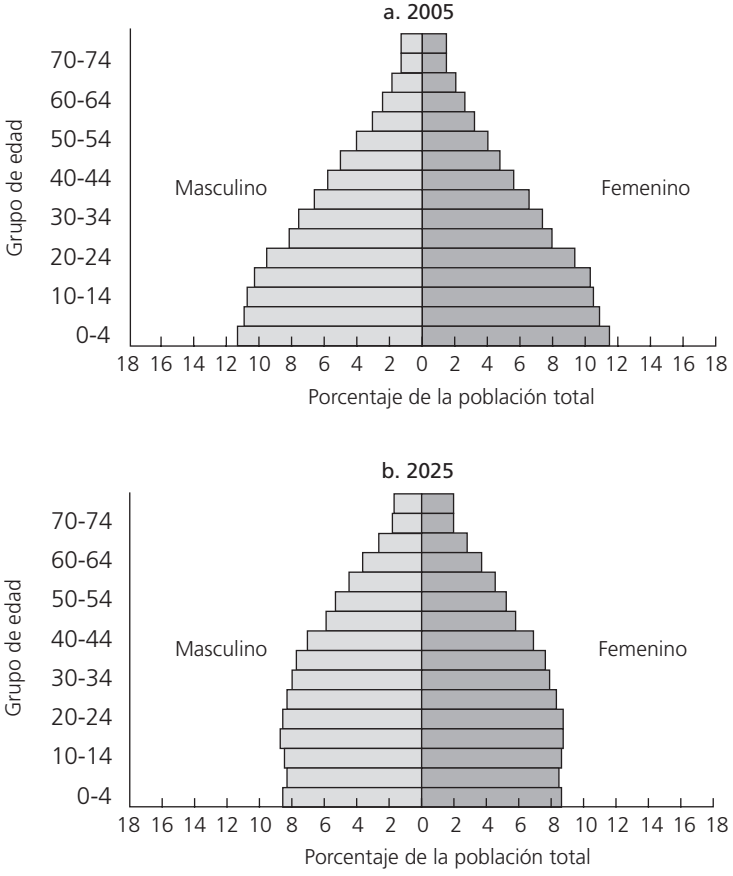


Fuente: Banco Mundial 2005.

avanzada en todas las poblaciones continuará aumentando a medida que se sucedan avances económicos, sociales y epidemiológicos. Las necesidades futuras de esta población en edades avanzadas deben ser anticipadas, y esquemas de financiamiento de salud sostenibles deberán implementarse en un futuro próximo para asegurarse de que estas poblaciones cubran sus necesidades en el largo plazo y que los sistemas de salud continúen siendo funcionales.

Por el contrario, los países desarrollados enfrentan en la actualidad desafíos asociados con el financiamiento de su población que tienen una gran proporción de sus

Gráfico 1.3 *Pirámide poblacional del Asia meridional, 2005 y 2025*



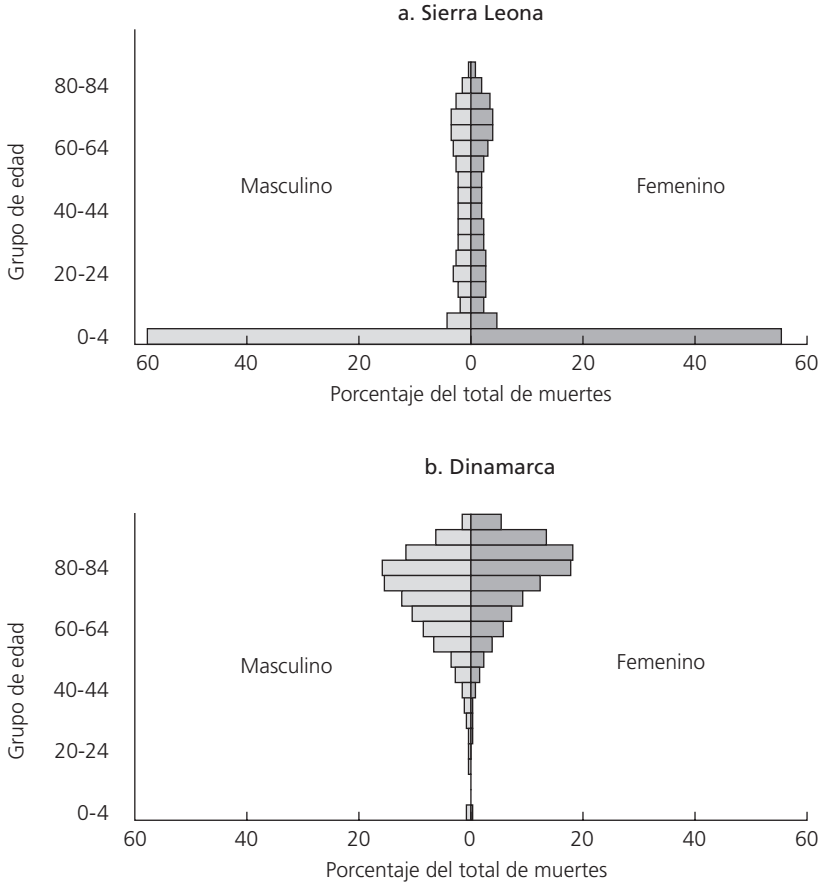
Fuente: Banco Mundial 2005.

individuos en proceso de envejecimiento. Los costos para el sistema de salud asociados con este segmento de la población pueden ser muy grandes, ya que los individuos incurren en costos de salud mayores en las etapas finales de su vida que en cualquier otro momento. Adicionalmente, a medida que las tasas de fertilidad disminuyen, la proporción de la población que puede contribuir a financiar esquemas de salud que cubran los costos de los ancianos eventualmente disminuirá, resultando en una proporción creciente de la población pensionada (retirada) que depende de una proporción decreciente de población en edad de trabajar (por ejemplo, un aumento en el cociente de dependencia de los ancianos).

Esta dinámica implica problemas particulares en el largo plazo, ya que habrá menos recursos disponibles en los sistemas de protección social (como la seguridad social) que están diseñados para ofrecer alguna protección financiera en el futuro para el segmento de la población de edad media. Pero en muchos países en desarrollo, esto se puede balancear hasta cierto punto con el llamado "momento poblacional" (*population momentum*), dado que los países con una gran proporción de personas jóvenes tendrán una proporción grande de personas en edad de trabajar. Esta fuerza laboral creciente, si está empleada, está en condiciones de apoyar los esquemas de financiamiento de salud. Las lecciones aprendidas de los países de ingreso alto en lo que se refiere a mejores prácticas para afrontar una población creciente en etapa de envejecimiento, pueden ser muy útiles en países de ingresos bajos y medios en los años venideros.

Por ejemplo, las lecciones aprendidas en Dinamarca –un país de ingreso alto y con una alta expectativa de vida– pueden ser muy útiles para países como Sierra Leona, un país de bajos ingresos en donde la expectativa de vida es baja. Los dos países tienen necesidades de financiamiento de la salud dramáticamente diferentes, dada la distribución etaria de la mortalidad en sus respectivas poblaciones (gráfico 1.4). La mayor parte de las muertes en Dinamarca ocurre en el grupo de edad más avanzada (personas de 80 y mayores). Por el contrario, el mayor número de muertes de la población de Sierra Leona ocurre en el grupo de menos de cinco años, de hecho, muy pocas muertes ocurren a la edad de 80 o más, ya que pocos sobreviven hasta esa edad. Por ello Dinamarca enfrenta costos muy altos asociados con el proceso de muerte de la población de edad más avanzada, mientras que Sierra Leona tiene un costo mínimo en ese grupo de edad. Además, los costos de Dinamarca incluyen aquellos costos asociados con la capacidad de su sistema de salud de ofrecer servicios de salud muy avanzados tecnológicamente, y muy costosos, a las personas en sus últimos años de vida. Esencialmente, los costos de atención de la salud aumentan simplemente porque el sistema de salud danés tiene la capacidad de ofrecer servicios para la población anciana. Por el contrario, Sierra Leona no tiene un sistema de salud con la capacidad de ofrecer esa atención.

Gráfico 1.4 *Distribución etaria en Sierra Leona y Dinamarca, 2005*



Fuente: Naciones Unidas 2005.

La transición epidemiológica y el gasto en salud

Además de tener que adaptarse a los cambios en el tamaño y estructura de la población, los países en todo el mundo están atravesando por una transición epidemiológica que tiene importantes implicaciones en la expectativa de vida, la carga de enfermedad, y (en consecuencia) el financiamiento de la salud. La transición epidemiológica es el cambio en las causas principales de morbilidad y mortalidad –de enfermedades transmisibles y causas materno-infantiles hacia enfermedades no transmisibles.

Los cambios demográficos y la transición epidemiológica están fuertemente relacionados. Como se discutió anteriormente, los niveles de mortalidad comienzan a declinar en la etapa inicial de la transición demográfica. La principal razón es la reducción en la mortalidad debida a enfermedades infecciosas y a condiciones materno-infantiles. A medida que la transición en salud progresa, los niveles de fertilidad y la carga de enfermedad debida a enfermedades transmisibles disminuyen, y la edad promedio de la población aumenta. Entonces, eventualmente, habrá un mayor número de personas de edad adulta en la población que será, a su vez, más susceptible que la población más joven a contraer enfermedades no transmisibles. El incremento en el número de individuos susceptibles en edades avanzadas aumenta la incidencia general y la prevalencia de enfermedades no transmisibles, acelerando así la transición epidemiológica.

La mayoría de los países en desarrollo están enfrentando importantes desafíos en la actualidad debido a los serios efectos de las enfermedades transmisibles. Esas enfermedades –particularmente malaria, tuberculosis y VIH/SIDA– representan un gran reto para la salud pública y para los sistemas de salud en muchos países de bajos ingresos y en algunos países de ingreso medio. Se estima que cerca del 80% de las muertes causadas por el VIH/SIDA en el año 2003 ocurrió en África subsahariana, así como el 90% del total de muertes por malaria (OMS 2003; Unaids 2003). Adicionalmente, la incidencia de la tuberculosis en África subsahariana es la más alta del mundo (OMS 2004).

El escalonamiento en la carga de enfermedad de los responsables por tantas muertes representa una fuerte carga sobre los sistemas de salud, que en países de bajos ingresos son débiles y evidencian serios problemas de financiamiento. El 30% de las visitas a las clínicas en África está relacionado con síntomas de la malaria, y estos síntomas son también uno de los mayores responsables de las muertes de los pacientes (OMS 2003). El VIH/SIDA necesita la realización de pruebas, consejería, tratamiento de las infecciones oportunistas, y la administración de terapia antirretroviral. Salvar una vida es la prioridad y la mayor urgencia en los países afectados, pero ofrecer una terapia antirretroviral es una tarea costosa y de largo plazo, incluso cuando las drogas son financiadas o subsidiadas por fuentes externas. Debido a que tales tratamientos se desarrollan a un ritmo muy rápido, muchos países se enfrentarán con el VIH/SIDA como un problema crónico (además de ser una enfermedad transmisible), lo cual representa mayores costos de largo plazo tanto para los individuos afectados como para los programas públicos que les proveen financiamiento.

La tuberculosis es otra enfermedad costosa y prevalente en países de bajos ingresos, a pesar de que la mayor parte del costo del tratamiento es financiado por donantes externos. El método más exitoso para el tratamiento de la tuberculosis requiere una adecuada oferta de antibióticos, así como una intensa participación del personal de la salud para monitorear la administración del tratamiento, lo que incrementa

los costos y las dificultades para el personal del sector. Las recientes erupciones de síndrome respiratorio agudo (SRA), así como de gripe aviar en Asia y Europa, son ejemplos de que incluso la mejor planeación en los sistemas de salud y financiamiento puede no ser suficiente para enfrentar la amenaza global de nuevas enfermedades infecciosas.

La transición epidemiológica influye en los sistemas de salud y en su financiamiento, afectando las necesidades de salud de la población y el tipo y nivel de los servicios demandados y, por ende, la cantidad y distribución de fondos disponibles para pagar por ellos (OMS 2002). A medida que la carga de enfermedad se modifica, los sistemas de salud necesitan adaptarse, expandirse o limitar el alcance y la escala de servicios ofrecidos, e integrar nuevas tecnologías y métodos a medida que se necesiten.

El gráfico 1.5 presenta las dramáticas diferencias en la carga de enfermedad en África subsahariana y Europa. Asumir los efectos actuales de las enfermedades transmisibles y, al mismo tiempo, establecer las bases para transformar los sistemas de salud para que sean capaces de enfrentar la carga de las enfermedades no transmisibles, es el mayor desafío para los hacedores de políticas de salud en África y otros países en desarrollo. Los países de ingreso alto, con muchos más recursos y una carga de enfermedad más estable, pero creciente, de las enfermedades no transmisibles, enfrentan problemas serios de financiamiento y entrega de servicios de salud, pero tienen mucha mayor capacidad financiera para actuar.

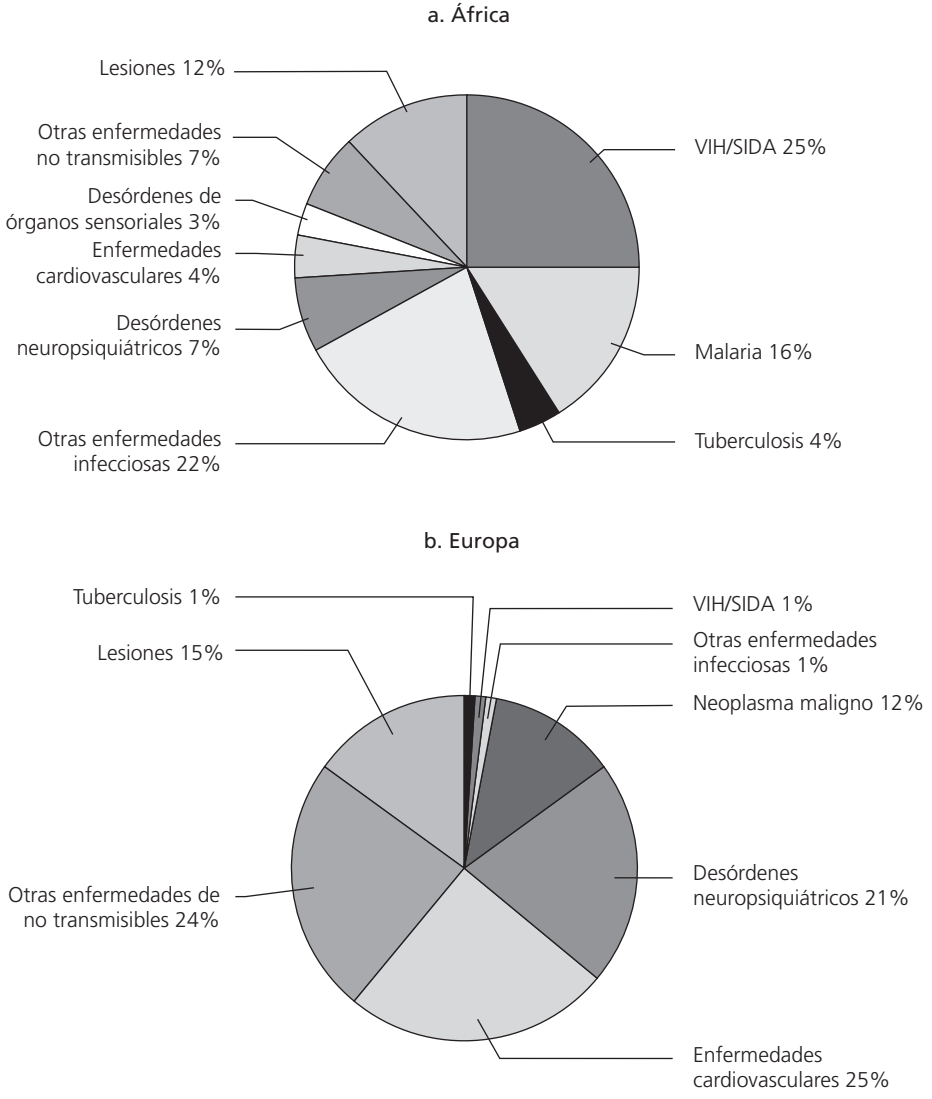
Implicaciones de las transiciones demográfica y epidemiológica en el financiamiento de la salud

A pesar de que los cambios en el tamaño y la estructura de edad de la población tendrán consecuencias importantes en las necesidades de financiamiento actuales y futuras de la salud, el impacto exacto aún es tema de debate. Algunos investigadores han determinado que los gastos de salud en poblaciones de edades avanzadas continuará ejerciendo fuertes presiones en los sistemas de salud por varios años; otros afirman que, al menos en el caso de los países de ingreso alto, la población de mayor edad está aumentando pero es más saludable, de modo que el efecto en los gastos de salud puede no ser tan serio como se había anticipado (Olin y Machlin 1999; Fogel 2003; *ver* capítulo 9).

Algunos países de bajos ingresos y muchos de los países de ingreso medio gastarán proporcional y absolutamente más en salud, debido al incremento de la población y al mayor número de personas de edad, en especial de ancianos. Como se discutió anteriormente, el incremento en la proporción de personas de edad generará un incremento general en los gastos de salud (aunque el efecto variará según el país), dado que, en promedio, los costos de salud para los ancianos son más altos que para otros

segmentos de la población (Fogel 2003, Mahal y Berman 2001). Como lo señalan Mahal y Berman, "Con el paso del tiempo, la participación del gasto agregado en salud destinado a las poblaciones ancianas puede variar dependiendo de su participación

Gráfico 1.5 *Carga de enfermedad mundial, 2002*



Fuente: OMS 2004.

en la población y de si el gasto en salud por persona cambia diferencialmente a lo largo de diferentes grupos de edad" (2001, p. 5). Estimaciones actuariales, utilizando los gastos por persona en Estados Unidos, muestran que una persona de entre 65 y 74 años gasta en promedio entre 3 y 4,4 veces más que una persona de 35 a 44 años y la cantidad es aún mayor para los mayores de 80 años (Mays y Lazar 2003; Cutler y Meera 1997; Reinhardt 2000).

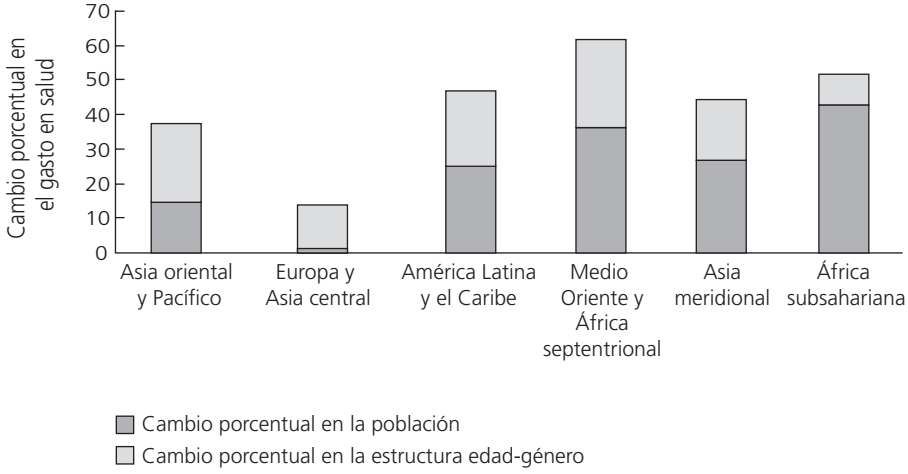
El gráfico 1.6 ofrece información por región de los cambios proyectados en el gasto total en salud entre 2005 y 2025, como resultado de los cambios en el número de personas y de los cambios en la estructura demográfica de la población –asumiendo que el año base del gasto en salud por persona, considerando edad y género, no cambia.[3] Alternativamente, el gráfico muestra cuál sería el gasto en salud en el año 2005 si cada región tuviese la estructura de población del año 2025. Para cada región se presentan los siguientes tres gráficos: 1) efecto total –cambios en el gasto total como resultado de los cambios en el número de personas y en la estructura edad-género, 2) efecto crecimiento –cambios en el gasto total debidos exclusivamente a cambios en el número de personas, y 3) efecto de la estructura edad-género –cambios en el gasto como resultado de la distribución de género y edad de las personas.[4]

El gráfico muestra grandes diferencias entre las regiones en el incremento total en gasto en salud y el grado en el cual este incremento es el resultado de los cambios en el tamaño de la población y en la estructura edad-género. Por ejemplo, en el Medio Oriente y África septentrional, una región de ingreso medio con alto crecimiento de la población y expectativa de vida relativamente alta, enfrentará un incremento

3 Dado que la ponderación de gasto en salud específica por edad y género para los países en desarrollo usualmente no está disponible, se utilizan las ponderaciones de gasto de Estados Unidos. Este resultado puede sobrestimar el impacto de edad-género, ya que las ponderaciones reflejan niveles más altos de tecnología y recursos en los Estados Unidos, muchos de los cuales están más que proporcionalmente destinados a la población anciana, comparado con los niveles en países en desarrollo. Sin embargo, gran parte del gasto en salud en países en desarrollo se destina a hospitales dedicados a la enseñanza en centros urbanos grandes, lo cual también puede beneficiar desproporcionalmente más a los ricos y a la población anciana.

4 El efecto total es calculado multiplicando el número de hombres y mujeres en cada grupo de edad por la ponderación específica de gasto por edad-género, y luego dividiendo la ponderación del gasto total por edad-sexo para el año 2025, por el total del año 2005. El efecto crecimiento de la población se calcula dividiendo la población total proyectada del año 2025 por la población total del año 2005. El efecto de la composición edad-género se calcula como el residuo, dividiendo el efecto total por el efecto crecimiento. Este efecto edad-género refleja los cambios en composición de edad y género de la población, así como la interacción de este cambio estructural con cambios en el tamaño de la población. Como los cambios en la composición de género son pequeños, los resultados reflejan más los cambios en la estructura de edad.

Gráfico 1.6 *Efecto de los cambios en el número de personas y estructura edad-género en el gasto de salud por región, 2005-25*



Fuente: 2000 National Medical Expenditures survey y HNP Stats (Base de datos de salud, nutrición y población recolectados por el Banco Mundial).

del 62% en el gasto de salud a lo largo de estos 20 años (cerca de un 3% por año), solamente como resultado del cambio de la población. De este incremento total, casi tres quintos (37 puntos porcentuales) son producto del aumento del tamaño de la población y los dos quintos restantes (25 puntos porcentuales) se deben a cambios en la estructura edad-género. Por el contrario, África subsahariana, una región de ingreso bajo caracterizada por un alto crecimiento de la población y una baja expectativa de vida, experimentará un incremento de 52% en el gasto en salud, de los cuales 43 puntos porcentuales son el resultado del crecimiento en la población y sólo 9 puntos porcentuales se deben a cambios en la estructura edad-género.

En Europa y Asia central, una región de ingreso medio con una tasa de crecimiento de la población cercana a cero y alta expectativa de vida, se espera que el gasto en salud aumente 14% en total: 1 punto porcentual es el resultado del crecimiento de la población, y los otros 13 puntos debido al cambio en la estructura edad-género. En América Latina y el Caribe, otra región de ingreso medio, con un crecimiento moderado de la población y larga expectativa de vida, se presentará un incremento general del gasto del 47%, del cual 25 puntos porcentuales son el resultado del crecimiento de la población, y 22 puntos porcentuales son el resultado de los cambios en la estructura de edad-género.

Las regiones de Asia oriental y el Pacífico, donde el crecimiento de la población es moderado, y de Asia meridional, donde el crecimiento de la población es rápido,

ofrecen también contrastes interesantes. En el Asia oriental y el Pacífico la expectativa de vida es cercana a la media de países en desarrollo y más alta que la de Asia meridional, la cual a su vez tiene expectativas de vida significativamente más altas que las observadas en África subsahariana. En el Asia oriental y el Pacífico, el gasto en salud aumentará 37%, 15 puntos porcentuales son el resultado del crecimiento de la población y 22 puntos porcentuales el resultado de cambios en la estructura edad-género. En el Asia meridional, el gasto total aumentará en 45%, de los cuales 27 puntos porcentuales son el resultado del crecimiento de la población, y 18 puntos porcentuales, del cambio en la estructura edad-género.

Aunque este análisis es simplista, es suficiente para indicar el orden de la magnitud de los cambios en el gasto que probablemente aparecerán como resultado del crecimiento de la población y de la edad. Si se excluyen Europa y Asia central, los incrementos de 37 a 62% indican que los gobiernos necesitarán aumentar su gasto en salud en 2 o 3 puntos porcentuales por año para ajustarse simplemente a los cambios demográficos. Estos incrementos no son insignificantes, dada la baja tasa esperada de crecimiento del PIB en las regiones señaladas anteriormente. Estas estimaciones son simplemente límites inferiores del crecimiento necesario, ya que no toman en cuenta factores críticos como el desarrollo de nuevas tecnologías, el ritmo de la inflación, o el alcance de la cobertura del aseguramiento. Tampoco incluyen el impacto de potenciales crisis médicas, como la gripe aviar o la disponibilidad de nuevas, pero más caras, medicinas para el tratamiento de la malaria. La proporción del incremento debida al crecimiento en la población en relación con la asociada a los cambios en la composición de edad-género ofrecen a los hacedores de política información básica sobre los cambios necesarios en los sistemas de entrega de servicios de salud.

Distribución mundial del gasto en salud

Las comparaciones entre países en gasto nacional de salud son complicadas porque muchos países en desarrollo no tienen cuentas nacionales de gasto en salud. El siguiente análisis se basa en estimaciones de datos a nivel de país, recopilados por la OCDE, la OMS y el Banco Mundial. Las estimaciones de recursos externos para la salud se basan en agregados de la OCDE, gobiernos donantes y fundaciones privadas.

Al analizar los patrones de gasto en salud, es importante distinguir entre las fuentes de gasto de salud y las bases de ingreso que respaldan esas fuentes de financiamiento. Las cuentas nacionales de salud ofrecen datos sobre las fuentes del gasto de salud, así como sobre el destino del mismo. Esos datos sólo dan información de las fuentes inmediatas del gasto, ya sean provenientes del sector público (por ejemplo, gastos financiados por institutos gubernamentales o fondos de seguridad social), del sector privado (por ejemplo, gastos financiados por gastos de bolsillo o aseguramiento privado), o fuentes externas (por ejemplo, donaciones o préstamos de donantes

internacionales). La mezcla de estas fuentes tiene muchas implicancias para los sistemas de salud, particularmente en términos de acceso, equidad, eficiencia y sostenibilidad financiera.

Las cuentas nacionales de salud no ofrecen información sobre las fuentes de los ingresos del gobierno que financian tales gastos (ingresos por impuestos generales o no impositivos, contribuciones por nómina salarial, hogares, etc.). La información del origen de los recursos es crucial para entender la equidad de las contribuciones (incidencia de los impuestos y del recaudo) y la eficiencia y sostenibilidad de la base de ingresos; mientras que la información del gasto es crucial para entender la eficiencia técnica y asignativa, la equidad de los beneficios (incidencia de los beneficios), los costos administrativos y la distribución de riesgo. Las fuentes y los patrones de gastos se discuten en este capítulo, y las fuentes de financiamiento en el capítulo 2.

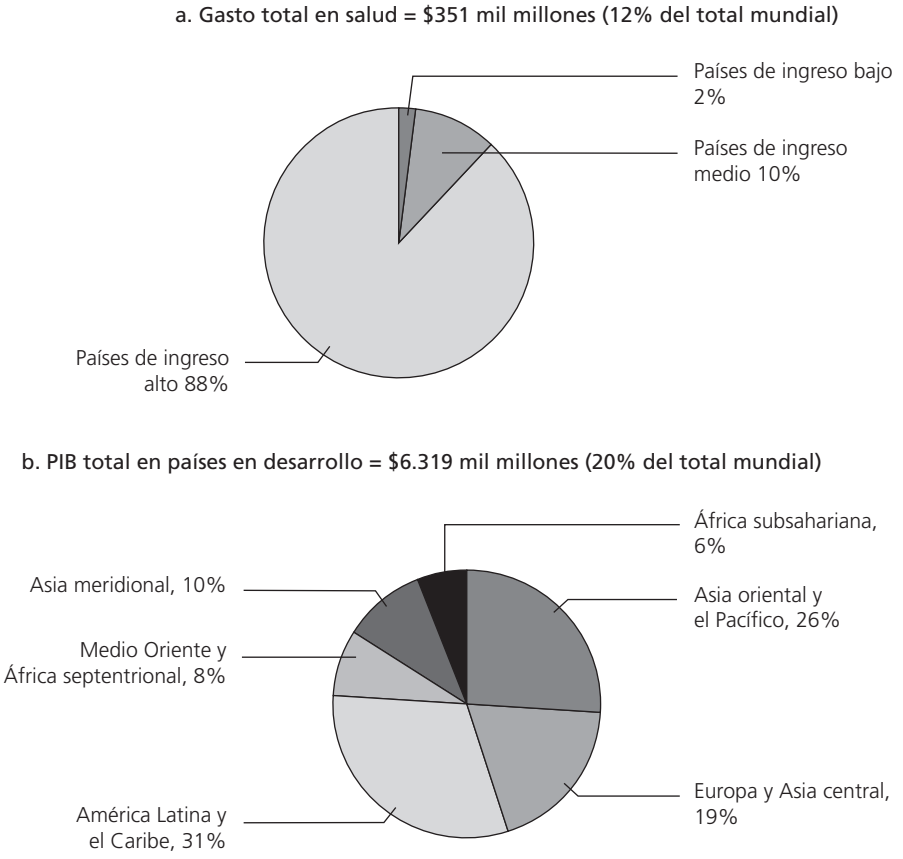
Es claro que los países de ingresos medios y bajos asumen una proporción desproporcionada de la carga de enfermedad, comparados con los países de ingreso alto, y aún así, proporcionalmente gastan muy poco en salud. En 2002, cerca de $3.198 mil millones (cerca del 10% del PIB del mundo) se gastó en atención de salud en el mundo (Banco Mundial 2005). Pero aún así, sólo 12% del gasto total fue a países de ingresos medios y bajos que cuentan con el 84% de la población mundial, el 20% del PIB total y el 90% de la carga de enfermedad (Mathers, López y Murray 2006). Las proporciones del PIB mundial y del gasto en salud son desproporcionadas por región y nivel de ingreso (gráfico 1.7).

Fuente de los gastos en salud

Información proveniente de diversas fuentes sobre la naturaleza y fuentes de gasto en salud es esencial para desarrollar políticas nacionales sólidas para financiar la atención de salud. Más allá de los indicadores económicos básicos, como el PIB y el PIB per cápita, es útil calcular medidas relacionadas con el gasto en salud, incluyendo gasto per cápita en salud, gasto total en salud como porcentaje del PIB, la participación del gasto público en el gasto total en salud, el porcentaje de gasto público de las organizaciones de seguridad social, la participación privada del gasto total, el porcentaje de gastos de bolsillo como proporción del gasto privado, y la participación del gasto total de salud que proviene de fuentes externas. Para poder hacer una comparación absoluta entre países, las cantidades deben denominarse en dólares de Estados Unidos, ajustados por tasas de cambio estándar y por índices de paridad de poder adquisitivo.

Otro elemento importante en la recolección de información de los patrones de salud agregados y por regiones es el sistema de ponderación utilizado para agregar la información de los países individuales hasta los niveles global, regional y de ingreso. El uso de ponderaciones iguales para cada país (tratando cada país de la misma

Gráfico 1.7 *Distribución global del PIB y gasto en salud en países en desarrollo, 2002*



Fuente: Banco Mundial 2005.

manera) ofrece una medida del impacto promedio por país. Sin embargo, la ponderación por población también puede ser apropiada, dado que algunos países tienen poblaciones más grandes que otros, y la política de salud global usualmente se concentra en el número de personas con necesidades cuando se calculan los costos de la ayuda financiera. Los cuadros A1.1 y A1.2 en el anexo ofrecen información de gasto en salud usando ponderadores por población y por país. El siguiente análisis se concentra en información ponderada por la cantidad de población. Indicadores ponderados por país se discuten para los componentes en los cuales existen grandes diferencias y en aquellos casos en los cuales los promedios de los países se consideran

más significativos (como la participación del gasto público en el total del gasto de salud y el financiamiento externa promedio por país y región).

Los países de ingreso alto gastaron, en promedio, más del 10% del PIB en salud en el año 2002, mientras que los países de ingresos medios y bajos gastaron cerca del 6% y el 5,3%, respectivamente (cuadro A1.1). Medido en dólares estadounidenses, el gasto total en salud per cápita fue de $26 en Asia meridional, $32 en África subsahariana, $64 en Asia oriental y el Pacífico, $99 en el Medio Oriente y África septentrional, $151 en Europa y Asia central, y $218 en América Latina y el Caribe. Estas cifras se comparan con un gasto per cápita promedio en los países de ingreso alto de $3.039 –esto es, 100 veces más de lo gastado en promedio en un país de ingreso bajo ($30). Incluso después de ajustar por diferencias en los costos de vida, las diferencias están aun en el orden de las 30 veces el nivel en los países de ingreso bajo (esto se discute en los capítulos 6 y 7). Los indicadores de gasto en países de bajos ingresos son muy inferiores a lo necesario para ofrecer un paquete básico de servicios, o para lograr los ODM.

La participación pública del gasto total de salud ofrece una medida de qué tan activamente intervienen los gobiernos para asegurar el financiamiento de la salud pública básica y los servicios individuales de salud, proteger a los pobres y facilitar la distribución de riesgos mediante los programas públicos. La participación del gasto público aumenta a medida que el ingreso del país incrementa (cuadros A1.1 y A1.2 en el anexo). Utilizando datos ponderados por población, la participación pública aumentó a 29% en países de ingreso bajo, a aproximadamente 50% en países de ingreso medio, y a 65% en países de ingreso alto. Los niveles correspondientes ponderados por país son de 48%, 60% y 71%, respectivamente. Los puntos clave a resaltar aquí son dos: que la mayor parte del gasto en salud en países de bajos ingresos es gasto privado, y que, a medida que un país se hace más rico, el sector público cubre cantidades crecientes de servicios de salud como resultado de las fallas de mercado en el aseguramiento privado de salud, las asimetrías de información y de otras fallas de mercado presentes en el sector salud.

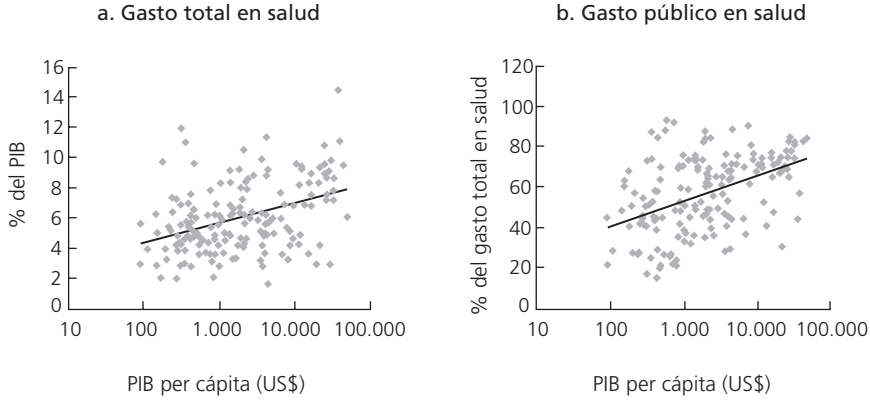
Otras dos tendencias importantes surgen de las cuadros A1.1 y A1.2 en el anexo: la pequeña participación del gasto total en salud proveniente de gastos en seguridad social en países y regiones de bajos ingresos, y la importancia de los costos de gastos de bolsillo en el gasto privado. En África subsahariana, sólo un 2% del gasto público en salud (menos del 1% del gasto total de salud) se realiza a través de instituciones de seguridad social, en Asia meridional alcanza el 8% y en los países de bajos ingresos el 6%. La ponderación por países no cambia mucho estas estimaciones. Sin embargo, para la región del Asia oriental y el Pacífico y para los países de ingreso medio, la ponderación por población generalmente muestra una participación más alta de la seguridad social.

La importancia del gasto de bolsillo en el gasto privado y en el gasto total es una medida clave de la falta de distribución de riesgos (*ver* capítulo 2) y de las potenciales

inequidades en el financiamiento de la salud, dada la limitada capacidad de pago de los pobres. Los gastos de bolsillo se definen como cualquier pago directo que hacen los hogares, incluyendo agradecimientos y contribuciones en especie, por los servicios y bienes ofrecidos por los médicos, farmacéuticos, proveedores de medicinas, etcétera. Los gastos de bolsillo representan el 93% del gasto privado y más del 60% del gasto total en países de bajos ingresos (cuadro A1.1 del anexo). En África subsahariana y Asia meridional, casi la mitad de todo el gasto en salud es gasto de bolsillo. Cuando los países incrementan su nivel de ingreso y persiguen los objetivos de mayor equidad y mayor distribución del riesgo mediante financiamiento público, y facilitan la existencia de mercados de aseguramiento de salud, la participación pública en el gasto aumenta y la participación de los gastos de bolsillo disminuye. En países de ingreso alto los gastos de bolsillo representan menos del 20% del total. Cuando se utiliza la ponderación por países, la participación del gasto de bolsillo se reduce en cierta medida (representa más del 40% del gasto en salud en países de bajos ingresos), pero la historia no cambia mucho.

Los fondos externos representan casi 8% (en promedio) del gasto total en salud en los países de bajos ingresos en el año 2002, 18% en África subsahariana y 2% en África meridional. Sin embargo, los datos cambian apreciablemente cuando se utiliza la ponderación por país: la ayuda externa representa 20% de todo el gasto en países de bajos ingresos, 19% en África subsahariana y 11% en Asia meridional y en Asia oriental y el Pacífico. En 13 países de África subsahariana, el financiamiento externo representa más del 30% del total del gasto en salud (Schieber y otros, en preparación). Los recursos externos son una fuente importante de financiamiento para países de

Gráfico 1.8 *Gasto total y público en salud por PIB per cápita, 2002*



Fuente: Banco Mundial 2005.

bajos ingresos y en las regiones de África subsahariana, y Asia meridional. Dadas las restricciones domésticas en la movilización de recursos en los países de bajos ingresos, un incremento en la asistencia externa es crucial para incrementar los servicios y alcanzar los ODM (*ver* capítulo 2).

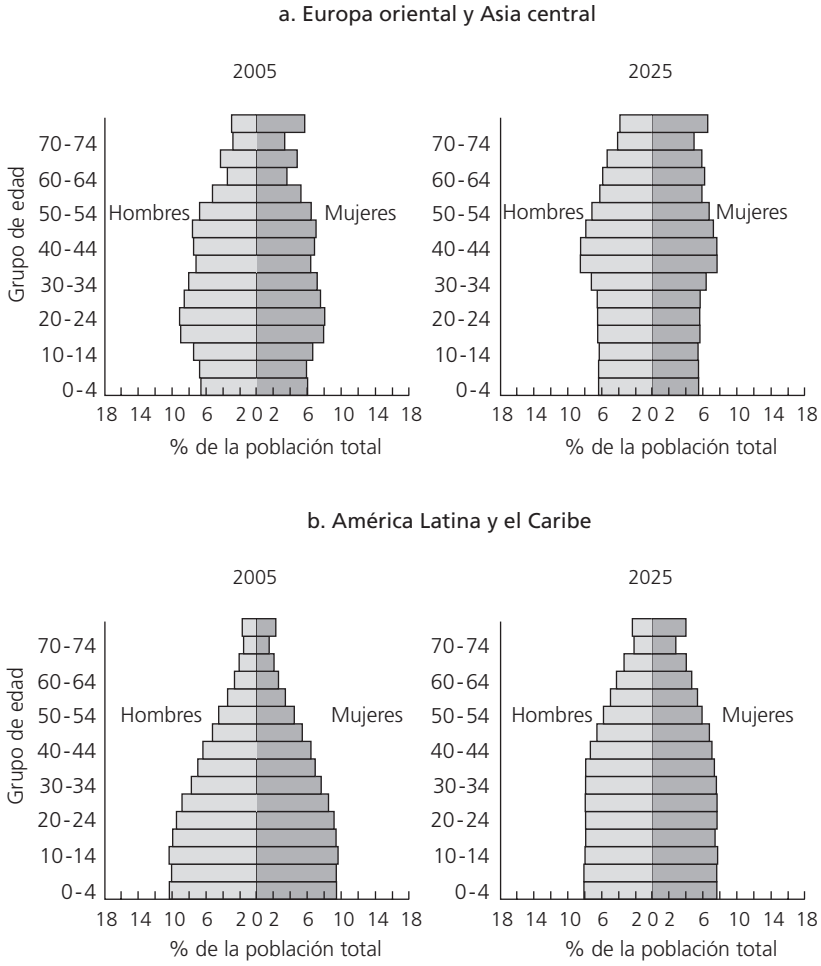
Existe una tendencia creciente entre el nivel de ingreso del país y el nivel de gasto público y de gasto total en salud como porcentaje del PIB (gráfico 1.8). Sin embargo, el gasto tiene mucha variabilidad en todos los niveles de ingreso, particularmente en los más bajos (Musgrove, Zeramdini y Carrin 2002). La composición del gasto privado en salud también difiere a lo largo de los niveles de ingreso. A medida que el ingreso aumenta, la participación del gasto privado y de los gastos de bolsillo en el gasto total se reduce y el gasto público prevalece.

Los países de ingresos bajos y medios con altos niveles de gastos de bolsillo tienen oportunidades limitadas para distribuir el riesgo, lo que obstruye los esfuerzos por mejorar la eficiencia asignativa y la protección financiera.[5] Además, niveles bajos de gasto en muchos países de bajos ingresos y en algunos de ingreso medio resultan en un acceso limitado a servicios esenciales y a protección financiera, particularmente para los pobres. Como indica Musgrove (2004), si el PIB se ajustara por las necesidades de subsistencia básicas, se podría observar que los países pobres estarían gastando una importante participación de su ingreso disponible en salud, reforzando gran parte de la discusión en los siguientes capítulos respecto de la necesidad de dedicar fondos adicionales hacia la salud, provenientes de financiamiento externo.

5 Para un análisis detallado por países y las tendencias globales de gasto en salud, *ver* Musgrove, Zeramdini y Carrin (2002).

Anexo 1.1 Pirámides de población y gastos globales de la salud del grupo de la región y de la renta

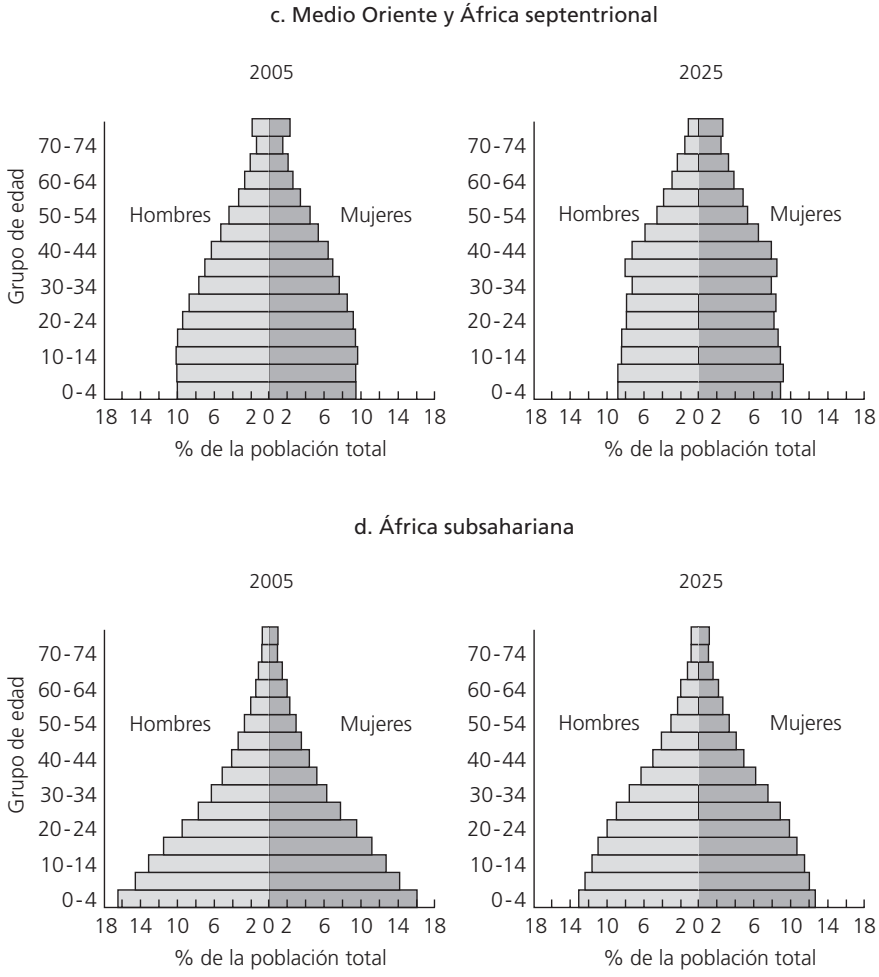
Gráfico A1.1 Pirámides poblacionales y gasto global en salud por región y grupo de ingreso



(Continúa en la página siguiente)

Fuente: Banco Mundial 2005.

Gráfico A1.1 *Pirámides poblacionales y gasto global en salud por región y grupo de ingreso (continuación)*



Fuente: Banco Mundial 2005.

Cuadro A1.1 *Composición del gasto en salud en países de ingresos altos, medios y bajos, promedios ponderados por población, 2002*

	PIB per cápita (US$ corriente)	*INB per cápita (US$ corriente)*	*Gasto en salud per cápita (US$)*[a]	*Gasto en salud per cápita (tasa internacional en dólares)*[b]	*Gasto total en salud (% del PIB)*	*Gasto en salud (% del total del gasto en salud)*	*Gasto en seguridad social (% del total del gasto público en salud)*	*Gasto privado (% del gasto total en salud)*	*Gastos de bolsillo (% del gasto privado en salud)*	*Externo (% del gasto total en salud)*
Región										
Asia oriental y el Pacífico	1.013,68	999,76	63,66	250,30	5,21	35,29	39,35	64,71	91,86	0,72
Europa oriental y Asia central	2.416,54	2.371,17	151,07	459,29	5,93	61,33	41,35	38,67	85,10	1,58
América Latina y el Caribe	3.284,31	3.182,82	217,85	515,57	7,04	50,27	32,50	49,73	74,28	1,39
Medio Oriente y África septentrional	2.153,12	2.105,48	98,92	252,17	4,83	44,92	23,60	55,08	84,77	1,02
Asia meridional	475,17	471,92	26,04	140,39	5,45	23,66	8,04	76,34	97,08	2,48
África subsahariana	487,14	440,72	31,58	119,71	5,32	39,58	1,92	60,42	79,17	17,58
Niveles de ingreso										
Países de ingreso bajo	423.63	408,55	29,52	115,18	5,30	29,14	6,18	70,86	92,84	7,89
Países de ingreso medio bajo	1.333,33	1.309,93	81,60	304,50	5,60	41,59	35,55	58,41	86,02	0,86
Países de ingreso medio alto	5.266,89	5.156,73	309,96	602,33	6,18	56,27	53,43	43,73	82,93	0,43
Países de ingreso alto	27.464,45	27.653,55	3.039,30	3.168,54	10,37	65,15	43,95	34,85	55,78	0,03

Fuente: Banco Mundial 2005; FMI 2005; OMS 2005.

a Tasa de cambio de dólares de Estados Unidos (US$).

b Poder de paridad de compra en dólares de Estados Unidos (US$).

Cuadro A1.2 *Composición del gasto en salud en países de ingresos altos, medios y bajos, promedios ponderados por país, 2002*

	PIB per cápita (US$ corriente)	*INB per cápita (US$ corriente)*	*Gasto en salud per cápita (US$)*[a]	*Gasto en salud per cápita (tasa internacional en dólares)*[b]	*Gasto total en salud (% del PIB)*	*Gasto en salud (% del total del gasto en salud)*	*Gasto en seguridad social (% del total del gasto público en salud)*	*Gasto privado (% del gasto total en salud)*	*Gastos de bolsillo (% del gasto privado en salud)*	*Externo (% del gasto total en salud)*
Región										
Asia oriental y el Pacífico	1.170,04	1.195,70	96,14	198,72	5,86	61,76	8,32	38,24	80,73	11,44
Europa oriental y Asia central	2.432,28	2.380,18	152,11	434,02	5,79	61,24	45,06	38,76	94,31	3,42
América Latina y el Caribe	3.445,66	3.269,69	217,78	431,18	6,62	55,47	26,20	44,53	81,78	3,47
Medio Oriente y África septentrional	2.708,87	2.613,70	143,71	290,41	5,29	47,57	15,41	52,43	78,32	2,46
Asia meridional	767,90	735,86	27,50	95,11	4,81	46,67	8,91	53,32	93,75	11,32
África subsahariana	954,93	806,64	47,34	133,07	5,08	51,36	3,17	48,64	79,59	19,44
Niveles de ingreso										
Países de ingreso bajo	452,74	348,29	26,76	82,44	5,18	48,39	4,07	51,61	85,26	19,83
Países de ingreso medio bajo	1.514,00	1.504,44	94,19	282,64	5,89	55,82	21,94	44,18	81,34	4,73
Países de ingreso medio alto	5.152,12	4.950,51	308,38	578,45	6,10	63,59	34,75	36,41	84,09	1,85
Países de ingreso alto	22.794,32	22.918,68	1.921,84	2.258,50	7,94	70,51	36,68	29,48	74,66	0,18

Fuente: Banco Mundial 2005; FMI 2005; OMS 2005.

a Tasa de cambio de dólares de Estados Unidos (US$).

b Poder de paridad de compra en dólares de Estados Unidos (US$).

Referencias

Banco Mundial. 2005. HNPStats. Health, Nutrition and Population database. Washington, D. C. http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION

———. 2005. World Development Indicators 2005 (CD-ROM). Washington, D. C.

Cutler, D. M. y E. Meera. 1997. The Medical Costs of the Young and Old: A Forty Year Perspective. Documento de trabajo NBER 56114. Cambridge, Mass.

Fogel, R. 2003. "Forecasting the Demand for Health Care in OECD Nations and China." *Contemporary Economic Policy* 21 (1): 1-10.

FMI (Fondo Monetario Internacional). 2005. (Statistical Information Management and Analysis (SIMA) Base de datos. (Último acceso julio 27.)

Mahal, A. y P. Berman. 2001. "Health Expenditures and the Elderly: A Survey of Issues in Forecasting, Methods Used, and Relevance for Developing Countries." Documento de investigación 01.23, Harvard Burden of Disease Unit, Cambridge, Mass.

Mathers, C. D., A. D. López y C. J. L. Murray. En preparación. "The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for the Year 2001." En A. D. López, C. D. Mathers, M. Ezzati, D. T. Jamison y C. J. L. Murray, eds., *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington, D. C.: Banco Mundial; Nueva York: Oxford University Press.

Mays, J. y M. S. Lazar. 2003. "2000 Health Spending Weights Based on United States Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)." Inédito. Actuarial Research Corporation, Falls Church, Va.

Mosley, W. H., J-L. Bobadilla y D. T. Jamison. 1993. "The Health Transition: Implications for Health Policy in Developing Countries." En D. T. Jamison, W. H. Mosley y J-L. Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington, D. C.: Banco Mundial; Nueva York: Oxford University Press.

Musgrove, P. 2004. Comunicación personal con G. Schieber, abril.

Musgrove, P., R. Zeramdini y G. Carrin. 2002. "Basic Patterns in National Health Expenditures." *Bulletin of the World Health Organization* 80 (2): 134-46.

Naciones Unidas. 2005. *World Population Prospects: Revision 2004*. Nueva York.

Olin, G. L. y S. R. Machlin. 1999. "Health Care Expenses in the Community Population." Libro 11. Agency for Health Care Research and Quality, Rockville, Md.

OMS 2002. *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Saving Lives*. Ginebra.

———. 2003. *The Africa Malaria Report 2003*. Ginebra.

———. 2004. *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Ginebra.

———. 2005. *The World Health Report 2005: Making Every Mother and Child Count*. Ginebra.

Reinhardt, U. E. 2000. "Health Care for the Aging Baby Boom: Lessons from Abroad." *Journal of Economic Perspectives* 14 (2): 71-83.

Schieber, G., C. Baeza, D. Kress y M. Maier. En preparación. "Financing Health Systems in the 21st Century." En D. Jamison, J. Berman, A. Meacham, G. Alleyne, M. Claeson, D. Evans, P. Jha, A. Mills y P. Musgrove, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2ª edición, Washington, D. C.: Banco Mundial; Nueva York: Oxford University Press.

Unaids Programme on HIV/AIDS). 2003. *AIDS Epidemic Update*. Ginebra.

2
Recaudación de ingresos, distribución del riesgo y adquisición de servicios

Los países necesitan movilizar recursos suficientes para ofrecer los servicios esenciales de salud a su población, reducir la desigualdad en la capacidad de pago por esos servicios, y ofrecer protección financiera en contra del empobrecimiento en el caso de gastos de atención de salud catastróficos, mediante políticas explícitas relacionadas con las tres funciones esenciales: recaudación de ingresos, distribución del riesgo y adquisición de bienes y servicios. Al administrar sus funciones de financiamiento de salud, los países necesitan asegurar el espacio fiscal adecuado para incrementar el gasto en salud. Los países en desarrollo, particularmente los países de ingreso bajo, enfrentan grandes desafíos al intentar movilizar los recursos suficientes para suplir incluso las necesidades más básicas. Los países de ingreso medio se concentran en ofrecer una cobertura universal a su población. Existen diversos mecanismos de distribución del riesgo y prepago para países con diferentes niveles de ingreso, pero las opciones están severamente limitadas por la estructura de la economía del país, así como por su capacidad financiera, institucional y política.

Este capítulo presenta una discusión de las funciones básicas de financiamiento de la salud: la recaudación de ingresos, distribución de riesgos y compra de servicios. Describe cómo los sistemas de financiamiento de salud se ven afectados por factores económicos, sociales, demográficos, ambientales, externos y políticos.

Los países en desarrollo enfrentan los siguientes retos de política en el financiamiento de sus sistemas de salud:

- Recolectar ingresos suficientes y sostenibles, de manera eficiente y equitativa, para ofrecer a los individuos los servicios de salud esenciales y la protección financiera en contra de impredecibles y catastróficas pérdidas financieras causadas por enfermedades y lesiones.
- Administrar estos ingresos de manera que cubran los riesgos de salud equitativa y eficientemente.

- Asegurar la compra de servicios de salud de manera asignativa y técnicamente eficiente.
- Asegurar la sostenibilidad financiera de las reformas con la creación de espacio fiscal, obteniendo los ingresos adicionales a través de reformas impositivas o del fortalecimiento de la administración de impuestos, reduciendo los gastos de baja prioridad para hacer lugar a objetivos más importantes, tomando préstamos de fuentes domésticas o externas, usando con precaución su habilidad de emitir dinero y de prestar al gobierno (señoriaje), y recibiendo donaciones de fuentes externas.

Funciones de financiamiento de salud: definiciones e implicaciones

El financiamiento de la salud comprende las funciones básicas de recaudación de ingresos, distribución de recursos y adquisición de bienes y servicios (OMS 2000). Estas funciones generalmente implican complejas interacciones entre los diferentes actores del sector salud (gráfico 2.1). En consecuencia, las políticas relacionadas con estas funciones ofrecen la oportunidad de efectuar reformas a través de todos los niveles del sector salud.[1]

La *recaudación de ingresos* es el modo como los sistemas de salud recaudan dinero de los hogares, actividades comerciales y fuentes externas. La *distribución de riesgo* se ocupa de la acumulación y el manejo de los ingresos, de modo que los miembros del sistema comparten los riesgos colectivos de la salud; en consecuencia, se protege a los miembros individuales de gastos de salud grandes e inesperados. El *prepago* les permite a los miembros del sistema pagar con anticipación el costo promedio esperado, liberándolos de la incertidumbre y asegurando compensación en caso de pérdidas. La distribución de riesgo junto con el prepago permiten el establecimiento del aseguramiento y de la redistribución de los gastos de salud entre individuos de altos y bajos riesgos (subsidio de riesgo) y entre individuos de altos y bajos ingresos (subsidios de equidad).

Al romper el vínculo entre el gasto esperado en salud y la capacidad de pago, el prepago se convierte en un mecanismo clave para lograr los objetivos de equidad. El prepago en ausencia de la distribución del riesgo es simplemente la compra por adelantado o la compra en cuotas periódicas, un esquema financiero útil cuando se trata de gastos grandes predecibles o gastos que no están correlacionados con el flujo de ingresos (*ver* la discusión más abajo respecto de las cuentas de ahorro médico). Sin prepago o distribución de riesgos, el servicio se compra simplemente como cualquier

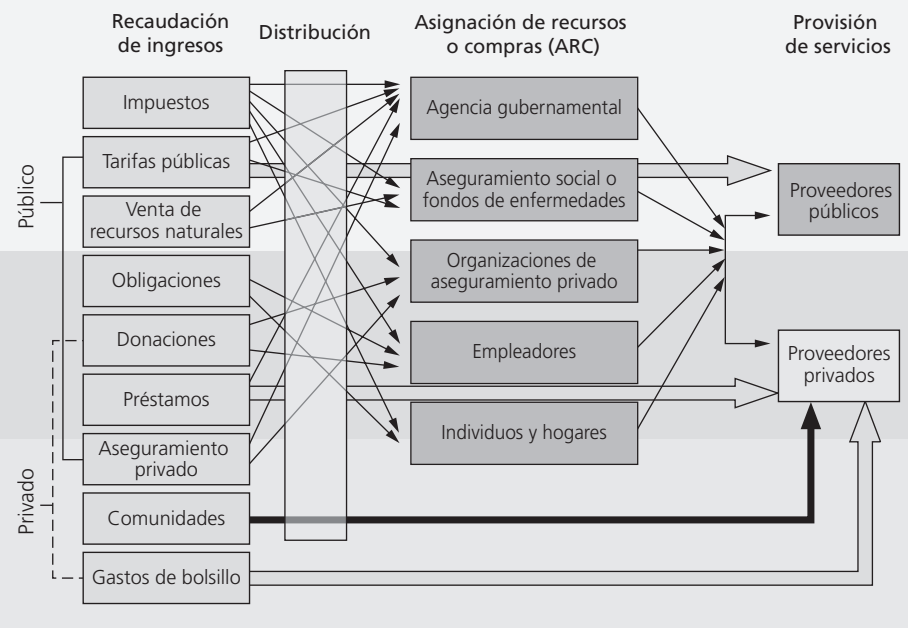
1 Roberts y otros (2004, p. 238) identifican cinco "controles" para la reforma de salud: financiación, pagos, organización, regulación y persuasión.

otro en el momento en que el consumidor lo demanda, una modalidad no apropiada para muchos servicios de salud teniendo en cuenta la equidad, la previsibilidad y la protección financiera. La *adquisición de servicios* se refiere a los mecanismos usados para asegurar los servicios por parte de los proveedores públicos y privados.

El modo como se organizan estas funciones tiene implicaciones importantes para el desempeño del sistema de salud, en relación con:

- Cantidad disponible de fondos (en la actualidad y en el futuro) y los respectivos niveles de servicios esenciales y de protección financiera (la profundidad y alcance de la cobertura) para la población.
- Justicia (equidad –quien asume la carga de los impuestos/ingresos) en la recolección de fondos para financiar el sistema.
- Eficiencia económica de los esfuerzos de recaudación de ingresos, en términos de la creación de distorsiones o pérdidas económicas en la economía (el exceso de la carga impositiva).
- Nivel de distribución (subsidio de riesgos, aseguramiento) y prepago (subsidio a la equidad).

Gráfico 2.1 *Funciones de financiamiento*



Fuente: Schieber y Maeda 1997.

- Número y tipo de servicios adquiridos y consumidos con respecto a sus efectos en los resultados de salud y costos (costo-efectividad y eficiencia asignativa de los servicios).
- Eficiencia técnica en la producción de servicios (el objetivo es producir cada servicio a un costo promedio mínimo).
- Acceso financiero y físico de los servicios por parte de la población (incluyendo equidad en acceso e incidencia de los beneficios).

A partir de estas consideraciones de desempeño, es claro que la eficiencia y la equidad son aspectos críticos de los sistemas de financiamiento de salud y son relevantes para todas las funciones de financiamiento. Existen importantes consideraciones de equidad respecto de las fuentes de financiamiento, niveles de prepago y distribución de riesgo, la provisión de servicios, el pago a proveedores y el acceso físico a la atención.[2] Existen tres aspectos generales a considerar en lo que se refiere a la eficiencia: eficiencia en la recaudación de ingresos (distorsiones en la economía provenientes de los diferentes tipos de impuestos), eficiencia asignativa (los recursos se asignan para maximizar el bienestar de la comunidad al producir los resultados deseados de salud), y eficiencia técnica (los servicios se producen al menor costo posible).

Algo que complica la situación son las probables compensaciones entre equidad y eficiencia (por ejemplo, las fuentes de recaudación de ingreso menos distorsivas son las menos equitativas, como un impuesto de peaje). Estas compensaciones son más problemáticas en países de ingresos bajos y medios, porque, como se discute más abajo, estos países tienen muchas más restricciones que los países de altos ingresos para elegir sus instrumentos de recaudación de ingresos. Los temas de eficiencia se han discutido con detalle en otros estudios (Schieber y Maeda 1997, OMS 2000, 2001; Preker y Langenbrunner 2005), y las consideraciones de equidad han recibido mayor atención por la atención pública en los ODM y la reducción global de la pobreza. Mientras que las inequidades globales en las necesidades y capacidad de pago se tratan en el capítulo 1 y los capítulos de ayuda para el desarrollo, los aspectos de equidad en el financiamiento de la salud al interior de cada país se discuten con más detalle en este capítulo.

Desde una perspectiva amplia de política, las funciones básicas de financiamiento de salud están presentes en tres modelos estilizados de sistemas de financiamiento de la salud:

---

2 El concepto de igualdad usado en este capítulo se refiere a la redistribución y justicia. En nuestro tratamiento de la equidad, también consideramos las inequidades en el acceso, uso y resultados. El *Informe de Desarrollo Humano* del 2006 (Banco Mundial 2005) usa un concepto muy amplio de equidad, que es definido en términos de igualdad de oportunidades y eliminación de la privación absoluta de recursos, que intenta capturar la naturaleza multidimensional de la desigualdad de oportunidades.

- *Servicio nacional de salud*: cobertura universal obligatoria, financiamiento proveniente de ingresos nacionales generales, y propiedad nacional de los insumos del sector salud;
- *Aseguramiento social*: cobertura universal obligatoria (o focalizada a grupos de empleo), bajo un sistema de seguridad social (con mandato público) financiado por las contribuciones de empleados y empleadores a fondos de aseguramiento sin fines de lucro, con propiedad privada o pública de los insumos;
- *Aseguramiento privado*: compra individual o basada en el empleo de un seguro de salud privado, donde la propiedad de los insumos del sector es privada.

A pesar de que estos modelos estilizados ofrecen un marco general para clasificar los sistemas de salud y las funciones de financiamiento, no son útiles desde una perspectiva de definición de políticas, porque todos los sistemas de salud incluyen características de los diferentes modelos. Los temas clave de políticas de salud no son si un gobierno usa ingresos generales o impuestos a la nómina, como se discute más abajo, sino la cantidad de ingresos recolectados y en qué medida éstos se recaudan de manera eficiente, equitativa y sostenible. Del mismo modo, no hay nada intrínsecamente bueno o malo respecto de la propiedad o provisión pública o privada, lo importante es si los sistemas existentes aseguran el acceso, la equidad y la eficiencia.

Igualmente estos modelos y los diferentes intentos de clasificar las funciones de financiamiento de salud de manera más detallada ofrecen información útil respecto del vínculo con el resto del sistema de salud y con la macroeconomía. Los modelos también ofrecen un marco de análisis para entender mejor los incentivos en juego. Bassett (2005) ha resumido varias de estas clasificaciones (anexo 2.1). Una evaluación operacional detallada de los acuerdos de financiamiento de los sistemas nacionales de salud así como de los sistemas de aseguramiento se presenta en los capítulos 3, 7, 8 y 9. La discusión que sigue, respecto de la recaudación de ingresos, la distribución de riesgos y el prepago, y la adquisición de servicios, está basada en tales conceptos financieros básicos.

Recaudación de ingresos y financiamiento gubernamental del sistema de salud

Los gobiernos emplean gran variedad de mecanismos financieros y no financieros para llevar a cabo sus funciones. Las funciones del sector salud incluyen la provisión directa de servicios, el financiamiento, la regulación y la provisión obligatoria de servicios y de información (Musgrove 1996).

Los temas fiscales críticos para los países de ingresos bajos y medios tienen que ver con los sistemas de financiamiento, sean privados o públicos, con la movilización

de recursos para financiar los servicios públicos básicos así como los servicios individuales de salud sin depender excesivamente de préstamos del sector público (ni la creación de una deuda externa excesiva), con una recolección de ingresos equitativa y eficiente y ajustarse a los estándares internacionales (Tanzi y Zee 2000). Existe mucha literatura dedicada a las diferentes fuentes públicas y privadas de financiamiento de la salud y a los impactos económicos e institucionales de usar estas fuentes en términos de eficiencia, equidad, potencial de recaudación de ingresos, administración de ingresos y sostenibilidad (Schieber 1997, Tait 2001, Tanzi y Zee 2000, OMS 2004, Banco Mundial 1993). Las ganancias de eficiencia también están recibiendo mucha atención como una fuente de "ingresos" para financiar los servicios de salud (Hensher 2001). En los países de bajos ingresos, los créditos impositivos se usan poco como fuente de recursos para el gasto gubernamental en salud o en otros sectores (Tanzi y Zee 2000).

Desde una perspectiva práctica de las finanzas públicas, todos los impuestos (y otras formas de recaudación de ingresos también) deben ser juzgados de acuerdo con los siguientes criterios (FMI y Banco Mundial 2005):

- *Estabilidad y capacidad del ingreso*: el impuesto debe poder recolectar una cantidad significativa de ingresos, ser relativamente estable y con posibilidades de crecer con el paso del tiempo.
- *Eficiencia*: el impuesto debe minimizar las distorsiones económicas.
- *Equidad*: el impuesto debe tratar a los diferentes grupos de ingreso con justicia.
- *Facilidad de recolección*: el impuesto debe ser fácil de administrar.
- *Aceptación política*: debe existir transparencia, amplia difusión y claridad sobre los usos del impuesto para promover su aceptación.

Aunque los hacedores de política deben conocer los posibles *trade-offs* existentes entre estos criterios, también deben conocer las restricciones subyacentes institucionales y macroeconómicas que limitan a muchos países menos desarrollados de usar los instrumentos más eficientes y equitativos en la recaudación de ingresos (recuadro 2.1).

Las restricciones institucionales tienden a limitar los países de ingresos medios y bajos en el uso de los instrumentos más eficientes y equitativos para la recaudación de ingresos. El alto nivel de desigualdad en la mayoría de estos países también significa que los gobiernos deben enfrentar la situación difícil de tener que cobrar impuestos a las élites ricas y poderosas políticamente, para aumentar los ingresos de manera equitativa, y a la vez no poder hacerlo sin dificultades. Como Tanzi y Zee lo señalan, "las políticas de impuestos son el arte de lo posible en lugar de la búsqueda de lo óptimo" (2000, p. 4).

Aunque la habilidad de recaudación de ingresos varía entre países, en general los países de bajos ingresos enfrentan más restricciones debido a su bajo nivel de ingreso,

Recuadro 2.1 *Realidades institucionales que afectan la recaudación de impuestos en países de ingresos bajos y medios*

- Gran parte de la población está dispersa en áreas rurales.
- La mayor parte de la población está autoempleada en agricultura de subsistencia de pequeña escala y recibe ingresos en especie.
- Las transacciones son difíciles de monitorear.
- Altas tasas de analfabetismo, bajos estándares de contabilidad e inexistencia de registros de gastos limitan el uso de los impuestos al ingreso personal o a las ganancias.
- En las áreas urbanas hay un gran sector informal de firmas pequeñas y de poca duración.
- Las empresas grandes tienden a ser empresas del gobierno o industrias de extracción que usualmente son de propiedad extranjera.
- Los productos agrícolas y los recursos minerales enfrentan precios mundiales impredecibles e inestables.
- La coexistencia de un sector urbano moderno y de un sector rural tradicional –dualismo– y la segmentación de mercados resultante crea distorsiones en los mercados de productos primarios (*commodities*) y en el mercado laboral, lo cual incrementa a su vez la carga de los impuestos.
- Existe mayor desigualdad en el ingreso, lo que puede resultar en impuestos más altos, mayor evasión y mayores pérdidas de eficiencia.
- Las distorsiones comerciales son comunes en forma de aranceles a las importaciones, cuotas, impuestos a las exportaciones, tasas de cambio diferenciales y límites a las transacciones externas, lo que genera, a su vez, mala asignación de recursos e inequidades.
- La mayor importancia de las empresas de propiedad del Estado, junto con estructuras no óptimas de cobro de tarifas, generan muchas veces decisiones ineficientes de inversión públicas y privadas.
- La capacidad de administración de impuestos es limitada.

Fuente: Schieber y Maeda 1997, p. 20.

limitados recursos, grandes sectores informales y estructuras administrativas poco desarrolladas (recuadro 2.2). Sin embargo, a medida que un país aumenta su ingreso, también lo hace su recaudación. Las estimaciones del FMI (cuadro 2.1) muestran que, a principios de la década del 2000, los gobiernos centrales de los países de bajos ingresos recaudaron, en promedio, ingresos equivalentes al 18% de su PIB, mientras

que los países de ingreso medio bajo recaudaron el 21%, y los países de ingreso medio alto el 27%. En la parte superior del nivel de ingresos, los países de ingreso alto recaudaron el 32% del PIB en ingresos impositivos. Es importante recordar que, aunque los ingresos por impuestos representan la mayor parte del ingreso del gobierno en todas las regiones y grupos de ingreso, otros tipos de ingresos gubernamentales, como la venta de recursos naturales, también son fuentes importantes de ingresos en ciertos países y regiones (por ejemplo, Medio Oriente y África septentrional).

La información disponible sugiere que la mayoría de los países recaudan una proporción pequeña de sus ingresos e impuestos generales, en forma de contribuciones sociales.[3] Debido a que, en principio, los esquemas de seguridad social están financiados

Recuadro 2.2 Gasto doméstico y problemas de movilización de recursos en países de bajos ingresos

Impulsados por las iniciativas de la comunidad internacional en incrementar la inversión en salud, los países de ingreso bajo se han propuesto metas de gasto doméstico. En la Declaración de Abuja en el año 2001 sobre VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas, los líderes africanos prometieron aumentar el gasto en salud al 15% de sus ingresos gubernamentales (Uneca 2001, Haines y Cassels 2004). Sin embargo, lograr ingresos públicos suficientes para cumplir con este objetivo presupuestal desarrolla consideraciones difíciles en materia política, económica y de equidad (Schieber y Maeda 1997; Gupta y otros 2004). Como se muestra en el cuadro 2.1, la habilidad de un país de ingreso bajo de recaudar ingresos suficientes para cumplir con las necesidades de salud de la población es, en general, limitada.

La Comisión de Macroeconomía y Salud y el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas sugieren que los países de bajos ingresos tienen capacidad de movilizar ingresos domésticos adicionales de entre 1-4% del PIB. Sin embargo, el desempeño de los ingresos domésticos en los últimos años ha sido desalentador e incluso se ha estancado en algunas regiones (Gupta y otros 2004). Adicionalmente, como la recaudación de ingresos está muy relacionada con el crecimiento económico futuro, los países de bajos ingresos enfrentarán retos exigentes, a menos que puedan superar las proyecciones de moderados niveles de crecimiento que se esperan en muchas de las regiones en desarrollo.

Fuente: Los autores.

3 El FMI define la contribución social como "un pago a un esquema de seguridad social hecho por la persona asegurada o por otra entidad a su favor, con el objeto de asegurar el derecho

fundamentalmente mediante contribuciones sociales, su viabilidad y autosuficiencia están muy conectadas a la existencia de una capacidad adecuada para recolectar ingresos y cubrir obligaciones de beneficios corrientes y futuros. Como se ve en el cuadro 2.1, incluso en países de ingreso alto donde se esperaría que las contribuciones sociales fuesen altas, es posible que éste no sea el caso cuando los impuestos a la seguridad social sólo representan el 7% del PIB. En los países de ingreso bajo, las contribuciones a la seguridad social sólo representan 0,7% del PIB, pero llegan a ser 1,4% en países de ingreso medio bajo y sólo un poco más de 4% en países de ingreso medio alto.

Incluso en países en donde existen esquemas de seguridad social, las contribuciones generalmente son relativamente bajas, lo que explica un poco por qué los esquemas de seguridad social usualmente se subsidian mediante ingresos generales. A pesar de que muchos países aspiran a desarrollar esquemas de seguridad social, se necesita considerar muchos factores, incluyendo el hecho de que las contribuciones no sean suficientes para asegurar la sostenibilidad financiera de largo plazo. Si existe

Cuadro 2.1 *Ingreso promedio del gobierno central, inicio de 2000*

	Ingreso total como % del PIB	*Ingreso por impuestos como % del PIB*	*Impuestos de la seguridad social como % del PIB*
Región			
América	20,0	16,3	2,3
África subsahariana	19,7	15,9	0,3
Europa oriental y Asia central	26,7	23,4	8,1
Medio Oriente y África septentrional	26,2	17,1	0,8
Asia oriental y el Pacífico	16,6	13,2	0,5
Islas pequeñas (población < 1 millón)	32,0	24,5	2,8
Nivel de ingreso			
Países de ingreso bajo	17,7	14,5	0,7
Países de ingreso medio bajo	21,4	16,3	1,4
Países de ingreso medio alto	26,9	21,9	4,3
Países de ingreso alto	31,9	26,5	7,2

Fuente: Gupta y otros 2004.

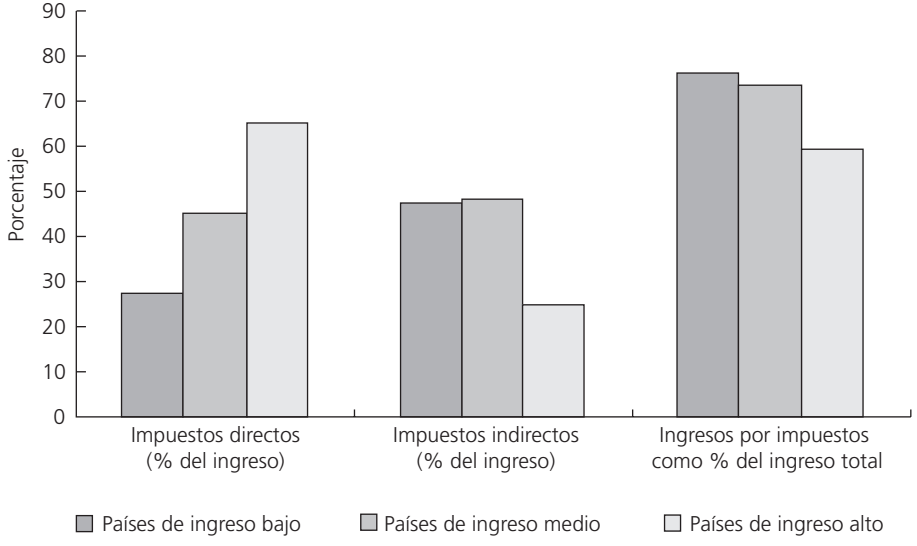
al esquema de beneficio social. Las contribuciones pueden ser obligatorias o voluntarias. Una unidad gubernamental puede pagar la contribución social a favor de sus empleados (un costo), o recibir una contribución social como el operador de un esquema de seguridad social (en forma de un ingreso o de una obligación)" (2002, p. 20).

o no, la disponibilidad de parte de los individuos de someterse a pagar contribuciones de sus salarios, así como si existe un "derecho ganado" a un beneficio de aseguramiento, como alternativas al uso de impuestos generales, es una pregunta hipotética que necesita más análisis.

Otra diferencia importante entre los países de ingreso bajo y medio y países de ingreso alto es la mayor dependencia relativa en impuestos directos de los países de ingreso alto (impuestos en el ingreso y la propiedad, como el impuesto al ingreso de las personas o corporativo, ganancias de capital, herencias, muerte y salud). Los países de ingreso bajo y medio tienden a depender más de impuestos indirectos, como impuestos al consumo tanto a las ventas (ventas generales, valor agregado) como a los factores de producción (nómina salarial, tierra, bienes raíces) (Schieber y Maeda 1997). Los países en desarrollo escogen la opción indirecta debido a las restricciones económicas e institucionales que enfrentan, particularmente grandes sectores informales y rurales y una débil administración de los impuestos (gráfico 2.2).

Infortunadamente, la evidencia empírica es escasa respecto de la equidad y eficiencia de las estructuras de recaudación de ingresos en los países de ingreso bajo y medio. De modo que no hay mucho conocimiento sobre los efectos del exceso de

Gráfico 2.2 Participación de impuestos directos e indirectos en los ingresos totales en países de ingreso bajo, medio y alto



Fuente: FMI 2004b.

carga de los impuestos, la incidencia económica de los sistemas impositivos y sus implicaciones en la equidad.

Los estudios empíricos, en su mayoría de países desarrollados, muestran la importancia de no sólo el tipo de impuesto usado, sino de las características específicas del impuesto, incluyendo las tasas, los límites superiores e inferiores y las excepciones (Wagstaff y otros 1999, Wagstaff y van Doorslaer 2001). Tales características tienen implicaciones importantes en la capacidad de recaudación así como en la equidad del sistema impositivo. En un estudio de los efectos redistributivos de los mecanismos de financiamiento de la atención de salud en 12 países de la OCDE, Wagstaff y otros (1999) encontraron que los impuestos directos usados para financiar la atención de salud son progresivos (es decir, la carga de los impuestos se concentra en las personas de mayor ingreso) en todos los países.[4] Los estudios Equitap (O'Donnell y otros 2005a, 2005b) confirman este resultado en una encuesta de 13 territorios de Asia que involucra países de ingresos altos, medios y bajos. El estudio encuentra que en países de ingreso bajo y medio, sólo los hogares más ricos califican para pagar impuestos al ingreso e impuestos al capital. También existe un gran nivel de evasión en la economía informal, que tiende a incrementar la progresividad de los impuestos directos, en la medida en que el sector informal tienda a estar más concentrado en los niveles más bajos de la distribución del ingreso. A pesar de tal progresividad, el efecto total de la redistribución es limitado debido a la pequeña participación de los impuestos directos como fuente de financiamiento de los servicios de salud (O'Donnell y otros 2005a, 2005b).

Los impuestos indirectos, como el impuesto a las ventas, el impuesto al valor agregado (IVA), impuestos específicos (*excises*), e impuestos a las importaciones, tienen un impacto redistributivo mixto, dependiendo de la especificación de la base impositiva, las tasas impositivas, las excepciones y las exclusiones. Por ejemplo, el estudio de Wagstaff y otros (1999), de ciertos países de ingreso alto, encuentra que los impuestos indirectos son regresivos (la carga del impuesto se concentra en grupos de ingreso bajo) en todos los países de la muestra. Esto es consistente con la idea de que los impuestos indirectos son en su mayoría impuestos al consumo, y como los grupos de ingreso bajo destinan la mayor parte de su ingreso al consumo que los grupos de ingreso alto, su pago en impuestos es proporcionalmente más alto. Para los 13 territorios de Asia, sin embargo, O'Donnell y otros (2005a, 2005b) encuentran que los impuestos indirectos son levemente progresivos, pero en medida mucho menor que los impuestos directos.

---

4 En algunos países, el grado de progresividad se reduce debido a la dependencia de los impuestos locales del ingreso, que en muchos casos son casi proporcionales.

La diferencia en el impacto distributivo de los impuestos indirectos, en países de ingreso alto y en países de ingreso medio y bajo, se debe en parte a que la base impositiva es mayor en los países ricos que en los países pobres. Por ejemplo, un impuesto a las ventas o el IVA es recaudado muchas veces sólo de los negocios que tienen un nivel mínimo de ventas. En la medida en que los pobres compran en establecimientos que no cumplen con este criterio, entonces son esencialmente exentos de ese impuesto, lo cual ayuda a aminorar el carácter regresivo de tales impuestos (Martínez-Vázquez 2004). Un efecto similar se alcanza si los bienes que son relativamente importantes en el presupuesto de los hogares pobres (como los productos alimenticios) están exentos de impuestos.

El impacto distributivo de los impuestos a las ventas depende mucho de los patrones de consumo de los grupos de ingreso. Por ejemplo, en Madagascar un estudio encontró que los impuestos a los vehículos y a la gasolina eran muy progresivos, los impuestos al alcohol son bastante progresivos en la mayoría de los casos, e incluso los impuestos al tabaco son razonablemente progresivos (Gemmell y Morrissey 2005). No obstante, se ha encontrado que en otros países el impuesto al tabaco es regresivo, porque los pobres destinan una porción más grande de su limitado ingreso familiar en tabaco respecto de los ricos. Sin embargo, dado que la elasticidad-precio de los pobres tiende a ser más alta que la de los no pobres, un incremento en el impuesto al tabaco generará una reducción más grande en su consumo, y en consecuencia será progresivo en términos de la menor carga del impuesto (Jha y Chaloupka 2000; Cnossen 2005).

Así, en los países de ingresos bajo y medio, aumentar los ingresos mediante impuestos para financiar un mayor gasto en salud no necesariamente tiene implicaciones importantes en términos de equidad, si se lleva a cabo principalmente a través de impuestos indirectos bien diseñados, ya que tales impuestos pueden estructurarse para que sean progresivos. Es más, dado que los impuestos al valor agregado y al consumo están asociados con una recaudación impositiva más eficiente –reflejando una base impositiva más amplia, bajas elasticidades precio y externalidades negativas del consumo–, depender de impuestos indirectos como fuente de ingresos puede ser más eficiente que usar otras formas de gravámenes (Coady, Grosh y Hoddinot 2004). Tales resultados, sin embargo, son muy específicos para ciertos países y dependen de varios factores tales como la base impositiva, tasas impositivas, exclusiones, exenciones, elasticidades de la demanda y capacidad administrativa de los impuestos. Todos estos factores son determinantes esenciales de la recaudación impositiva, equidad, eficiencia y facilidad de administración.

Distribución de riesgo, protección financiera e igualdad

Las racionalidades para la intervención pública en el financiamiento de los sistemas de salud son bien conocidas. Los argumentos de bienes públicos, bienes meritorios,

externalidades, fallas de los mercados de seguros, interdependencia entre la demanda y la oferta, así como la ignorancia del consumidor han sido bien documentados (Musgrove 1996). Los objetivos del financiamiento de la salud –que incluyen la reducción de la desigualdad, la prevención del empobrecimiento de los individuos como resultado de gastos catastróficos en servicios médicos, y la protección y mejoramiento del estado de salud de los individuos y de las poblaciones, asegurando el acceso financiero a servicios esenciales públicos y personales de salud– también proveen una racionalidad importante de "bienes públicos" para la intervención pública. La intervención pública puede ser necesaria debido a fallas de mercado en el financiamiento privado y en la provisión (como las asimetrías de información), o a la inestabilidad de los mercados de aseguramiento (como la selección adversa favorable por parte de los aseguradores y el riesgo moral). En efecto, este ha sido el caso de casi todos los países de la OCDE, excepto Estados Unidos. En la mayoría de los países de la OCDE, los gobiernos han decidido financiar públicamente o requerir el financiamiento privado (como en Suiza) para gran parte de los servicios de salud. Sin embargo, dados los bajos ingresos y los límites en las posibilidades de movilización de recursos locales de los países de bajos ingresos y de algunos países de ingreso medio, estos países enfrentan grandes retos para el financiamiento público de los servicios de salud esenciales. Usualmente también enfrentan difíciles deliberaciones entre financiar servicios básicos esenciales y ofrecer protección financiera en contra de costos catastróficos.

Asegurar protección financiera significa que ningún hogar contribuya o gaste tanto en salud que lo lleve a una situación de pobreza de la que no pueda salir (OIT/STEP 2002). Alcanzar niveles adecuados de protección financiera y promover equidad en el sistema de financiamiento de la salud requiere maximizar los prepagos de los riesgos de salud que son "asegurables" (riesgos asociados con gastos grandes e impredecibles);[5] alcanzar el mayor nivel posible de distribución de riesgos al interior

5 Una función de los sistemas de "aseguramiento" es el mecanismo de prepago en contra de grandes e inesperados gastos médicos. Aunque, en teoría, el prepago de gastos predecibles no ofrece ningún beneficio en términos de distribución del riesgo en el sentido del aseguramiento, y puede afectar el sistema de aseguramiento de salud si representa una parte significativa de los beneficios cubiertos, los individuos en muchos países parecen preferir el prepago incluso para servicios de rutina. Aunque la inclusión de prepagos para gastos predecibles en un paquete de beneficios de aseguramiento puede justificarse por su lógica redistributiva, sus efectos en las funciones de aseguramiento deben ser también tenidos en cuenta. El aseguramiento también crea un riesgo moral, donde los individuos tienden a consumir en exceso servicios por los cuales no han pagado el costo actual en el momento del servicio. Cuanto más rico el paquete de beneficios y más servicios prepagos incluya, mayor será el potencial de riesgo moral en los sistemas de aseguramiento tanto privados como públicos.

de una población y, en consecuencia, facilitar la redistribución entre individuos de riesgo alto y bajo; asegurar la equidad en el sistema mediante mecanismos de prepago que redistribuyan los costos de los individuos de ingreso bajo a los de ingreso alto; y desarrollar mecanismos de adquisición de servicios que promuevan una entrega eficiente y equitativa de servicios de calidad.

Asegurar protección financiera y promover la equidad requiere políticas gubernamentales específicas para asegurar que las contribuciones se basen en la capacidad de pago, prevenir que los individuos caigan en la pobreza como resultado de un gasto de salud catastrófico, y asegurar el acceso financiero y físico a los servicios de salud. Los hacedores de políticas de salud, los consejeros e investigadores señalan que minimizar la desigualdad es un objetivo de la política de salud, pero muchas veces falta el compromiso del gobierno con este objetivo. De modo que un mayor énfasis en la relación entre los diferentes elementos del financiamiento de la salud (movilización de recursos, distribución de riesgo y asignación de servicios) y la desigualdad del sector en términos de resultados, productos e insumos de salud, es claramente deseable, ya que existen implicaciones de equidad inherentes en las tres funciones del financiamiento de la salud mencionadas anteriormente.

Los análisis de desigualdad en el sector salud se pueden agrupar alrededor de tres medidas generales: resultados, productos e insumos. Así, los análisis de desigualdad pueden concentrarse en el impacto diferencial de una política (en recaudación, distribución o compra), en los resultados de salud (mortalidad y morbilidad); en la producción de salud (servicios físicos, carga financiera y beneficio del gasto); y más directamente en los insumos como el financiamiento directo, y los recursos humanos y físicos. Las medidas de resultados incluyen la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, la mortalidad materna, la mortalidad adulta, el escaso desarrollo infantil, las deficiencias nutricionales y la esperanza de vida por grupo de edad, así como medidas que combinan la mortalidad y morbilidad, como los conceptos de años de vida ajustados por incapacidad y la esperanza de vida ajustada por incapacidad.

Los productos incluyen el uso de servicios, la carga financiera proveniente de la recaudación (incidencia de impuestos/ingresos), y los beneficios que surgen de las funciones de distribución y compra de servicios (incidencia de los beneficios). Existe un grupo importante y creciente de investigación que se ha enfocado en entender si diferentes grupos de la sociedad usan los servicios financiados por el sector público de modo diferente. El Banco Mundial completó recientemente un análisis de más de 50 encuestas de demografía y salud (DHS) con respecto a la desigualdad tanto en los resultados como en los productos del sector de la salud (Gwatkin y otros 2000). El análisis muestra grandes brechas en los resultados de salud y en el uso de los servicios entre los ciudadanos más pobres y los más ricos de un país.

La medición de los beneficios financieros y de las cargas de los hogares y familias en el acceso a los servicios de salud es un poco más compleja que la medición del uso

de los servicios. El elemento más simple de este tipo de análisis de política examina los gastos de bolsillo, directos e indirectos, por servicios de salud, y cómo éstos aplican a diferentes grupos socioeconómicos. Los pagos directos incluyen tarifas al usuario por el uso de los servicios públicos, pagos por medicinas e insumos, pagos por servicios de laboratorio, y primas de aseguramiento y copagos. Los gastos de bolsillo indirectos incluyen costos de transporte desde y hacia las clínicas u hospitales, y el ingreso perdido por dejar de trabajar para buscar atención.

Lamentablemente, existen pocos estudios que muestren la incidencia de los ingresos por impuestos o beneficios (el valor financiero de los beneficios por grupo socio-económico) de la mayoría de los sistemas de financiamiento. Una evaluación comprensiva de los aspectos de equidad de un sistema de financiamiento de salud analizaría la incidencia de los ingresos por impuestos, la incidencia de los beneficios, y la incidencia neta (la diferencia entre la contribución financiera y los beneficios financieros). Desgraciadamente, debido a la falta de información respecto de la incidencia de los beneficios y de los impuestos, es generalmente difícil llevar a cabo tal análisis.

Uno de los temas críticos en los análisis de desigualdad es el modo como diferentes grupos en la sociedad son identificados y agrupados. Cualquier medida de estatus socioeconómico puede usarse para medir la desigualdad en los resultados de salud y en el uso del servicio. El ingreso, el género, el nivel educativo, la categoría ocupacional, la residencia, el origen étnico, la afiliación tribal y la pertenencia a un estrato social, todos, pueden usarse para analizar las desigualdades en el sector salud. La mayoría de estas medidas, pero no todas, se han usado como variables *proxy* del estatus económico de los diferentes grupos ante la ausencia de otras medidas directas de bienestar económico. En los casos donde existen encuestas de hogares detalladas se usan medidas más directas, incluyendo el consumo, el gasto y, más recientemente, la propiedad de bienes personales y el acceso a bienes comunitarios o de la sociedad

Algunos impactos potenciales de las políticas de financiamiento en la equidad son:

- Diferentes mecanismos de generación de recursos (tarifas al usuario con o sin retención en la institución que ofrece el servicio, aseguramiento privado en salud, impuesto a la nómina salarial, financiamiento con impuestos generales) pueden tener un impacto directo en los resultados de salud, al promover o disuadir el uso de servicios preventivos o curativos que pueden salvar vidas en los grupos económicos vulnerables. Diversos mecanismos también pueden afectar la prevalencia de la pobreza (o su profundización), al incrementar o reducir el número de personas que caen en la pobreza a causa de gastos en necesidades de salud. Los

diferentes mecanismos de generación de ingresos tienen una incidencia diferente según el grupo de ingreso.

- La naturaleza de los mecanismos de distribución de riesgo también puede afectar directamente los resultados de salud al influenciar a quien usa los servicios que pueden salvar una vida. Estos mecanismos (conjuntamente con los prepagos) determinan también el riesgo financiero diferencial que enfrentan los grupos de ingreso bajo. Tanto el subsidio del riesgo como de la equidad tienen importantes efectos en la desigualdad.
- El modo como se asignen los recursos (geográficamente, por nivel de gasto, o por programas) refleja el énfasis que los hacedores de política asignan a las desigualdades y el papel del sector salud en la reducción de la pobreza y en el alcance de objetivos de equidad.

Una evaluación de gran escala de los impactos de las políticas de financiamiento de salud en lo que se refiere a generación, distribución y asignación de recursos, especialmente en países en desarrollo, no existe y debería ser una prioridad para la comunidad internacional. El recuadro 2.3 ofrece una guía sobre el tipo de información necesaria para designar e implementar esquemas que favorezcan a los pobres.

Así, proveer protección financiera y promover la igualdad depende de cómo los sistemas de salud organizan las tres funciones clave de financiamiento de la salud: recaudación de ingresos, distribución de riesgos y compra de servicios. A pesar de que todas las funciones de financiamiento de la salud juegan un papel importante en asegurar la protección financiera y reducir la desigualdad, la distribución de riesgos y el prepago (ya sea mediante impuestos o primas individuales) juegan el papel central y, generalmente, el menos entendido.

Distribución de riesgo y prepago

La distribución de riesgo se refiere a la recaudación y administración de recursos financieros de modo que los riesgos financieros individuales, grandes e imprevisibles, se conviertan en predecibles y se distribuyan entre todos los miembros del sistema. La distribución del riesgo financiero es el centro de los mecanismos de aseguramiento tradicionales. Mientras que la distribución de riesgo asegura la previsibilidad y el potencial redistributivo entre las diferentes categorías de riesgo de salud individuales, el prepago ofrece varias opciones para financiar estos riesgos equitativa y eficientemente entre miembros de ingresos altos y bajos. Los mecanismos de distribución de riesgo privados o públicos que se observan en la actualidad –la seguridad social en salud, mecanismos de servicio nacional de salud, y aseguramiento privado– son el resultado de las decisiones culturales, económicas e históricas sobre cómo organizar la distribución de riesgos y prepagos, así como las decisiones implícitas y explícitas

Recuadro 2.3 *Diseño e implementación de esquemas de financiamiento que beneficien a los pobres*

Para estudiar el tema de equidad en las estrategias de financiamiento de la salud, es útil hacerse las siguientes preguntas durante el diseño de las políticas de financiamiento:

¿Es probable que las opciones de recaudación de recursos:

- Incrementen o reduzcan el acceso financiero de los grupos de bajos ingresos?
- Creen incentivos o desincentivos para que los pobres busquen atención de salud?
- Aumenten o reduzcan la carga financiera de los pobres?
- Aumenten la extensión o la profundidad de la pobreza?
- Provean subsidios cruzados desde los ricos hacia los pobres, o viceversa?
- Mejoren o reduzcan la calidad de los servicios?

¿Es probable que los mecanismos de distribución de riesgo:

- Aumenten el número y la participación de los pobres que están cubiertos por mecanismos de distribución de riesgo?
- Reduzcan el riesgo de pagos catastróficos de los pobres?
- Aumenten el acceso a servicios simples preventivos y de atención curativa a través de la distribución de riesgo?

¿Es probable que los mecanismos de compras y de asignación de recursos:

- Aumenten el número de instalaciones de atención en áreas donde viven los pobres?
- Aumenten las instalaciones móviles para atender a los pobres?
- Tengan en cuenta el tamaño de la población en áreas diferentes?
- Tengan en cuenta las necesidades de salud (especialmente las de los pobres)?
- Tengan en cuenta los niveles de pobreza en diferentes regiones?
- Prioricen los programas que sirven a los pobres?
- Prioricen los programas que se ocupen de la generación de demanda de los pobres?
- Prioricen niveles de atención que cubren a los pobres?
- Incluyan enfoques innovativos del lado de la demanda, como las transferencias condicionadas en efectivo o los *vouchers*?
- Adquieran servicios de los proveedores que atienden a los pobres?
- Condicionen las compras de servicios en incentivos para que los proveedores cubran a los pobres?

Fuente: Yazbeck 2005.

sobre redistribución de ingreso y solidaridad social. Cada una implica diferentes métodos de distribución de riesgo y de financiamiento de estos sistemas mediante contribuciones prepagas.[6]

En la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, coexisten múltiples mecanismos privados y públicos, haciendo que la fragmentación del sistema sea la norma y no la excepción. Esto incrementa los costos administrativos, crea problemas potenciales de equidad y de selección de riesgo (por ejemplo, cuando los ricos están todos en un solo sistema), y limita el tamaño de este sistema. Adicionalmente, los riesgos de atención de salud cambian a lo largo del ciclo de vida del individuo o del hogar, pero debido a que generalmente existe poca correlación entre las necesidades del ciclo de vida y la capacidad de pago, los subsidios son en general necesarios y se facilitan mediante la distribución de riesgos.

El gráfico 2.3 presenta la evolución del costo promedio de financiar un paquete dado de salud durante el ciclo de vida de un individuo promedio, su capacidad de pago y su necesidad de subsidios.[7] La línea punteada muestra la relación entre el costo promedio actual y la edad. La línea continua presenta la relación entre la capacidad de pago de un individuo por servicios y su edad. A la derecha del punto A, el individuo u hogar necesitará un subsidio para financiar y acceder a los servicios requeridos, sin incurrir en un exceso de gasto. Es posible que los hogares o individuos con ingresos altos nunca alcancen este punto. También es posible que los hogares o individuos de bajos ingresos necesiten un subsidio desde el inicio de su vida para acceder a los servicios de atención al nivel y en las condiciones especificadas por la

6 Aunque todos los mecanismos de aseguramiento (por la ley de los grandes números) ofrecen una mejor capacidad de predicción de los gastos relacionados con grandes e impredecibles riesgos individuales, los aseguradores privados relacionan las primas individuales con este riesgo promedio y crean categorías de riesgo separadas para evitar el fenómeno de selección adversa (en el cual la inclusión de individuos más enfermos que el promedio puede desestabilizar las primas). Al separar las contribuciones individuales de este costo promedio, los mecanismos de aseguramiento público (tanto de servicio nacional de salud como de la seguridad social) pueden promover una redistribución mucho más efectiva entre individuos de ingresos altos y bajos, dependiendo de la progresividad de la contribución del impuesto por nómina y de la base de ingresos generales del país. Sin embargo, el aseguramiento privado tiene la ventaja de no depender de impuestos obligatorios que distorsionan la economía, y ofrecen mayor flexibilidad en la selección del seguro que el modelo único ofrecido por el sistema público.

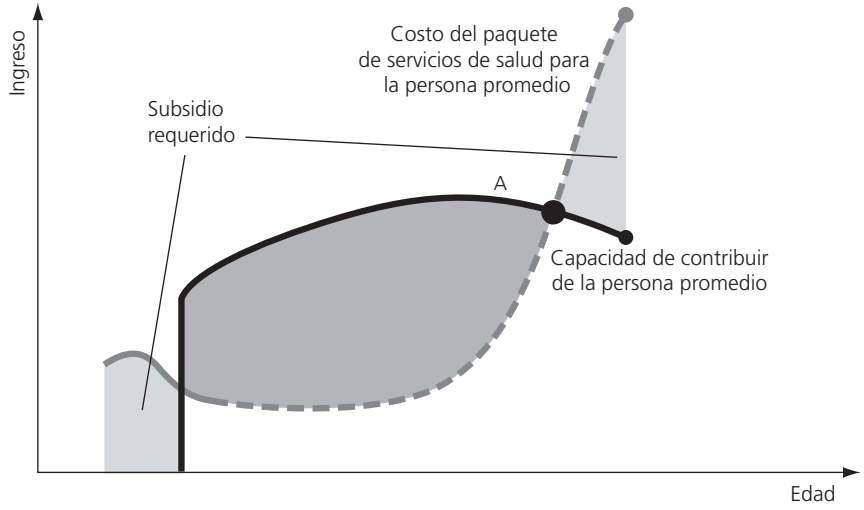
7 La capacidad de pago es definida como el nivel de contribución que evitaría que un individuo caiga por debajo de la línea de pobreza. Como el riesgo de requerir servicios aumenta con el tiempo, puede alcanzar un nivel igual a la capacidad de pago.

sociedad como las mínimamente aceptables. En esta situación, el individuo u hogar requerirá el subsidio. La distribución del riesgo juega un papel central en facilitar tales subsidios cruzados. Gracias a las economías de escala, la distribución de riesgos puede reducir el costo promedio del paquete, demorando la llegada al punto A. Por el contrario, la falta de un sistema de distribución de riesgo genera gastos de bolsillo inesperados y altos para el individuo que requiere servicios de atención de salud.

La distribución de riesgo y el prepago son fundamentales para la creación de subsidios cruzados entre los individuos de riesgos altos y bajos (subsidio al riesgo), así como entre los ricos y los pobres (subsidio a la equidad). Cuanto más grande el sistema, mayor el potencial de distribución de riesgos y mayor la precisión en predecir el costo total y promedio del sistema. Colocar a todos los participantes en un sistema único y exigir contribuciones de acuerdo con su capacidad de pago, en lugar de asociadas al riesgo promedio o individual, puede facilitar los subsidios cruzados y, dependiendo del nivel de los recursos recolectados, incrementar significativamente la protección financiera de todos los miembros (gráfico 2.4).

Sin embargo, la distribución de riesgos mediante esquemas de aseguramiento no es suficiente para asegurar la protección financiera, ya que puede generar que los individuos de bajo riesgo y bajos ingresos subsidien a los miembros de altos ingresos,

Gráfico 2.3 *Costo de los servicios de salud, capacidad de pago y necesidad de subsidios a lo largo de la vida de un individuo típico*

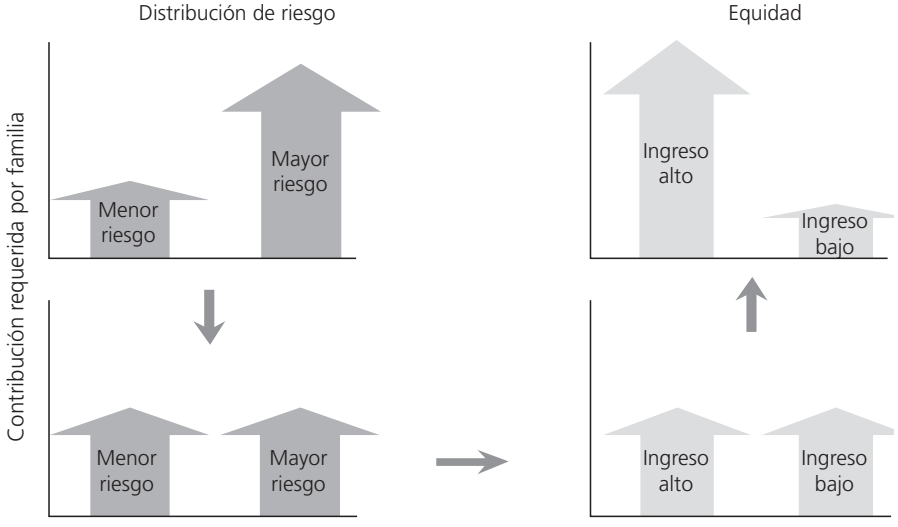


Fuente: OIT/STEP 2002.

con alto riesgo. Adicionalmente, un porcentaje importante de la población puede no tener capacidad de pagar el aseguramiento. Por esta razón, la mayoría de los sistemas de salud tiene como objetivo no sólo la distribución de riesgo sino también asegurar la equidad en el financiamiento de los servicios de salud mediante subsidios de los individuos de ingreso alto a los de ingreso bajo. Los subsidios a la equidad son el resultado de estas políticas redistributivas.

Existen al menos cuatro mecanismos organizacionales alternativos para la distribución de riesgos y el prepago: tipo ministerios de Salud o servicios nacionales de salud, organizaciones de seguridad social, seguro privado y voluntario de salud, y seguro comunitario de salud. Cada uno está relacionado con un instrumento particular de recaudación de ingresos (ingresos provenientes de impuestos generales, deducciones de la nómina salarial, primas de acuerdo al riesgo, y contribuciones voluntarias) y de adquisición de servicios de salud. Dentro de estas estructuras organizacionales, coexisten generalmente tres alternativas para generar ingresos y financiar subsidios a la equidad: subsidios dentro del mecanismo de distribución de riesgo, subsidios entre diferentes mecanismos de distribución de riesgo, y subsidios públicos directos a través de transferencias gubernamentales. A pesar de que las cuentas de ahorro médico

Gráfico 2.4 Modelos de subsidios cruzados para la distribución de riesgo y mayor equidad de la contribución de los hogares para servicios de salud



Fuente: OIT/STEP 2002.

(con o sin subsidio público) también se consideran a veces como un mecanismo de distribución de riesgos, ellas no distribuyen el riesgo entre los individuos y, por tanto, tienen más limitaciones en lo que se refiere a su previsibilidad y al subsidio a la equidad. Se trata simplemente de mecanismos intertemporales para suavizar los riesgos de salud a lo largo del ciclo de vida de un individuo u hogar.

Los subsidios al interior de un mecanismo de distribución de riesgos, ya sea que estén financiados por ingresos generales o mediante impuestos a la nómina, son un prerrequisito para la distribución del riesgo en los servicios nacionales de salud y en los sistemas de seguridad social. El objetivo de recolectar ingresos mediante una contribución asociada al ingreso, o basada en impuestos generales (en contraste con una contribución relacionada con el riesgo como es usual en un seguro privado), es generar un subsidio desde los individuos de ingreso alto hacia los de ingreso bajo. Estos sistemas son efectivos cuando las contribuciones a la nómina son posibles, o la base de impuestos generales es suficiente, y una gran proporción de la población participa en el mismo sistema de distribución de riesgo. Sin embargo, en un sistema con diferentes aseguradores públicos y privados compitiendo, y un mecanismo fragmentado de distribución de riesgo, la contribución por nómina salarial puede incrementar los incentivos de selección de riesgo. En el caso de un sistema nacional de salud o seguridad social, los recursos financieros pueden ser insuficientes o inapropiados para distribuir los riesgos financieros o para crear un subsidio a la equidad, particularmente si el ingreso general o la base de contribución por nómina son regresivos.

Los subsidios entre diferentes grupos de distribución de riesgo implican la creación de fondos, usualmente llamados fondos de igualdad o solidaridad, financiados por una porción de contribuciones de cada grupo. Este mecanismo se encuentra en sistemas con múltiples aseguradores, por ejemplo en Argentina, Colombia, Alemania y Holanda. Un elemento clave del éxito de este mecanismo es la implementación de sistemas adecuados de compensación entre diferentes grupos de riesgo e ingreso.

Finalmente, en muchos países de la OCDE las transferencias públicas directas financiadas con impuestos generales se dan a los aseguradores para subsidiar el servicio de salud de ciertos grupos o de toda la población. Tales transferencias también se usan en algunos países de ingresos medios y bajos, aunque en grado limitado debido a la baja capacidad de recaudación de ingresos.

En la mayoría de países de ingresos medios y bajos, la fragmentación del mecanismo de distribución de riesgo impide significativamente una distribución efectiva del riesgo, en tanto que una capacidad limitada de recaudación de ingresos excluye el uso de subsidios públicos como la fuente principal de financiamiento. En consecuencia, la focalización de los escasos subsidios públicos en diferentes esquemas de distribución de riesgo es, probablemente, el modo más factible de financiar los subsidios de equidad para los pobres y para aquellos afuera de mecanismos formales de distribución de riesgo.

Sin embargo, este método tiene importantes costos de transacción. Dado que una porción significativa de la población está excluida del sector formal, las posibilidades de utilizarlo como herramienta de financiamiento universal son limitadas, particularmente en países de ingreso bajo. Incluso cuando están disponibles subsidios significativos provenientes de impuestos generales, la falta de portabilidad del seguro restringe la efectividad del sistema como un mecanismo de subsidio entre diferentes grupos de distribución de riesgo, ya que los individuos pueden perder su cobertura cuando cambian de trabajo. Los países de ingreso bajo y algunos de ingreso medio enfrentarán el reto de financiar públicamente los servicios públicos esenciales y los servicios personales y asegurar la protección financiera mediante subsidios a la equidad. Entonces, los países de ingreso bajo y medio deben esforzarse para lograr el mayor valor de los servicios financiados públicamente en términos de resultados de salud y equidad, y facilitar la distribución efectiva de riesgos de los servicios de financiamiento privados. Ofrecer financiamiento público para intervenciones costo-efectivas es un aspecto crítico para determinar qué servicios se deben financiar públicamente.

Adquisición de servicios

La adquisición de servicios, que usualmente se llama financiamiento del lado de la oferta, incluye todos los mecanismos usados por los compradores de servicios de atención de salud para pagar a los proveedores de estos servicios. Existe una gran variedad de mecanismos. Algunos servicios de salud nacionales y organizaciones de seguridad social proveen servicios en instalaciones de propiedad pública, donde los miembros del personal son empleados públicos. Algunas veces los individuos o las organizaciones compran los servicios mediante pagos directos o acuerdos contractuales de proveedores públicos y privados. Otros mecanismos combinan las posibilidades mencionadas antes.

El marco de análisis para la asignación de recursos y la adquisición de servicios presentado en el cuadro 2.2 ofrece una taxonomía de los diferentes temas alrededor de las decisiones de compra. La asignación de recursos y los procedimientos de compra de servicios tienen implicaciones importantes para el costo, acceso, calidad y satisfacción del consumidor. Las ganancias de eficiencia (técnicas y asignativas) de los mecanismos de compras proveen un mayor valor por los servicios pagados y, en consecuencia, ofrecen un medio para obtener "financiamiento" adicional para el sistema de salud (Hensher 2001). Aunque una discusión completa de este tema está más allá de los objetivos de este capítulo, debemos señalar que las reformas paralelas en esta área han sido importantes en las reformas financieras en muchos países de ingreso medio, la mayoría de países de ingreso alto y algunos países de ingreso bajo. Preker y Langenbrunner (2005) también reportan varios de estos esfuerzos. Elemen-

Cuadro 2.2 Marco para el análisis de las opciones de política para un seguro voluntario de salud

	Opciones clave de política
Marco de análisis de política	*Mecanismos de recaudación de ingresos* • Nivel de prepago comparado con el gasto de bolsillo directo • Grado en el cual las contribuciones son obligatorias, comparado con contribuciones voluntarias • Grado de progresividad de las contribuciones • Subsidio a los pobres y protección contra choques externos. *Ingresos y mecanismos de distribución de riesgo* • Tamaño • Número • Redistribución de los ricos hacia los pobres, de los sanos hacia los enfermos, y de los empleados de tiempo completo hacia los inactivos. *Asignación de recursos y mecanismos de adquisición de servicios (DRA)* • Para quién comprar (pregunta 1 de la demanda) • Qué comprar, de qué modo y qué excluir (pregunta 2 de la oferta) • De quién comprar –público, privado, ONG (pregunta 1 de la oferta) • Cómo pagar –qué mecanismos de pago se deben usar (pregunta 2 de incentivos) • Qué precio pagar –precio competitivo del mercado, determinar precios, subsidiados (pregunta 1 del mercado).
Ambiente institucional	• Marco legal • Instrumentos regulatorios • Procedimientos administrativos • Costumbres y prácticas.
Estructura organizacional	• Formas organizacionales (configuración, escala y alcance de los fondos de aseguramiento) • Régimen de incentivos (grado de los derechos de decisión, exposición del mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas y cobertura de funciones sociales) • Conexiones (grado de integración horizontal y vertical o fragmentación).
Atributos de la administración	• Niveles de administración (monitoreo, gobernabilidad, línea de administración, administración clínica) • Habilidades de administración • Incentivos para la administración • Herramientas de administración (financieras, recursos, información de salud, comportamiento).

Fuente: Preker y Langenbrunner 2005.

tos centrales de estas reformas han sido la separación de las funciones de compra de la provisión de servicios, que el dinero siga al paciente a diferencia de proveedores con presupuestos históricos, y el uso de sistemas de pago con incentivos. Muchos de estos sistemas de pago con incentivos se basan en la capitación y administración del

servicio de salud, pagos por casos a los hospitales, y mecanismos relacionados para asegurar una distribución más equitativa de los riesgos financieros entre el comprador y el proveedor.

Este tema ha tomado una importancia creciente porque los donantes quieren asegurarse de que el nuevo financiamiento para incrementar los servicios en países de bajos ingresos se use eficientemente. Nadie quiere colocar dinero en un sistema de salud ineficiente. Es más, la eficiencia de un sistema tiene importantes implicaciones financieras para la sostenibilidad fiscal de largo plazo y para que los gobiernos encuentren el "espacio fiscal" para aumentar el gasto público en un contexto de presupuestos con serias restricciones. En efecto, las políticas de financiamiento de la salud (recaudación, distribución de riesgos y compra de servicios) deben desarrollarse en el contexto de la disponibilidad de espacio fiscal del gobierno.

Políticas de financiamiento de la salud y espacio fiscal para incrementar el gasto en salud

El crecimiento del PIB es una condición necesaria para facilitar la movilización de recursos domésticos, pero sólo es uno de los elementos macroeconómicos que ofrecen el espacio fiscal para que los países lleven a cabo inversiones importantes. En un sentido más amplio, el espacio fiscal puede ser definido como la disponibilidad de espacio presupuestario que le permite a un gobierno proveer los recursos para un determinado propósito, sin atentar contra la sostenibilidad de su posición financiera (Heller 2005). El tema del espacio fiscal está en el centro del debate actual, relacionado con el supuesto impacto negativo de los programas del FMI, que impiden que los países usen las crecientes cantidades de donaciones disponibles para la inversión en el sector de la salud y para financiar gastos corrientes del sector (como la contratación de trabajadores adicionales). En principio, existen diferentes modos en los cuales un gobierno puede crear ese espacio fiscal (Heller 2005):

- Los ingresos adicionales se pueden recolectar mediante impuestos o fortalecimiento de la administración de impuestos.
- Los gastos de menor prioridad se pueden reducir para hacer espacio para otros más deseables.
- Los recursos pueden ser tomados en préstamo de fuentes externas o domésticas.
- Los gobiernos pueden usar su poder de señoriaje (esto es, que el banco central emita dinero y le haga un préstamo al gobierno).
- Los gobiernos también pueden crear espacio fiscal mediante la recepción de donaciones de fuentes externas.

Se debe notar que esta definición de espacio fiscal implica que la sostenibilidad fiscal –la capacidad de un gobierno de, por lo menos en el futuro, financiar su gasto deseado así como cumplir con las obligaciones de deuda– es una condición necesaria, pero no suficiente para la existencia del espacio fiscal. Esto sugiere que la explotación del espacio fiscal requiere considerar que el mayor gasto en el corto plazo y cualquier gasto futuro asociado a éste pueden ser financiados mediante ingresos corrientes y futuros. Si se financia con deuda, los gastos deben evaluarse según su impacto en la tasa de crecimiento subyacente o en la capacidad de un país de generar el ingreso necesario para cumplir con el servicio de esa deuda.

El FMI ha enfatizado su flexibilidad en permitir la absorción de flujos adicionales de donaciones externas para el gasto en programas meritorios (FMI 2004a). Sin embargo, sus lineamientos indican tres preocupaciones relacionadas con el espacio fiscal y el incremento del gasto. Primero, el análisis debe tener en cuenta que un nivel más alto de gasto en un sector, incluso si se financia con donaciones externas, puede tener un efecto negativo en el gasto en otros sectores que no han logrado financiamiento; ésta es una inquietud que tiene que ver con los salarios de los trabajadores del sector salud. Segundo, un incremento en el gasto actual puede tener que ser restringido incluso cuando las donaciones están disponibles, porque puede no haber fondos en el futuro para cubrir el incremento implícito de gastos en el futuro, cuando la donación externa se agote. Tercero, cambios en las reglas de contabilidad no pueden, por sí solos, crear un nuevo objeto del gasto en la provisión de servicios básicos sociales o en infraestructura.

Ciertamente, un análisis fiscal apropiado a nivel de país debe considerar cualquier efecto derrame (*spillover*) que las decisiones de expansión del gasto en un sector puedan tener en otros. Lo mismo es cierto para decisiones con efectos que se prolongan por muchos años. Los países deben asegurar que las decisiones que se toman hoy, que tienen implicaciones de gasto en el futuro también tengan, bajo supuestos razonables, los mecanismos de financiamiento en el futuro. Esto es especialmente importante en salud, donde los compromisos relacionados con la cobertura de ciertas necesidades de salud generan un compromiso de gasto en los años siguientes, como resultado del envejecimiento de la población y de los cambios en la morbilidad. Estas implicancias intertemporales de los gastos de salud deben tenerse en cuenta, especialmente cuando reducir los gastos es políticamente difícil. Este es el caso, por ejemplo, del tratamiento antirretroviral de pacientes con SIDA: la ayuda de los donantes puede estar disponible hoy, pero no se garantiza el financiamiento de toda la generación de pacientes durante toda su vida y, en muchos países de ingreso bajo, el presupuesto total de salud del sector público puede no ser suficiente para financiar tales tratamientos.

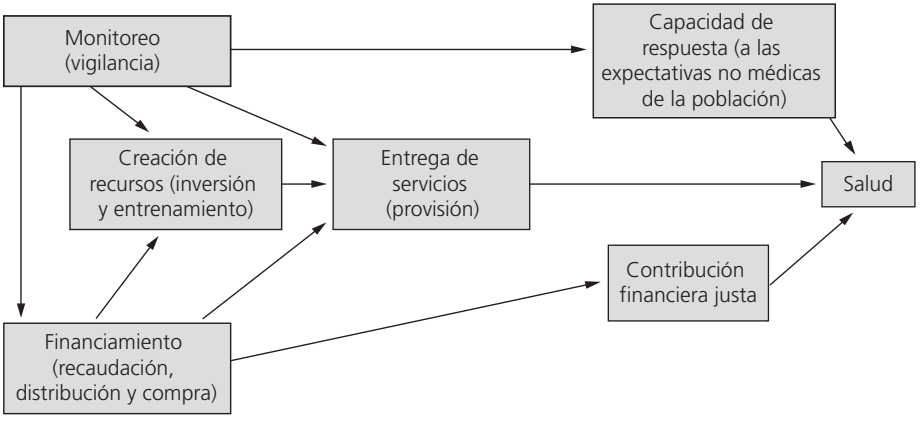
En este contexto, es relevante señalar que los cambios en las reglas de contabilidad no producen espacio fiscal. Recientemente ha habido mucha discusión en relación con la contabilidad de las donaciones en los programas del FMI. El hecho es que

las prácticas contables del FMI miden el déficit fiscal general con y sin donaciones. Cuando se incluyen los donantes han interpretado los techos resultantes de los programas del FMI como "inflexibilidad en los programas del FMI". Estas donaciones se contabilizan como parte del flujo de ingresos. Como se mencionó anteriormente, el espacio fiscal sólo puede generarse encontrando financiamiento adicional (mediante impuestos, donaciones o préstamos), reasignando gastos, o mejorando la eficiencia del gasto actual. De modo que todas las políticas de implementación de las funciones básicas de financiamiento de salud deben considerarse en el contexto del espacio fiscal. A pesar de que las actividades de recaudación de ingreso están muy relacionadas con el espacio fiscal, también lo están la distribución de riesgos y las políticas de compras.

Anexo 2.1 Clasificación de los sistemas de financiamiento de la salud

En el *Informe Mundial de la Salud* del año 2000, la OMS define los sistemas de salud con cuatro "funciones" principales (monitoreo, creación de recursos, entrega de servicios y financiamiento), y tres objetivos principales (salud, contribución financiera justa, y capacidad de repuesta a las expectativas no médicas de los ciudadanos). Esta categorización y la relación entre los siete elementos se muestran gráficamente en el gráfico A2.1 en el anexo. El financiamiento es la función principal del sistema e incluye la recaudación de ingresos, la distribución de riesgos y la compra de servicios.

Gráfico A2.1 Relación entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud

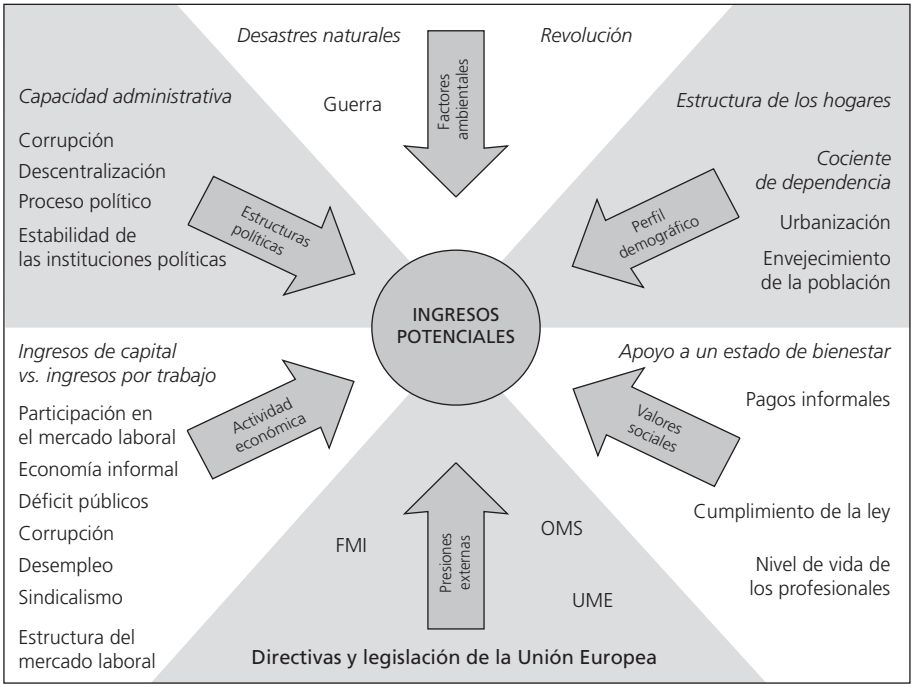


Fuente: OMS 2000.

Los determinantes del financiamiento de la salud son un complejo sistema de factores institucionales, demográficos, socioeconómicos, ambientales, externos y políticos. Mossialos y otros (2002) han resumido estos factores (gráfico A2.2). Los perfiles demográficos, valores sociales, factores ambientales y actividades económicas son determinantes importantes del financiamiento obligatorio y voluntario, pero las estructuras políticas y las presiones externas también son particularmente importantes determinantes de la naturaleza, escala y efectividad del financiamiento obligatorio de la salud. Las estructuras políticas juegan también un papel importante en determinar la naturaleza y efectividad del seguro voluntario en salud, ya que tal aseguramiento depende de la regulación gubernamental.

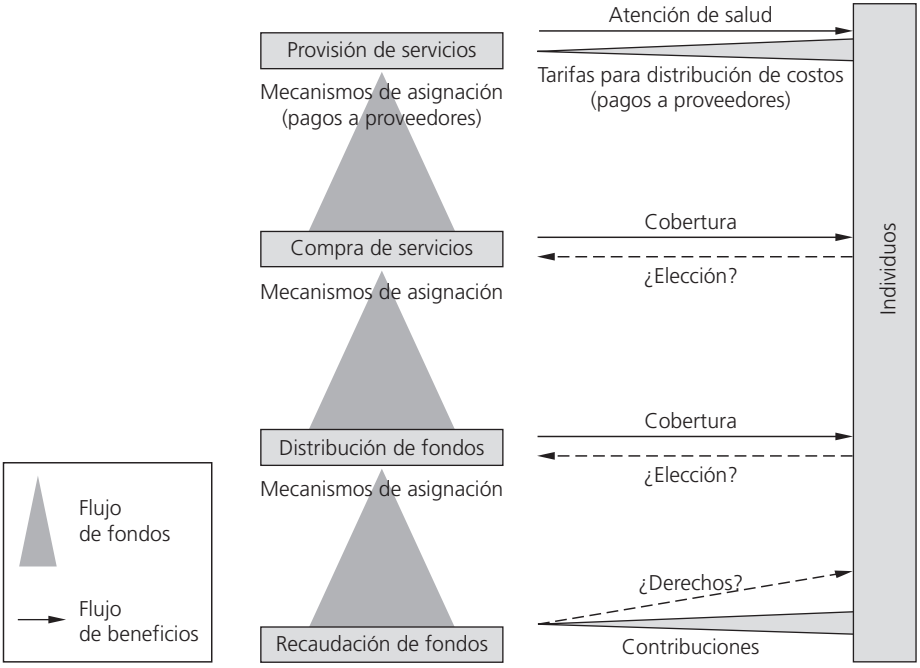
Kutzin (2001), Mossialos y Thomson (2002) y Arhin-Tenkarang (2001) han desarrollado marcos más específicos para analizar el financiamiento de la salud y el aseguramiento. El marco conceptual de Kutzin analiza las opciones de política en términos del grado en el cual se fortalecen las funciones del aseguramiento de salud. Él define estas funciones del aseguramiento en salud como "acceso a la atención con

Gráfico A2.2 *Determinantes del financiamiento de la salud*



Fuente: Mossialos y otros 2002.

Gráfico A2.3 *Marco de análisis de Kutzin para las funciones de financiamiento de la salud*

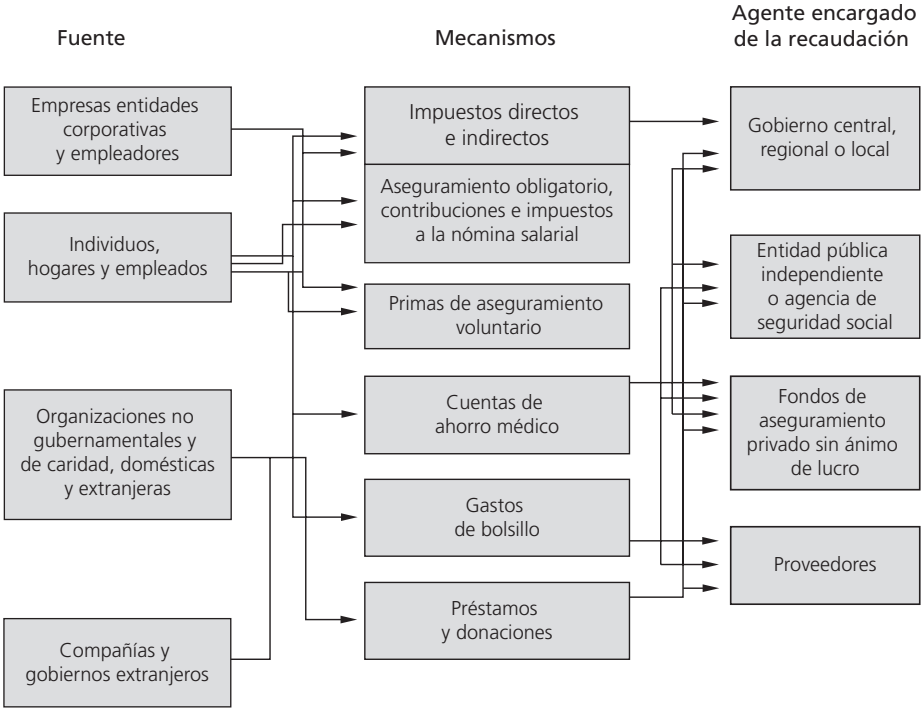


Fuente: Kutzin 2001.

protección financiera contra el riesgo" y busca desarrollar un marco genérico, sin aferrarse a ninguna forma de organización particular de aseguramiento en salud, para conceptualizar los componentes desagregados de las fuentes de financiamiento de la salud, mecanismos de asignación de recursos, y organizaciones asociadas y acuerdos institucionales (gráfico A2.3). Este marco de análisis, que es aplicable al financiamiento público y privado, clarifica las distinciones conceptuales importantes entre las fuentes iniciales de financiamiento, los mecanismos de contribución, las organizaciones recaudadoras, las organizaciones de distribución de riesgo, mecanismos de asignación y las organizaciones de adquisición de servicios, y caracteriza las opciones dentro de cada función (Kutzin 2001).

Es importante señalar que la recaudación, la distribución de riesgo y la adquisición de servicios pueden llevarse a cabo a través de diferentes organizaciones, o de una o más organizaciones bajo diferentes combinaciones. Por esta razón, Kutzin promueve específicamente un análisis de cómo están integradas o separadas las funciones al interior o en diferentes organizaciones (es decir, el grado de integración vertical y

Gráfico A2.4 *Fuentes de financiamiento, mecanismos de contribución y agentes recaudadores*



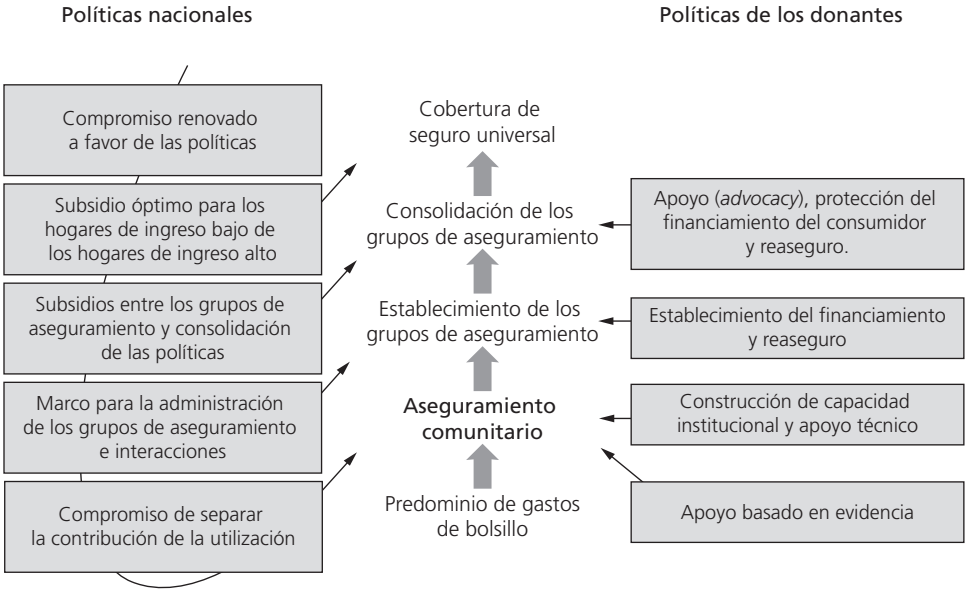
Fuente: Mossialos y Thompson 2002.

horizontal). Él también resalta la interdependencia de la regulación y la información como elementos clave de política para fortalecer la función de aseguramiento, y afirma que para el sistema es de interés que las actividades de regulación e información sean implementadas para toda la población. El análisis de Kutzin también resalta la importancia de mecanismos activos de compras, indicando que no es deseable simplemente minimizar los costos administrativos. Los costos administrativos resultantes de una utilización efectiva, administración y políticas de pagos a proveedores pueden conducir a reducciones sustanciales de pagos inapropiados de beneficios.

Mossialos y Thomson (2002) representaron gráficamente las principales opciones de Kutzin con respecto a las fuentes de financiamiento, mecanismos de contribución y organizaciones de recaudación de ingresos (gráfico A2.4 en el anexo). Los empleadores pueden agregarse al diagrama como una organización adicional de recaudación y distribución de riesgo.

Arhin-Tenkorang (2001) desarrolló un marco de análisis basado en la evolución de la protección financiera desde sistemas de aseguramiento con bases comunitarias hasta organizaciones de seguros, y desde la coordinación de mecanismos de aseguramiento hasta los seguros de cobertura universal. Esta evolución de estados está relacionada con ciertas políticas nacionales y de los donantes (gráfico A2.5). Este marco de análisis alternativo ofrece una presentación detallada de los temas conceptuales, de diseño básico y de las interacciones críticas presentes en un sistema de aseguramiento de salud.

Gráfico A2.5 Etapas de la protección financiera y políticas de respaldo



Fuente: Arhin-Tenkorang 2001.

Referencias

Arhin-Tenkorang, D. 2001. "Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection and Resource Mobilization." Documento de trabajo CMH series WG3:1, Commission on Macroeconomics and Health, Ginebra.

Banco Mundial. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health.* Nueva York: Oxford University Press.

———. 2005. *Informe sobre el desarrollo mundial 2006: equidad y desarrollo.* Bogotá: Banco Mundial y Mayol.

Bassett, M. 2005. "Frameworks for Analyzing Health Systems, Health Financing, and the Regulation of Health Insurance." Documento base para la Conference on Private Health Insurance in Developing Countries, Wharton Business School, Universidad de Pensilvania, Filadelfia, marzo 15-16.

Cnossen, S., ed. 2005. *Theory and Practice of Excise Taxation: Smoking, Drinking, Gambling, Polluting, and Driving.* Nueva York: Oxford University Press.

Coady, D., M. Grosh y J. Hoddinot. 2004. *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience*. Banco Mundial, Washington, D. C.

FMI (Fondo Monetario Internacional). 2002. "Social Contribution [GFS]." *Government Finance Statistics Manual 2001, Companion Material, Glossary*. Washington, D. C.

———. 2004a. "External Grants and IMF Policies." Washington, D. C.

———. 2004b. "Statistical Information Management and Analysis Database." Washington, D. C.

FMI y Banco Mundial. 2005. *Financing the Development Agenda.* Washington, D. C.

Gemmel, N. y O. Morrissey. 2005. "Distribution and Poverty Impacts of Tax Structure Reform in Developing Countries: How Little We Know." *Development Policy Review* 23 (2): 131-44.

Gupta, S., B. Clements, A. Pivovarsky y E. Tiongson. 2004. "Foreign Aid and Revenue Response: Does the Composition of Aid Matter?" En S. Gupta, B. Clements y G. Inchauste, eds., *Helping Countries Develop: The Role of Fiscal Policy.* Washington, D. C.: Fondo Monetario Internacional.

Gwatkin, T. D., S. Rutstein, K. Johnson, R. Pande y A. Wagstaff. 2000. *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Haines, A. y A. Cassels. 2004. "Can the Millennium Development Goals Be Attained?" *British Medical Journal* 329: 394-7.

Heller, P. 2005. *Understanding Fiscal Space.* Fondo Monetario Internacional, Washington, D. C.

Hensher, M. 2001. *Financing Health Systems through Efficiency Gains*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Jha, P. y F. Chaloupka, eds. 2000. *Tobacco Control in Developing Countries.* Nueva York: Oxford University Press.

Kutzin, J. 2001. "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements." *Health Policy* 56 (3): 171-204.

Martínez-Vasquez, J. 2004. "The Impact of Fiscal Policy on the Poor: Fiscal Incidence Analysis." Andrew Young School of Policy Studies. Documento de trabajo ISP 01-10, International Studies Program, Georgia State University, Atlanta.

Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin, eds. 2002. *Funding Healthcare: Options for Europe.* 4. European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Mossialos, E. y S. Thomson. 2002. "Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment." *International Journal of Health Services* 32 (1): 19-88.

Musgrove, P. 1996. "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns." Documento de trabajo 339, Banco Mundial, Washington, D. C.

O'Donnell, O., E. van Doorslaer, R. Rannan-Eliya, A. Somanathan, S. Adhikari, B. Akkazieva y otros. 2005a. "Who Pays for Health Care in Asia?" Equitap Documento de trabajo 1, Erasmus University, Rotterdam e Institute for Policy Studies, Colombo, Sri Lanka.

O'Donnell, O., E. van Doorslaer, R. Rannan-Eliya, A. Somanathan, S. Adhikari, D. Harbianto y otros. 2005b. "Who Benefits from Public Spending on Health Care in Asia?" Equitap Documento de trabajo 3, Erasmus University, Rotterdam e Institute for Policy Studies, Colombo, Sri Lanka.

OIT/STEP (Organización Internacional del Trabajo/Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty). 2002. "Towards Decent Work: Social Protection for Health for All Workers and Their Families." Ginebra.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *World Health Report 2000: Health Systems –Improving Performance.* Ginebra.

———. 2001. *Report of the Commission on Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development.* Ginebra.

———. 2004. *Poverty Reduction Strategy Papers: Their Significance for Health. Second Synthesis Report.* Ginebra.

Preker, A. S. y J. Langenbrunner. 2005. "Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor." Banco Mundial, Washington, D. C.

Roberts, M. J., W. Hsaio, P. Berman y M. Reich. 2004. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity.* Nueva York: Oxford University Press.

Schieber, G. 1997. *Innovations and Health Care Financing.* Documento de trabajo 365, Banco Mundial, Washington, D. C.

Schieber, G. y A. Maeda. 1997. "A Curmudgeon's Guide to Financing Health in Developing Countries." En G. Schieber, ed., "Innovations in Health Care Financing". Documento de trabajo 365, Banco Mundial, Washington, D. C.

Tait, A. 2001. "Mobilization of Domestic Resources for Health through Taxation: A Summary Survey." Documento preliminar 14 para el grupo de trabajo Three of the Commission on Macroeconomics and Health, OMS, Ginebra.

Tanzi, V. y H. H. Zee. 2000. "Tax Policy for Emerging Markets: Developing Countries." Documento de trabajo del FMI, Fondo Monetario Internacional, Washington, D. C.

UNECA (United Nations Economic Commission for Africa). 2001. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis, and Other Related Infectious Diseases.* Addis Abeba.

Wagstaff, A. y E. van Doorslaer. 2001. "What Makes the Personal Income Tax Progressive? A Comparative Analysis for Fifteen OECD Countries." *International Tax and Public Finance* 8 (3): 299-315.

Wagstaff, A., E. van Doorslaer, H. van der Burg, S. Calonge, T. Christiansen, G. Citoni y otros. 1999. "Redistributive Effect, Progressivity, and Differential Tax Treatment: Personal Income Taxes in Twelve OECD Countries." *Journal of Public Economics* 72 (1): 73-98.

Yazbeck, A. 2005. Comunicación personal, abril 9.

3
Mecanismos de distribución de riesgo

Generalmente se usan cuatro tipos de aseguramiento en salud para distribuir el riesgo, promover el prepago, recaudar ingresos y adquirir servicios: sistemas estatales, financiados por el gobierno y operados mediante ministerios de Salud o servicios nacionales de salud, aseguramiento social en salud, aseguramiento de salud de tipo comunitario, y aseguramiento de salud voluntario. Los cuatro mecanismos difieren en aspectos importantes que pueden afectar su desempeño en países con diferentes niveles de ingreso, estructuras de empleo, necesidades de salud y capacidades administrativas. Este capítulo define cada mecanismo, evalúa sus fortalezas y debilidades, y analiza su relevancia y viabilidad para países de ingreso medio y bajo. Ninguno de estos sistemas es inherentemente bueno o malo; por el contrario, el desafío de los hacedores de políticas es crear "caminos" viables para el desarrollo de aseguramiento en salud en un país –caminos que mejoren, de manera estable, la protección financiera mediante mecanismos de distribución del riesgo y prepago, incrementen la calidad y efectividad de los servicios de salud, mejoren los indicadores de resultados y la equidad, y que logren todo esto, de manera económica, equitativa y sostenible.

Al considerar los cuatro sistemas predominantes de distribución de riesgo y la provisión de aseguramiento en salud, los diseñadores de política en el mundo deben ser pragmáticos para asegurar que el desarrollo del sistema de financiamiento de la salud esté alineado con el desarrollo económico, institucional y cultural específico de cada país. En consecuencia, un entendimiento general de los mecanismos de financiamiento es importante, así como también métodos más específicos para evaluarlos en cada país. Este capítulo examina cada uno de los cuatro tipos de mecanismos de distribución de riesgo en detalle, y describe lineamientos para la regulación gubernamental de los sistemas voluntarios de aseguramiento en salud. Las principales conclusiones sobre las aptitudes de cada sistema de distribución de riesgo para países en desarrollo se resumen a continuación y se discuten ampliamente en secciones posteriores.

- *Sistemas financiados por el Estado.* Las ventajas de los sistemas de atención de salud financiados por el Estado explican por qué son el sistema de financiamiento más difundido. Proveen acceso a una cobertura universal, pueden depender de varias fuentes de financiamiento, y pueden ser relativamente simples de manejar. Sin embargo, como deben competir anualmente por un porcentaje del presupuesto estatal, pueden recibir recursos insuficientes e inestables. En muchos países, los sistemas de provisión de servicios de salud financiados públicamente son ineficientes, como muchos otros servicios administrados por el sector público. Adicionalmente, los sistemas financiados por el Estado tienden a beneficiar más a los ricos que a los pobres, especialmente en países en desarrollo. En consecuencia, para implementar exitosamente un sistema con financiamiento del Estado, en países de ingreso bajo o medio, se deben establecer algunas condiciones para recaudar suficientes recursos para la salud (mediante crecimiento económico sostenido, una administración fiscal competente y un consenso de la población a favor de los impuestos). Para que el sistema funcione, deben existir también instituciones sólidas. Adicionalmente, son necesarios esfuerzos específicos para focalizarse en los pobres y para, al mismo tiempo, preservar el carácter universal del sistema –en otras palabras, para evitar crear "un sistema pobre para los pobres" (Mossialos y Dixon 2002).
- *Sistema de aseguramiento social en salud.* El aseguramiento social en salud puede ser un método efectivo para recaudar recursos adicionales para la salud y alcanzar la cobertura universal. En particular, al hacer el financiamiento de la salud más transparente y estable, el aseguramiento social puede promover que la población contribuya más al sistema de cobertura de salud. Pero estos objetivos pueden lograrse a diferentes velocidades, dependiendo de las características políticas y socioeconómicas de cada país. Para muchos países de ingreso bajo, particularmente para aquéllos con economías sin crecimiento y una proporción creciente de trabajadores en el sector informal, estos objetivos pueden ser irreales en un futuro cercano. En consecuencia, antes de implementar un esquema de aseguramiento social, el gobierno debe examinar su viabilidad teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas y políticas del país, y evaluar sus problemas potenciales, para determinar si los mismos pueden ser superados o reducidos para asegurar que las ventajas del sistema de aseguramiento social superen sus potenciales defectos. Este trabajo preliminar puede llevar a la conclusión de que es apropiado proceder con la reforma, pero también puede llevar a la decisión de posponer la misma hasta tanto las condiciones necesarias hayan sido cumplidas. La experiencia también muestra que, en su etapa inicial de desarrollo, el aseguramiento social tiene la tendencia de desviar recursos de los segmentos más pobres de la población hacia los segmentos más ricos. Por tanto, los países que estén considerando establecer un sistema de aseguramiento social deben reconocer esta posibilidad e incluir mecanismos para proteger a los pobres en el marco del sistema. Finalmente, el sis-

tema de aseguramiento social puede inducir un crecimiento de los costos, como se ha observado en muchos países de la OCDE. Por eso, los gobiernos que deseen implementarlo deben diseñar mecanismos apropiados para contener los costos.

- *Sistema de aseguramiento comunitario en salud.* Estos esquemas ofrecen protección financiera a personas que de otra manera no tendrían acceso a una cobertura de salud, y generan cierto grado de movilización de recursos. Sin embargo, como la mayoría de los sistemas de aseguramiento comunitarios en salud son pequeños y tienen poca viabilidad financiera, no son particularmente efectivos en alcanzar a los segmentos más pobres de la población. Este sistema puede establecerse en contextos de mercado laboral informal y limitada capacidad institucional, pero un sentido de fuerte solidaridad en la comunidad es un prerrequisito. La intervención de los gobiernos mediante subsidios, asistencia técnica, e iniciativas para relacionar los sistemas de aseguramiento comunitario con esquemas más formales de financiamiento es importante para mejorar la eficiencia y sostenibilidad de estos esquemas. La literatura que ha estudiado este esquema de aseguramiento comunitario sugiere que el mismo "es mejor que nada" en contextos de países de bajos ingresos, donde la implementación de cualquier tipo de esquema de financiamiento colectivo es difícil. Pero el aseguramiento comunitario es probable que no sea la solución a todos los problemas de financiamiento de la atención de salud en países de bajos ingresos, y debe ser considerado más "como un complemento –y no un sustituto– de una fuerte participación del gobierno en el financiamiento de la salud" (Preker y otros 2004, p. 41). Los puntos más difíciles y prometedores incluyen cómo diseñar esquemas de aseguramiento comunitario para asegurar la mayor compatibilidad posible con sistemas más grandes, y cómo hacer que estos pequeños esquemas evolucionen hacia sistemas de financiamiento de la salud más completos y sofisticados.
- *Sistema de aseguramiento voluntario.* Los sistemas voluntarios requieren cierto nivel de capacidad comercial institucional y se pueden beneficiar de (aunque no necesariamente pueden depender de) un nivel de capacidad institucional similar al del sector público. A diferencia del sistema de aseguramiento social (que es más difícil de desarrollar, ampliar o sostener, cuando la solidaridad social nacional es baja, la capacidad institucional gubernamental es débil y los mercados laborales son informales), los sistemas voluntarios no dependen tanto de la solidaridad social local o nacional y de mercados laborales formales y estables, aunque estas condiciones ciertamente colaboran. Sin embargo, tales sistemas, a menos que sean subsidiados por el gobierno, pueden beneficiar exclusivamente a ciudadanos o empresas con capacidad de pago. Es más, además de imponer desafíos a la equidad, estos sistemas pueden llegar a promover ciertos tipos de fallas de mercado (Tapay y Colombo 2004). En consecuencia, deben ser desarrollados cuidadosamente y con un marco regulatorio apropiado.

Sistemas de atención de salud financiados por el Estado

Los sistemas financiados por el Estado son apropiados para la mayoría de los países que tienen la capacidad administrativa y económica de recaudar impuestos, establecer una red eficiente de proveedores, y la capacidad de focalizar a la población pobre. Los sistemas de atención de salud financiados por el Estado constituyen el mecanismo de financiamiento más usado en el mundo. Los ingresos generales del gobierno representan la principal fuente de gasto de salud en 106 de los 191 países miembros de la OMS (Savedoff 2004b). En países de altos ingresos, dos tercios del gasto público en salud están financiados por los ingresos generales del gobierno, en países de ingreso medio, casi tres cuartos; y en países de bajos ingresos, casi todo el gasto público en salud proviene de ingresos generales del gobierno (OMS 2004; *ver* capítulo 2, cuadro 2.1).

La mayoría de los especialistas en salud afirman que estos sistemas tienen origen en el reporte Beveridge, publicado en 1942, y por eso son generalmente llamados "sistemas Beveridge" (Beveridge 1942). De hecho, aunque tal reporte recomendaba financiar la salud mediante contribuciones definidas –no impuestos generales[1]– la Ley Nacional de Servicio de Salud de 1946, inspirada en el trabajo de Beveridge, estableció la provisión gratuita de servicios financiados con impuestos en Gran Bretaña, para prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El sistema nacional de salud británico surgió entonces como el modelo de sistemas con financiamiento gubernamental de la salud, a pesar de que sistemas similares ya existían en la Unión Soviética (1918) y en Nueva Zelanda (1938).

En teoría, un sistema nacional de salud es un mecanismo universal de distribución de riesgo, bajo el cual toda la población tiene acceso a servicios provistos por el sector público, financiados con ingresos generales. En la práctica, excepto en algunos países de la OCDE, los servicios nacionales de salud generalmente coexisten con uno o más de los otros mecanismos de distribución de riesgo. En la mayoría de los países de ingresos bajo y medio, los ministerios de Salud actúan como un servicio nacional de salud para grandes segmentos de la población, mientras que otros mecanismos, como el sistema de aseguramiento comunitario (en países de bajos ingresos) y el aseguramiento social en salud proveen cobertura para otros segmentos de la población. Esta fragmentación tiende a incrementar los costos administrativos y a limitar la eficiencia y equidad de los mecanismos de distribución de riesgo. Sin embargo, con el objetivo de ser más claros, esta sección se concentra en las características principales

1 Beveridge escribió: "Los beneficios a cambio de una contribución, no son un derecho gratis otorgado por el Estado, es lo que la población de Bretaña desea".

de un sistema exclusivamente financiado con ingresos generales (sistemas "puros"). Esta sección define los sistemas de servicio de salud (recuadro 3.1), examina sus principales fortalezas y debilidades, y analiza los factores clave necesarios para asegurar su desarrollo y efectividad en países en desarrollo.

El impacto económico, la equidad y la simplicidad de las modalidades de financiamiento, dependen de las fuentes de ingreso efectivamente usadas por el gobierno. En teoría, los servicios nacionales de salud puros se desempeñan bien porque distribuyen los riesgos de toda la población y se financian a través del presupuesto del gobierno, que "prepaga" los costos de la atención de salud. Pero es muy difícil dar una opinión general respecto de la equidad, eficiencia y sostenibilidad de estos sistemas de recaudación de ingresos, porque el financiamiento depende de la combinación de impuestos generales y específicos, otras fuentes de ingreso público, y el tipo de ayuda externa que se reciba. Como se discutió en el capítulo 2, a pesar de que los impuestos generales (como el impuesto al ingreso y a las ventas) en teoría se desempeñan mejor que los impuestos específicos o los gastos de bolsillo en términos de recaudación de ingresos, eficiencia y equidad, las características institucionales específicas de las economías de los países en desarrollo usualmente limitan el uso mas efectivo de tales fuentes generales de recursos.

Fortalezas de los sistemas de atención de salud con financiamiento del Estado

Las principales fortalezas de un sistema de atención de salud financiado por el Estado son una consecuencia directa de sus principios organizacionales.

Cobertura comprensiva de la población. Dada su naturaleza no contributiva, los sistemas nacionales de salud son fáciles de extender a todos los ciudadanos, incluyendo los trabajadores en el sector informal. La cobertura comprensiva previene los problemas de selección de riesgo y convierte a los sistemas financiados por el Estado, teóricamente, en la forma más equitativa de financiamiento de la salud. La inclusión de todos los ciudadanos hace que el sistema sea potencialmente muy efectivo en la administración del riesgo por la "Ley de los grandes números". Esta ley aumenta su viabilidad financiera comparada con los sistemas fragmentados.

Gran potencial de recaudación de recursos. A diferencia de los sistemas sociales de aseguramiento en salud, que están financiados principalmente por contribuciones a la nómina salarial, los sistemas nacionales de salud pueden depender de una amplia base de recursos impositiva, y no impositiva. En consecuencia, la carga financiera puede distribuirse entre un porcentaje más grande de la población. A diferencia de muchos sistemas de aseguramiento social en salud, en los cuales la carga se concentra en los trabajadores del sector formal, quienes pueden representar una pequeña por-

Recuadro 3.1 *¿Qué es un sistema nacional de salud?*

Los sistemas nacionales de salud se distiguen por tres características principales: su financiamiento proviene mayormente de ingresos generales del gobierno, proveen cobertura médica a toda la población, y usualmente entregan los servicios de salud mediante una red de proveedores públicos.

Financiamiento de ingresos generales
La mayor parte del tiempo, los servicios nacionales de salud reciben asignaciones presupuestarias de los gobiernos nacionales. En consecuencia, el origen de sus recursos es el mismo que el del presupuesto general. Los recursos incluyen principalmente impuestos generales (a diferencia de impuestos específicos), otros ingresos públicos de la venta de recursos naturales, ventas de activos del gobierno, y peajes públicos (por ejemplo, el peaje cobrado en el Canal del Suez), pero también incluyen préstamos y donaciones internacionales. Sin embargo, en muchos países, los ingresos del gobierno central se complementan con impuestos específicos, o fondos de autoridades locales. En Inglaterra, por ejemplo, para el año fiscal 2005, se estimó que el 74% de los recursos del Sistema Nacional de Salud provendrían de impuestos generales y 20% de "contribuciones al aseguramiento nacional" (impuestos específicos); el resto provendría de fuentes diversas (R. U. Department of Health 2005).

Cobertura universal
En principio, los sistemas financiados con impuestos cubren a todos los ciudadanos, sin importar su estado de salud, ocupación o ingreso. Es decir, en un sistema nacional de servicios de salud, la cobertura de atención se considera un atributo de la ciudadanía.

Sistema de entrega de salud pública
Aunque no existe una conexión automática entre la fuente de financiamiento de los servicios de salud y el modo cómo éstos se ofrecen, muchos sistemas con financiamiento de recursos generales dependen principalmente de proveedores públicos. Allí, el Ministerio de Salud encabeza una red de proveedores públicos organizados como un sistema nacional de salud. Las instalaciones son del gobierno, y el personal empleados públicos. Sin embargo, algunos países reembolsan o contratan con proveedores privados. Aunque un estudio de las ventajas y desventajas de la provisión pública de servicios no es objetivo de este análisis (*ver* Banco Mundial 2004), el punto clave no es la propiedad o el tipo de proveedores, sino cómo asegurar que cualquier enfoque resulte en mecanismos de adquisición eficientes y equitativos que promuevan la eficiencia asignativa y técnica y garanticen el acceso a la población cubierta.

Fuente: Los autores.

ción de la población (especialmente en países de ingreso bajo y medio), los sistemas nacionales de salud pueden financiarse con impuestos al valor agregado, impuesto a las ventas, o impuesto a las importaciones, que afectan a toda la población (Savedoff 2004b). De hecho, los sistemas financiados por el Estado están mucho más desarrollados en general en estos países de ingreso bajo y medio, en donde el sector informal representa un porcentaje importante de la población.

Un modo simple de gobernabilidad y potencial para una administración eficiente y control de costos. La mayoría de los sistemas nacionales de salud son sistemas integrados en los cuales las responsabilidades están organizadas de modo jerárquico. Esta organización hace que la gobernabilidad sea mucho más simple que en sistemas menos coordinados que involucran a múltiples agentes. Existe una cadena jerárquica de comando y control y gobierno que va directamente desde el jefe de Estado o Parlamento, al Ministro de Salud y, en algunos casos, a las autoridades locales. Cuando se utilizan proveedores públicos, existe una línea directa de autoridad entre los proveedores y la autoridad financiera que los supervisa. La simplicidad de la gobernabilidad ofrece la oportunidad de organizar el sistema de salud más eficientemente y con menores costos de transacción. Por esta razón, en muchos países en desarrollo, los sistemas financiados por el Estado permitieron la implementación de programas exitosos de salud pública. Sin embargo, en algunos países, en donde el gobierno central comparte las responsabilidades con las autoridades locales, los esquemas de decisión no son muy claros y surgen problemas de coordinación. Con el énfasis reciente en las reformas de descentralización en muchos países que tienen un sistema nacional de salud (se discute en el capítulo 6), esta situación se está desarrollando. Finalmente, los sistemas financiados por el Estado también están muy expuestos a presiones políticas, lo que limita su capacidad de tomar decisiones puramente racionales (esto se discute después).

Los sistemas con financiamiento del Estado, al tener una única agrupación de riesgo, también se pueden beneficiar de economías de escala, lo que los hace potencialmente más eficientes que los sistemas fragmentados. Es más, a pesar de la gran diversidad de casos, los sistemas nacionales de salud parecen controlar los gastos de salud más efectivamente que otros sistemas. Este control surge del hecho de que estos sistemas "combinan" en una sola autoridad el incentivo y la capacidad de contener los costos en mayor medida que con cualquier otro mecanismo de financiamiento" (Evans 2002, p. 45). Claro está que esto sólo es cierto si el control de costos es una prioridad para el gobierno. El alcance de esta ventaja depende de la estructura de la provisión de servicios de salud. Ciertas ineficiencias pueden acompañar este mecanismo, como una estructura de proveedores exageradamente grande, y una limitada autoridad o capacidad administrativa de parte del Ministerio de Salud. En la década de los 70, muchos sistemas de salud financiados con impuestos en países de la OCDE estaban entre los más costosos. Pero desde 1990, el control de los gastos de salud ha

pasado a ser uno de los temas más importantes para los países de altos ingresos, y los únicos sistemas que han logrado reducir la participación del gasto de salud en el PIB fueron aquellos financiados mediante ingresos generales (Evans 2002). Estos temas se discuten en mayor medida en el capítulo 9.

Debilidades de los sistemas de salud con financiamiento estatal

Financiamiento inestable. Como los sistemas nacionales de salud están financiados por el presupuesto general, la cantidad de financiamiento disponible depende del resultado de las discusiones anuales del presupuesto y es vulnerable a cambios en las prioridades políticas o a cambios externos inesperados (como un conflicto militar que requiere un gasto adicional en defensa). Los ministerios de Salud tienen que competir con otros sectores por los mismos recursos, lo cual no ocurre cuando el sistema está financiado mediante impuestos específicos o contribuciones. Aunque este proceso, en teoría, le permite a la población expresar sus prioridades financieras, esto también explica las quejas de escaso financiamiento y mala calidad que son comunes en los sistemas con financiamiento de impuestos, en particular cuando se comparan éstos con el aseguramiento social o privado, en donde el debate de los principales sistemas de salud se concentra en el control de costos (Savedoff 2004b). Este problema es aún más serio en los países de bajos ingresos, en los cuales la base impositiva es muy pequeña. A partir de datos de cuentas nacionales de salud, la Comisión en Macroeconomía y Salud encontró que la participación del gasto total del gobierno en salud fue en casi todos los casos de menos del 10% en los países en desarrollo (OMS 2002). La cantidad destinada al sector salud también refleja el relativo poder institucional, tradicionalmente débil, de los ministerios de Salud al interior del gobierno y, particularmente, en relación con el Ministerio de Finanzas (Mossialos y Dixon 2002).

Beneficios desproporcionados para los ricos. Se asume que los sistemas nacionales de salud están diseñados para ofrecer servicios de salud a toda la población. Buscan asegurar un acceso equitativo a los servicios de atención para todos los ciudadanos, sin importar su ingreso. Pero la realidad es un poco diferente. En muchos países de ingreso bajo y medio, los servicios de salud tienden a ser usados principalmente por hogares urbanos de ingreso alto y medio. Los análisis de incidencia de beneficio en siete países de África, que tienen sistemas financiados por el Estado, muestran claramente este patrón (Castro-Leal y otros 1999). En todos estos países, el 20% más pobre de la población recibe una parte significativamente más pequeña del subsidio público que el 20% más rico. Con excepción de un país, en el cual los ricos usan la atención privada, la participación destinada al 20% más rico de la población es mucho más que el 20% (entre 24 y 48%), mientras que la participación recibida por el 20% más pobre es sistemáticamente menor que el 20% (entre 4 y 17%).

Varios factores explican este fenómeno. Primero, los pobres tienden a usar menos servicios de salud cuando están enfermos que los ricos, principalmente porque tienen problemas de acceso (los servicios de salud se encuentran generalmente lejos de donde ellos viven) y tienen altos costos de oportunidad por el tiempo que pierden de trabajo (Castro-Leal y otros). En algunos casos, las tarifas por usuario, exigidas por el gobierno para complementar los recursos públicos, también limitan su acceso a la atención de salud. Segundo, existe un uso desproporcionado de los servicios hospitalarios más costosos de parte de los ricos, mientras que los pobres usan primariamente instalaciones de atención primaria locales que son menos costosas (OMS 2000). Tercero, estudios de país muestran que los servicios locales de salud usualmente no satisfacen a la población (por razones tales como un personal no confiable o la falta de disponibilidad de medicamentos). Entonces, las personas que viven en áreas remotas, sin acceso a hospitales urbanos, tienen que pagar médicos más accesibles, pero no cubiertos, con sus propios recursos (OMS 2002). Finalmente, los profesiona-

Recuadro 3.2 *Pagos informales a proveedores de servicio de salud en Azerbaiyán*

Los proveedores de servicio de salud en Azerbaiyán, que sólo ganan el 28% del salario promedio del país, usualmente buscan fuentes complementarias de ingreso. Los pagos directos de los pacientes representaron el 57% del gasto total en salud en 2001. Algunos de estos pagos son tarifas formales a los usuarios introducidas en 1998 para determinados servicios provistos en instalaciones financiadas por el gobierno. Pero también incluyen una gran cantidad de tarifas informales, incluyendo tarifas por medicamentos e insumos médicos, tarifas por la visita de pacientes, pagos directos no oficiales a los doctores y a otros miembros del servicio de salud por los servicios provistos y pagos por posiciones obtenidas en instituciones médicas.

El *Análisis de pobreza* (*Poverty Assessment*) del Banco Mundial del 2003 estima que los costos no oficiales del nacimiento de un niño varían entre US$100 y 150 en ciudades pequeñas, hasta llegar a US$300 y US$700, en hospitales de Baku, casi 14 veces el salario mensual promedio (Banco Mundial 2005).

En conjunto, se estiman que las tarifas informales constituyen el 20% de todos los gastos en salud, creando serios problemas de acceso para los pobres. Aún así, son vistos más como un modo de complementar el financiamiento insuficiente del gobierno, que como una forma de corrupción.

Fuente: Holley, Akhundov y Nolte 2004.

les de la salud que atienden a las personas con cobertura pública, cobran a veces a sus pacientes tarifas ilícitas ("tarifas informales"), que excluyen automáticamente a los pobres (recuadro 3.2), o usan instalaciones financiadas con recursos públicos para atender a sus pacientes privados. Este patrón se facilita por la incapacidad de muchos gobiernos de controlar la actividad de los hospitales públicos (OMS 2000).

Ineficiencias potenciales en la entrega de servicios de salud. En países con una larga historia de sistemas nacionales de salud, ha habido continuas críticas sobre la falta de eficiencia del sistema. Tales críticas se ven reforzadas por el hecho de que en muchos países los usuarios no tienen acceso a proveedores alternativos de servicios. Las mayores críticas tienen que ver con el envejecimiento de la infraestructura, personal que no está atento a las necesidades de los pacientes, incapacidad de reducir o reorientar las prioridades, abuso de poder monopólico, tecnología médica obsoleta comparada con el sector privado, y listas de espera para tratamientos que no son urgentes. Sin embargo, se debe notar que muchas de estas críticas se concentran más en la oferta que en el financiamiento.

En las últimas dos décadas, muchas reformas se han concentrado en mejorar la eficiencia del sistema, principalmente mediante la descentralización y la introducción de mercados internos (que incluyen la separación de las funciones de compra y provisión; reforma a los mecanismos de pagos de proveedores; y diversas formas de autonomía hospitalaria, incluyendo la privatización) (Enthoven 1985). Este fenómeno también refleja la reducción general del papel del Estado en el mundo mediante la "transformación de economías planeadas centralmente hacia economías con orientación de mercado, reducción de la intervención del Estado en las economías nacionales, menores controles gubernamentales, y mayor descentralización" (OMS 2000, p. xiv).

Tal vez, la reforma más ambiciosa y simbólica sea la iniciada en Gran Bretaña en marzo de 2000, con la publicación del "Plan NHS". Dirigido a mejorar la eficiencia y aumentar la devolución, al mismo tiempo que se incrementan los recursos asignados al sistema Nacional de Servicios de Salud (NHS), este plan aún está siendo implementado. Sin embargo, importantes restricciones a la implementación completa y el funcionamiento de tales reformas se han presentado en muchos países (por ejemplo, Ucrania y Portugal). Esto ocurre generalmente porque es difícil que los proveedores públicos ajusten sus organizaciones sin una gran reforma a la administración del sector público, particularmente a la administración de personal (por ejemplo, los desafíos impuestos por estatutos rígidos de derechos civiles). De manera más general, está asociado con la dificultad de reformar organizaciones que han existido por muchos años.

Sensibilidad a presiones políticas. Los sistemas financiados con impuestos están muy expuestos a la presión política. Como el gobierno es el responsable directo del siste-

ma, no puede ignorar las presiones del público, de los sindicatos representantes de los profesionales del sector, o de los políticos locales, defendiendo los intereses de sus electores. Esta situación puede resultar en decisiones irracionales e ineficientes y a prevenir la implementación de reformas necesarias, como el cierre o la fusión de un hospital, la reducción de personal.

Factibilidad de sistemas de atención de salud financiados por el Estado en países en desarrollo

Capacidad de recaudación de ingresos. La habilidad de un país de recaudar ingresos depende primariamente de su situación económica, que afecta su potencial de cobrar impuestos y generar ingresos (*ver* capítulo 2). Por ello la capacidad de recaudar ingresos está directamente correlacionada con el ingreso, aunque existan importantes variaciones regionales. En particular, como se ve en el capítulo 2, los países con ingresos importantes provenientes de petróleo o gas (como los del Medio Oriente y la región del África septentrional), o los sistemas centralizados de recaudación de ingresos creados bajo el socialismo, tienen mayores cocientes de ingresos con respecto al PIB. Por el contrario, los países del Asia oriental y el Pacífico o de América Latina y el Caribe tienen bajos cocientes, que pueden ser el resultado de una administración ineficiente de los impuestos o por preferencias individuales, y no por responsabilidad gubernamental (Schieber y Maeda 1997).

Como se discutió en el capítulo 2, a pesar de que los países de bajos ingresos pueden movilizar entre 1-4% del PIB en ingresos domésticos, el desempeño de la recaudación de ingresos en las últimas décadas ha sido bastante desalentador –incluso estacionario en algunas regiones. Dado que las proyecciones futuras de crecimiento económico son también modestas, los países de bajos ingresos en particular enfrentarán grandes desafíos para obtener los ingresos adicionales de parte del gobierno. En consecuencia, recaudar recursos adicionales para la salud, a través de una movilización doméstica de recursos constituye un gran desafío para los países en desarrollo: tienen que mejorar su administración impositiva, y al mismo tiempo mejorar el crecimiento y construir consenso a favor de la aceptación de impuestos entre la población, en especial por parte de la élite.

Calidad de la gobernabilidad y de las instituciones. La importancia crucial de una administración fuerte de impuestos ya se ha resaltado. La calidad de las instituciones de un país también juega un papel clave en la determinación de la efectividad del gasto en salud, como se presenta en los capítulos 5 y 6. Algunas investigaciones han mostrado que el gasto adicional del gobierno en la salud tiene un impacto pequeño en los indicadores clave de salud de los ODM en países con limitada gobernabilidad

(medida según el mecanismo del Banco Mundial para evaluar las instituciones de un país –el índice de Evaluación de las Políticas e Instituciones de un País (CPIA, por las iniciales en inglés de Country Policy and Institutional Assessment) (Wagstaff y Claeson 2004). Por ello, para los países de ingreso bajo y medio es crucial poder contar con instituciones sólidas y competentes para asegurar la calidad del sistema de salud financiado por el Estado.

Habilidad de focalizarse en los pobres y, al mismo tiempo, mantener la universalidad del sistema. Es esencial asegurar un acceso igualitario a los servicios de salud, particularmente en los países en desarrollo. Como los beneficios de salud usualmente alcanzan más a los más ricos, se deben implementar medidas específicas para mejorar la focalización del gasto en los pobres. Primero, las reasignaciones presupuestarias hacia servicios de atención primaria deberían mejorar la situación, pero sólo si la calidad de los servicios locales de salud se mejora al mismo tiempo. Sin embargo, la focalización en los pobres no debe llevar a una situación en la cual el sistema no atienda las necesidades de la población de ingreso medio y alto. De otro modo, esta población utilizará cada vez más proveedores privados y se negará a apoyar el sistema público. Tal desplazamiento de los servicios públicos puede tener consecuencias negativas para todo el sistema. De hecho, la "coalición que respalda el financiamiento mediante impuestos, puede comenzar a debilitarse" (Evans 2002, p. 51). En este sentido, el desafío clave para un sistema nacional de salud es asegurar que las instalaciones que se financian con fondos públicos ofrezcan servicios de buena calidad, de modo que los segmentos más ricos de la población los continúen usando.

Sistema de aseguramiento social

El sistema de aseguramiento social se distingue del sistema con financiamiento de ingresos generales por la presencia de fondos de aseguramiento independientes o cuasiindependientes, su dependencia de las contribuciones a la nómina salarial, y una relación clara entre estas contribuciones y un conjunto de derechos definidos para la población asegurada. El sistema de aseguramiento social en salud se ha establecido en más de 60 países, comenzando con Alemania a finales del siglo XIX. Veintisiete países han logrado la cobertura universal mediante este sistema (Carrin y James 2004). El sistema de aseguramiento social es particularmente popular en países de la OCDE, pero también se usa en algunos países en desarrollo, especialmente en América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Perú, Uruguay, República Bolivariana de Venezuela y otros) y, en menor medida, en otras partes del mundo (Argelia, Kenia, Líbano y Túnez). En la actualidad, muchos países de ingreso bajo y medio han establecido, o están

considerando establecer, un sistema de aseguramiento social en salud (Bosnia y Herzegovina, China, Croacia, Estonia, Ghana, Hungría, Indonesia, República de Kirguistán, Macedonia, Moldavia, Marruecos, Nigeria, Filipinas, Polonia, Federación Rusa, Serbia, Eslovenia, Tanzania y Vietnam).

Usualmente, los diseñadores de política ven el aseguramiento social en salud como un modo efectivo de obtener recursos adicionales para la salud y como un medio para reducir la carga financiera de la cobertura de salud (Carrin 2002). También existe la presunción de que los individuos pueden estar más dispuestos a pagar impuestos (pagar impuestos a la nómina salarial) si existe un derecho individual específico que acompaña dicho impuesto (beneficio del impuesto). En algunos casos, especialmente en países que experimentaron un gobierno comunista, el aseguramiento social ofrece la oportunidad de reducir el papel del Estado o de constituir instituciones democráticas y participativas (como en China, Estonia y Hungría). Finalmente, los países que solían tener un sistema nacional de salud o sistemas "Beveridge" pueden experimentar con el sistema de aseguramiento social como un modo de mejorar la eficiencia del sistema de atención de salud mediante la "contratación externa" (*outsourcing*) de cobertura de aseguramiento en salud (como en Jamaica, Kenia y Malasia).

Muchos donantes, especialmente en Europa, tienden a apoyar a los gobiernos que desean implementar el seguro social en salud, dada su larga y positiva experiencia con el sistema en sus propios países. Sin embargo, no existe consenso respecto de los méritos del aseguramiento social en salud. Algunos investigadores creen que puede ser introducido exitosamente sólo en países con determinadas características y que, en la mayoría de los países en desarrollo, en lugar de mejorar la situación, puede aumentar los problemas de gobernabilidad del sistema de salud (Savedoff 2004a).

Para ayudar a resolver este debate, es necesario concentrarse en la definición de un sistema de aseguramiento social (recuadro 3.3), sus debilidades y fortalezas, y la factibilidad económica, administrativa y política de su implementación en países de ingreso bajo y medio.

Principales características técnicas del aseguramiento social en salud

Financiamiento mediante contribuciones a la nómina salarial del empleado y empleador. En la mayoría de los países, el financiamiento del sistema de aseguramiento social se basa principalmente en las contribuciones a la nómina salarial realizadas por los empleados y empleadores. Sin embargo, existen grandes diferencias entre los países en relación con la ausencia o existencia de límites a la contribución, la distribución de la contribución de empleados y empleadores, la uniformidad de la tasa, y la recepción de otros tipos de recursos (Normand y Busse 2002).

Los impuestos generales comúnmente continúan siendo una fuente importante de ingresos para los sistemas de atención de salud en países con aseguramiento so-

cial. De hecho, las contribuciones pueden no ser suficientes para alcanzar la cobertura universal, porque el número de personas a cubrir es mayor que el número que efectivamente contribuye al sistema. En consecuencia, generalmente son necesarios subsidios gubernamentales (Carrin y James 2004). En algunos países, como Armenia y Lituania, los fondos de aseguramiento social fueron incluso creados totalmente de transferencias provenientes de ingresos generales.

La ayuda externa y los impuestos específicos son otra fuente de financiamiento usualmente empleada para subsidiar el aseguramiento social. En algunos países, los impuestos específicos están dirigidos a productos que afectan la salud de las personas (por ejemplo, tabaco y alcohol) para reducir su consumo.

Administración de fondos de aseguramiento sin fines de lucro. En la mayoría de los esquemas de aseguramiento social en salud, el Estado define las características princi-

Recuadro 3.3 ¿Qué es el aseguramiento social en salud?

Definir el aseguramiento social en salud no es fácil. Para algunos autores, incluye cualquier tipo de esquema de aseguramiento sin fines de lucro. Para otros, se refiere exclusivamente a un sistema estilo Bismarck[1] (Savedoff 2004a). En consecuencia, el mejor modo de entender el aseguramiento social en salud puede ser adoptar un enfoque pragmático y concentrarse en los principios y características más comunes de los sistemas de aseguramiento social existentes. Este intento de definir un sistema de aseguramiento social con mayor precisión es necesariamente vulnerable a criticismos, ya que raramente estas características se presentan juntas, y porque se pueden observar importantes diferencias en la organización de los sistemas de financiamiento de la salud identificados como de "aseguramiento social en salud". Algunos incluso usan el vocabulario del aseguramiento en salud, aunque han desarrollado grandes similitudes con el sistema de financiamiento del gobierno (Normand y Busse 2002). Sin embargo, no parece posible usar un método más "científico".

Esta discusión se concentra en cuatro principios subyacentes. Las características técnicas que le otorgan una expresión concreta a estos principios se discuten a continuación.

(Continúa en la página siguiente)

1 Definido como "un sistema nacional de seguridad social y de aseguramiento en salud introducido en el Imperio alemán del siglo XIX bajo el entonces canciller Bismarck. Este sistema es obligatorio por ley para la mayor parte, o toda la población, para lograr aseguramiento en salud con un tercer pagador designado a través de contribuciones no asociadas al riesgo, que se mantienen separadas de los impuestos u otros pagos obligatorios definidos por la ley" (Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud 2005).

(Continuación recuadro 3.3)

Primero, en sistemas de aseguramiento social, la membresía es obligatoria para un grupo específico de la población. Usualmente, la mayoría de los países atraviesan por dos etapas –que pueden tomar varias décadas–, partiendo de esquemas de aseguramiento basados en el empleador hasta llegar a esquemas obligatorios para grupos específicos de empleo (como los empleados públicos o trabajadores industriales), antes de extender progresivamente el aseguramiento en salud a toda la población (Carrin y James 2004). Este proceso "incremental" se ha observado tanto en países que han usado por mucho tiempo el aseguramiento social como un modo de proveer cobertura universal, como Alemania, y en aquellos que lo han adoptado más recientemente, como la República de Corea (Bärnighausen y Sauerborn 2002).

Segundo, existe una relación directa entre el pago de las contribuciones para financiar el sistema y la recepción de beneficios de atención médica, aunque existen excepciones a esta regla (las contribuciones de personas con ingresos insuficientes pueden ser financiadas por el gobierno, de modo que estas personas puedan ser incluidas en el sistema). Sólo los contribuyentes tienen el derecho de acceder a ítems específicos de atención. Esto es diferente del sistema nacional de salud, en donde el servicio de atención se ofrece a toda la población pero sólo si los recursos necesarios se encuentran disponibles. En los países con sistemas de aseguramiento social, al menos en principio, "existe un compromiso público de dar y recibir bajo determinadas condiciones prescritas por las leyes y regulaciones" (Ron, Abel-Smith y Tamburi 1990).

Tercero, el concepto de solidaridad social es esencial en todos los sistemas de aseguramiento social en salud. La aplicación de este concepto implica un alto nivel de subsidios cruzados en el sistema, entre ricos y pobres, personas con riesgo alto y bajo, individuos y familias.

Cuarto, la administración del aseguramiento social en salud implica cierto nivel de autonomía de parte del gobierno, usualmente mediante organizaciones cuasiindependientes a cargo del sistema.

Fuente: Los autores.

pales del sistema: las condiciones de afiliación, el contenido del paquete de beneficios, y el modo como se calculan y recaudan las contribuciones (Busse, Saltman y Dubois 2004). Sin embargo, la mayoría de los sistemas de aseguramiento social están administrados por fondos de enfermedad que son, al menos en cierta medida, separados del gobierno.

Estos fondos de enfermedad son usualmente instituciones sin fines de lucro supervisadas por el gobierno. Su papel y organización son establecidos por el Estado. Pero se benefician de cierto nivel de libertad administrativa y usualmente son administrados por una junta directiva, con la elección de algunos de sus miembros. De modo usual, la junta directiva incluye a los principales interesados. Estos fondos de aseguramiento generalmente recaudan las contribuciones directamente, aunque en algunos casos, primero el Estado recauda los recursos y luego éstos se redistribuyen a los fondos existentes. Los fondos de aseguramiento social financian servicios de salud provistos en sus propias instalaciones o por proveedores públicos o privados. En el caso de los proveedores privados y públicos, los fondos cubren directamente todo o parte de los costos de los proveedores, o los cubren indirectamente al reembolsar a la población asegurada, y la relación entre los proveedores y el fondo está generalmente determinada por contratos. Estos contratos pueden especificar los precios de los servicios cubiertos, pueden definir términos en lo que se refiere a la calidad de la atención, y esquemas de pago, entre otros elementos.

Dependiendo del país, pueden existir múltiples fondos (como en Argentina, Chile, Colombia, Francia, Alemania, Japón, Holanda y Rusia) o solo uno (como en Estonia y Hungría). La asignación de los beneficiarios a un fondo particular puede depender del empleo (como en Argentina, Bolivia y México), de la geografía o la edad (como en Japón), o puede ser una elección del individuo (como en Chile, Colombia y Alemania). Usualmente el número de fondos no es el resultado de una elección deliberada, sino que tiene que ver con la historia. Como resultado, muchas veces es imposible erradicar o unir fondos locales existentes o basados en el empleo cuando se implementa un esquema más general de aseguramiento social.

En los sistemas existentes, existe generalmente una evolución progresiva hacia un menor número de fondos con el objetivo de lograr una mejor distribución del riesgo y economías de escala. Tener un número menor de fondos reduce los costos administrativos y distribuye el riesgo entre un número más grande de miembros, aunque existe un *trade-off* entre eficiencia y la posibilidad de elección del cliente, que puede promoverse mediante una mayor competencia entre fondos (Bärnighausen y Sauerborn 2002). Adicionalmente, cuando sobreviven varios fondos, generalmente se implementan mecanismos financieros para compensar las diferencias en sus ingresos y gastos estándar (como en Francia). Finalmente, si varios fondos son autorizados a competir, los costos administrativos del sistema son generalmente más altos debido a los costos involucrados en los esfuerzos de atraer clientes.

Existencia de un paquete de beneficios. Los sistemas de aseguramiento social usualmente cubren total o parcialmente un paquete definido de beneficios para todos sus miembros. Este paquete de beneficios es más o menos comprensivo, dependiendo de los recursos del sistema.

Aparte de estas pocas características comunes, los sistemas de aseguramiento social generalmente varían bastante en su estructura y alcance. Esto es particularmente cierto en lo que se refiere a la entrega de atención de salud y a la relación paciente-proveedor. En los países de Europa occidental, los sistemas de aseguramiento social generalmente ofrecen atención mediante la contratación con proveedores públicos y privados, y las personas se benefician de la elección individual de proveedores y de la libertad de acceso, aunque algunos países han implementado controles a la entrada del sistema. Por el contrario, en muchos países en desarrollo, los fondos de enfermedad proveen atención a la población asegurada mediante sus propios proveedores (como en la República Árabe de Egipto, India, República Islámica de Irán, Jordania, Turquía y gran número de países de América Latina) y la elección del proveedor por parte de los beneficiarios es restringida.

Fortalezas del sistema de aseguramiento social en salud

El desempeño del aseguramiento social en salud puede evaluarse según la caracterización de la OMS del propósito de los esquemas de financiamiento de salud: "ofrecer disponibilidad de financiamiento, así como establecer los incentivos financieros adecuados para los proveedores, para asegurar que todos los individuos tengan acceso a salud pública y a personal de atención de salud efectivos" (OMS 2000, p. 95). Dado que el aseguramiento social es básicamente un mecanismo de recaudación de recursos, también es necesario considerar la justicia de las contribuciones financieras y el impacto del sistema en la economía. Usando estos diferentes criterios de evaluación, a continuación se describen las ventajas y desventajas del aseguramiento social en salud.

Más recursos para el sistema de atención de salud. El aseguramiento social es visto generalmente como un mecanismo fácil y efectivo para recaudar recursos para mejorar la salud. De hecho, se asume que las contribuciones sociales son más fáciles de recaudar que los impuestos generales, ya que el empleador puede deducirlas directamente de los salarios. Aún más importante, los ciudadanos pueden estar más dispuestos a pagar su contribución porque la destinación del dinero es visible, específica y relacionada con una necesidad vital. Finalmente, en las situaciones en las cuales no hay espacio para incrementar el gasto del gobierno en salud, los países pueden optar por buscar una base de recursos más diversa, destinada específicamente a la salud. Esto ocurrió en la mayoría de los países de Europa oriental a finales de la década de 1980 y principios de 1990, cuando fue necesario reducir el gasto real en salud en los primeros años de la transición: 17 países introdujeron contribuciones a la nómina salarial, diez como mecanismo predominante de financiamiento y siete como un recurso complementario a los impuestos generales y a los gastos de bol-

sillo. Sin embargo, los resultados de esta política han sido un poco desalentadores (*ver* abajo).

Menos dependencia en negociaciones presupuestarias que los sistemas financiados por el Estado. Los sistemas financiados con impuestos a la nómina salarial están menos sujetos a las negociaciones anuales del presupuesto que aquéllos cuyos fondos provienen de impuestos generales. En consecuencia, se consideran como una fuente de financiamiento más estable. Sin embargo, el financiamiento del aseguramiento social con contribuciones salariales exclusivamente puede no generar los recursos suficientes, en especial si los hacedores de política desean cubrir más población de la que contribuye al sistema. De hecho, los desempleados, jubilados, estudiantes y pobres también necesitan cobertura. Por consiguiente, en muchos sistemas de aseguramiento social, las contribuciones se complementan con subsidios gubernamentales financiados mediante impuestos generales. Es más, en algunos países, los gobiernos ofrecen garantías a la deuda de los fondos de aseguramiento social (como en Francia). Finalmente, la mayoría de los sistemas de aseguramiento social son financiados con mecanismo de pagos continuos a lo largo del ciclo de vida. Como consecuencia de la transición demográfica, grandes obligaciones contingentes se acumulan a favor de los futuros jubilados, particularmente en países en desarrollo, creando serios cuestionamientos sobre su solvencia de largo plazo.

Alta dimensión redistributiva. Los sistemas de aseguramiento social en salud existentes, usualmente son altamente redistributivos, con subsidios cruzados entre individuos de altos ingresos hacia los participantes de bajos ingresos (especialmente si no existe un límite superior en el ingreso que está sujeto a contribuciones), de participantes de riesgo alto a los de riesgo bajo (el riesgo individual de salud no afecta el nivel de contribución), de los jóvenes hacia los viejos, y de individuos a las familias (usualmente, los dependientes de la persona que contribuye están cubiertos, sin incremento en la contribución pagada).

No existe una conclusión clara respecto a la progresividad relativa de las contribuciones sociales *versus* el financiamiento por ingresos generales. Sin embargo, algunos estudios muestran que las contribuciones sociales son menos progresivas o, en el mejor de los casos, progresivas (Normand y Busse 2002). Obviamente, en países con límites superiores en el ingreso que es sujeto a contribuciones, la progresividad es limitada.

Fuerte apoyo de la población. Los países con una larga historia de aseguramiento social en salud tienden a presentar un apego muy fuerte, e incluso emocional, hacia el sistema. Las razones para este fenómeno descansan principalmente en el hecho de que los sistemas de aseguramiento social se perciben como financiados y ofrecidos por una entidad privada (que le da al paciente el estatus de cliente), administrada

por los mismos participantes, y (lo que es más importante) como muy estables en su organización y financieramente hablando. El aseguramiento social también es visto como un modo de promover la solidaridad, y dar poder a los ciudadanos mediante la participación (Saltman 2004).

Cualesquiera sean las razones, este fenómeno no se puede negar y puede explicar parte del atractivo del aseguramiento social en países que buscan implementar un sistema nuevo de financiamiento de la salud. Adicionalmente, en muchos de estos países, cuando los gobiernos no han logrado ofrecer una buena cobertura a la población, el aseguramiento social se ve como una solución de última instancia. Pero el aseguramiento social en salud también tiene grandes desventajas y, para que pueda implementarse exitosamente, es mejor si los países cumplen con las condiciones discutidas anteriormente.

Debilidades de los sistemas de aseguramiento social en salud

Posible exclusión de los pobres. Muchos países comienzan implementando un seguro social en salud para una parte limitada de la población. Usualmente, cubre en primer lugar a los servidores públicos y a los empleados de grandes empresas privadas. En su etapa inicial, los segmentos más pobres de la población (la mayoría trabajadores de sectores informales y desempleados) no tienen cobertura o están cubiertos por el Estado, aunque los gobiernos generalmente afirman que la cobertura universal es el objetivo último de la reforma. Sin embargo, existe el riesgo de que el sistema no cubra más allá de la pequeña base inicial de trabajadores del sector formal y que, en lugar de mejorar la situación de los grupos más pobres, aumente la desigualdad (Conn y Walford 1998)

Primero, usualmente es muy difícil y costoso agregar los trabajadores del sector informal a la población cubierta. Ellos tienden a vivir en áreas remotas y no entienden del todo los beneficios que pueden obtener de ser parte del sistema, y su ingreso es muy difícil de calcular. Segundo, se necesitan subsidios públicos a la infraestructura de salud para suplementar los recursos provenientes de las contribuciones. Este fenómeno desvía dinero a la población asegurada que de otro modo habría podido usarse para financiar servicios para los pobres. Tercero, en la mayoría de los países en desarrollo, la administración de impuestos es débil, lo que dificulta la recaudación de impuestos de los trabajadores del sector rural e informal.

Impacto económico negativo de las contribuciones a la nómina salarial. Aunque en teoría y en el largo plazo, un impuesto a los salarios recaería sobre los empleados, en algunos países en donde los mercados de productos y de trabajo no son muy competitivos, los empleadores pueden no estar en condiciones de reducir los salarios para compensar el incremento en la contribución salarial en el corto plazo. En consecuen-

cia, las contribuciones a la seguridad social pueden incrementar el costo laboral y, a su vez, generar mayor desempleo. También pueden reducir la competitividad del país y ahuyentar inversiones, reduciendo así el crecimiento de la economía. Es más, si el gobierno es un gran empleador, las contribuciones salariales aumentarían significativamente el gasto público.

Incluso en países desarrollados, como Francia, las contribuciones sociales han sido señaladas como las culpables del alto nivel de desempleo. Esto llevó a una gran reforma en el financiamiento del sistema de aseguramiento social en salud, que buscaba reducir el peso de las deducciones a la nómina salarial, transformando las contribuciones de los empleados en un impuesto sobre los ingresos de todo tipo (salariales, beneficios sociales, ganancias de capital, ingresos por juegos de azar).

Complejo y costoso de manejar. Estos sistemas involucran a muchos participantes diferentes, interacciones complejas y tareas complicadas –y todas ellas deben ser administradas. Entre otras funciones, los fondos de enfermedad deben muchas veces negociar contratos con los proveedores y establecer mecanismos apropiados de monitoreo. Deben reembolsar los gastos de la población asegurada y controlar su consumo para evitar abusos. También tienen la responsabilidad de manejar grandes cantidades de dinero, lo cual implica invertir las reservas cuando existen y asegurar la solvencia de largo plazo del fondo. El gobierno debe establecer reglas de supervisión efectivas, para evitar fraudes y promover la eficiencia. Finalmente, se deben crear nuevos mecanismos para recaudar las contribuciones sociales.

En consecuencia, en los sistemas de aseguramiento social, los costos administrativos son más altos que los de un sistema nacional de salud. En los casos en los cuales estas tareas no se han manejado apropiadamente, la implementación del aseguramiento social no ha sido muy exitosa. Este es el caso de muchos países de América Latina, en donde una débil regulación e instituciones de salud ineficientes han limitado el desarrollo del aseguramiento social en salud.

Costos crecientes. El aseguramiento social, como los sistemas nacionales de servicios de salud, puede generar un exceso de demanda de los servicios de salud, porque los costos de tales servicios están altamente subsidiados (riesgo moral). También puede llevar a una oferta excesiva de servicios cuando se aplican tarifas por servicios sin las herramientas regulatorias apropiadas. Adicionalmente, muchas veces es más fácil incrementar las contribuciones sociales, que en general son bien aceptadas por la población, que reducir los beneficios, porque las personas sienten que han pagado por su beneficio. Finalmente, la administración de los fondos la hace gente que representa diferentes intereses (miembros del sindicato de trabajadores u organizaciones de trabajadores, empleados públicos, autoridades locales), lo que hace muy difícil la toma de medidas radicales. Estas tendencias se han observado en países con una

larga historia de aseguramiento social en salud. Por todas estas razones, los países con aseguramiento social generalmente gastan más dinero en salud que aquéllos con un sistema nacional de salud (*ver* capítulo 9).

Poca cobertura de enfermedades crónicas y de atención preventiva. Los pagos a proveedores mediante tarifas por servicio y la libertad de acceso a los servicios de atención de salud –usualmente considerados atributos de tales esquemas– hacen del aseguramiento social en salud un sistema muy eficiente para cumplir con las necesidades de salud que pueden ser provistas por un proveedor individual durante una sola consulta. Por el contrario, no es el mejor sistema para enfermedades crónicas, que requieren la intervención de varios profesionales y una fuerte coordinación entre ellos. Tampoco es ideal para la atención preventiva, como las inmunizaciones y pruebas, porque la relación entre los servicios de salud pública administrados por el gobierno, los proveedores privados y los fondos de enfermedad es generalmente muy débil para facilitar una cooperación adecuada (McKee, Delnoij y Brand 2004).

Factibilidad de implementación del aseguramiento social en salud en países en desarrollo

Como lo muestra esta lista de debilidades y fortalezas, el aseguramiento social en salud no es un sistema intrínsecamente bueno ni malo. De hecho, el éxito de su implementación en un país determinado depende de la presencia de una serie de precondiciones y de las habilidades del gobierno en influenciarlas.

Nivel de ingreso. Una gran variedad de países comenzaron a implementar el seguro social de salud cuando su PIB estaba en el rango de ingreso medio bajo, y tuvieron un fuerte crecimiento económico durante el período de transición hacia la cobertura universal (Carrin y James 2004). De hecho, es fácil absorber nuevos contribuyentes en una economía próspera. En países donde el crecimiento es nulo o muy bajo, es mejor esperar, porque el aseguramiento social no podrá movilizar los recursos adicionales suficientes. Corea es un buen ejemplo de rápida implementación del aseguramiento social, gracias a una economía creciente. Durante la principal fase de extensión (1977-89), la tasa promedio anual de crecimiento del PIB per cápita era de 13,3%. Por eso, la cobertura universal se logró sólo 26 años después de la creación del primer fondo voluntario de salud en 1965 (Bärnighausen y Sauerborn 2002). Por el contrario, muchos países de América Latina y el Caribe no han tenido un crecimiento económico lo suficientemente rápido que les permita afiliar la mayoría de la población. En Bolivia, por ejemplo, menos del 10% de la población está cubierta por el sistema de aseguramiento social, aunque el mismo fue instaurado en la década de 1930.

Tamaño del sector informal. En los casos donde el sector informal es grande, la base de contribuciones salariales es pequeña, lo cual limita la habilidad de recaudar recursos significativos para la atención de salud. Por el contrario, los países donde el sector formal es dominante son capaces de registrar trabajadores mucho más fácilmente. Esto es particularmente cierto en países con una gran proporción de trabajadores industriales, ya que la mayor parte de las compañías de este sector tienen un sistema formal de nómina salarial desde donde se pueden pagar las contribuciones. Este también es el caso cuando el Estado es el principal empleador, aunque esta situación puede no ser estable en países donde la economía está en transición entre una controlada por el Estado hacia una economía de mercado. Como el empleo en el sector público tiende a reducirse a medida que el empleo informal privado aumenta, la transición de mercado usualmente tiene un impacto negativo en la recaudación de ingresos (Ensor 1999). En general, lejos de reducirse, el sector informal está todavía creciendo en los países en desarrollo (OIT 2005). Finalmente, aunque es difícil calcular y cobrar impuestos al ingreso de trabajadores empleados por cuenta propia, es aun más difícil hacerlo con personas que trabajan en el sector de la agricultura, ya que su ingreso puede ser muy desigual a lo largo del año y de un año a otro (Normand y Weber 1994).

Distribución de la población. Las experiencias exitosas parecieran estar asociadas con una urbanización creciente y alta densidad poblacional, ya que esta evolución facilita el registro de los miembros del aseguramiento social y la recaudación de las contribuciones (Ensor 1999; Carrin y James 2004). Por el contrario, estudios de caso muestran que los países en donde predomina la población rural han observado una implementación mucho más lenta del aseguramiento social en salud.

Un estudio muy interesante confirma la importancia de los tres prerrequisitos descritos anteriormente. Un grupo de países de ingreso bajo y medio fueron ordenados según un índice compuesto de cuatro variables: densidad poblacional, porcentaje de población urbana, porcentaje de la fuerza de trabajo en la industria e ingreso per cápita. Un *ranking* alto implica que el sistema de aseguramiento social en salud es relativamente fácil de implementar. El estudio muestra que en la mayoría de los países en los primeros puestos de la lista la cobertura es efectivamente muy alta: Argentina, Brasil y Corea, entre otros (Ensor 1999).

Margen para incrementar los costos laborales. Es necesario evaluar el grado en el cual el incremento en salarios debido al aumento en las contribuciones salariales afecta la competitividad de una economía dada. En algunos casos, puede representar una carga excesiva y afectar negativamente el crecimiento y el empleo. También pueden afectar el mercado laboral al aumentar la evasión impositiva y reducir el tamaño del sector formal. Además, en muchos países, los salarios ya son la fuente de varios

impuestos (impuesto al ingreso, contribución al seguro de desempleo), y esta carga limita las posibilidades de imponer un nuevo impuesto a la nómina (Normand y Weber 1994).

Capacidad administrativa. Los sistemas de aseguramiento social en salud requieren personal con capacidad administrativa, particularmente para manejar los fondos de aseguramiento y para regular y supervisar su actividad. En algunos casos, es posible utilizar personas anteriormente empleadas en compañías privadas de aseguramiento, o "mutuales". En cualquier caso, es esencial determinar si la capacidad de manejar estos sistemas existe antes de establecerlos (recuadro 3.4).

Infraestructura de servicios de salud de buena calidad. La calidad de los servicios de salud disponible a la población asegurada es crítica para el éxito del aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud le da a la población asegurada el derecho de acceder a los servicios. Sin embargo, la implementación exitosa de un esquema de aseguramiento social en salud depende de la disponibilidad efectiva de los servicios. El sistema de aseguramiento social mejor diseñado será sólo una cáscara vacía si el país no tiene la infraestructura para ofrecer los servicios de salud incluidos en el paquete de beneficios. A su vez, la existencia de infraestructura de buena calidad inducirá a la población a participar en el sistema y apoyarlo.

En países donde las instalaciones disponibles para la población asegurada son inadecuadas, quienes estén en condiciones preferirán pagar con gastos de bolsillo o comprar un seguro privado de salud para acceder a un mejor servicio. En el largo plazo, este fenómeno puede poner en peligro todo el sistema. Por ejemplo, en países en los cuales una persona asegurada sólo es cubierta si usa las instalaciones manejadas por los fondos de enfermedad, la persona tiene incentivos a participar en un segundo sistema. Este es el origen del sistema llamado de *doble afiliación*, comúnmente encontrado en países de América Latina, incluyendo la República Dominicana (Savedoff 2005). Esto también sucede en países donde el aseguramiento social en salud sólo ofrece acceso a proveedores públicos. En Túnez, por ejemplo, muchos empleados del sector privado que están cubiertos por un esquema de aseguramiento social en salud que les da derecho de acceso a tratamiento sólo en instalaciones públicas, tienen voluntariamente un seguro privado para poder acceder a proveedores privados.

Existencia de consenso a favor del aseguramiento social en salud. La implementación exitosa del aseguramiento social en salud depende en gran medida de la existencia de un consenso general entre los principales involucrados de cumplir con las reglas del esquema. De hecho, la sociedad como un todo puede establecer un límite en el grado de equidad que está dispuesta a aceptar o a financiar. Por ejemplo, cuando todas las contribuciones son agrupadas y el paquete de beneficio es

Recuadro 3.4 Impacto de una administración y una supervisión deficientes en la implementación del aseguramiento social en salud

Kenia tiene el esquema de aseguramiento más antiguo de África: el Fondo de Aseguramiento Nacional Hospitalario (NHIF, por las iniciales en inglés de National Hospital Insurance Fund), establecido en 1966, que supuestamente paga por la estadía hospitalaria, el tratamiento y los medicamentos de toda la población. Pero la realidad es completamente diferente. Usualmente, el NHIF cubre sólo los gastos de estadía y alojamiento, y los pacientes deben pagar todos los otros costos del tratamiento. Sólo 7% de la población está asegurada. La principal razón de la falla del sistema es la falta de confianza de las personas en el NHIF. Es vista como una de las instituciones más corruptas del país, y más de la mitad de su presupuesto se gasta en costos administrativos.

Problemas similares ocurren en Armenia y Kazakistán, en donde el financiamiento de la salud se sacó fuera del presupuesto y fuera del control del sistema financiero del gobierno, antes que se desarrollaran nuevas medidas de rendición de cuentas. La falta de procesos de rendición de cuentas y de flujos financieros claramente definidos rápidamente resultaron en sospechas de corrupción, que fueron posteriormente confirmadas. En Kazakistán, millones de dólares desaparecieron del sistema de aseguramiento en salud durante su breve existencia, y el director del fondo federal fue investigado por fraude y eventualmente abandonó el país. En Armenia, las visitas de campo revelaron que los fondos gubernamentales no llegaron a las instalaciones de salud por más de nueve meses, después que la Agencia Estatal de Salud fuera establecida como un ente autónomo fuera del presupuesto, responsable de asignar los fondos gubernamentales de atención de salud y de la compra de servicios .

Fuente: GTZ 2004 y Langenbrunner 2005.

universal, las diferencias en las contribuciones entre grupos pueden llegar a ser tan grandes que no son más aceptables para muchas personas. Si los mismos beneficios son asegurados a todos los individuos, esto puede ser el fin de los privilegios del servicio de atención de salud de la élite. Consecuentemente, ellos pueden resistirse a la implementación del aseguramiento social en salud. De modo que la aceptabilidad o sostenibilidad del aseguramiento social de salud puede ser amenazada, si una gran parte de la población puede no estar dispuesta a aceptar esta importante e implícita redistribución.

Estabilidad política y derechos políticos. El contexto político de un país también juega un papel fundamental en la implementación exitosa del seguro social de salud. De

hecho, sin un alto nivel de derechos políticos, es dudoso que el gobierno logre el apoyo necesario para expandir el aseguramiento social en salud. El gobierno también puede no tener los incentivos para mejorar las condiciones de vida de la población mediante una reforma al sistema de atención de salud.

En consecuencia, la factibilidad de implementar un sistema de aseguramiento social en salud depende de un conjunto de factores socioeconómicos y políticos específicos de cada país, en especial de la tasa de crecimiento económico, el tamaño del sector formal, la distribución geográfica de la población, el grado de urbanización, la posibilidad de incrementar los costos laborales, la capacidad administrativa del sistema, la calidad de la infraestructura de salud, el nivel de solidaridad, el apoyo de los interesados y la estabilidad del contexto político. Si algunas o la mayoría de estas condiciones no existen, el establecimiento del aseguramiento social en salud probablemente enfrentará obstáculos y puede ser decepcionante. En particular, la esperanza de que pueda ayudar a recaudar ingresos adicionales es dudosa. Al respecto, la experiencia de muchos países de Europa oriental en la década de 1990 y a principios de esta misma es particularmente reveladora.

Un modelo usado en un artículo reciente muestra la importancia de algunas de las condiciones necesarias discutidas anteriormente para una exitosa expansión de cobertura de salud. El estudio indica que cuatro variables explican en gran medida la habilidad de un país de expandir la cobertura de salud de la población:[2] un buen nivel de ingreso per cápita, una fuerza laboral bien educada, poca desigualdad en el ingreso (un signo de que la redistribución es bien aceptada) y altos niveles de derechos políticos (Carrin y James 2003).

En cualquier caso, dada la complejidad del aseguramiento social en salud, cada país que desee implementar tal esquema puede tener que pasar por un largo período de transición. En ocho países de aseguramiento social con información suficiente, el período promedio de transición entre la aprobación de la primera ley asociada al aseguramiento social y la aprobación de la ley que implementa la cobertura universal fue de 70 años (Carrin y James 2004). La duración de este período de transición depende de las condiciones necesarias descritas anteriormente.

Para los países es beneficioso que tengan algunas de las condiciones necesarias en funcionamiento, pero el gobierno puede también ayudar a promover el desarrollo de algunas otras. Esto es, el contexto es fundamental, pero la voluntad política y las decisiones apropiadas pueden compensar una situación inicial desfavorable, al menos en cierta medida.

---

2 El modelo se aplica a 149 países usando financiamiento mediante impuestos generales, el aseguramiento social en salud o un sistema combinado, sin diferencias en términos de los resultados para cada tipo de sistema.

Recuadro 3.5 *El fracaso de las contribuciones salariales en incrementar el financiamiento de la salud en Europa oriental*

Contrario a la expectativa de que las contribuciones salariales incrementarían los niveles generales de financiamiento del sector salud, una base tributaria diversificada usualmente ha fallado en atraer recursos adicionales. Este fenómeno tiene varias explicaciones.

Primero, los empleadores muchas veces no cumplen con las exigencias de los impuestos a la nómina salarial. En general, los países de Europa oriental y los de la antigua Unión Soviética han enfrentado considerables dificultades en recaudar impuestos a la nómina salarial para la salud. Algunos países, como la República Checa, Estonia y Hungría, tienen características estructurales que aumentan la probabilidad de una introducción exitosa de impuestos a la nómina salarial, incluyendo un ingreso per cápita relativamente más alto y un alto porcentaje de la población que vive en áreas urbanas y trabaja en el sector formal. Ensor (1999) señala que el registro fue fácil al inicio debido al gran número de empleados en el sector gubernamental o al gran número de empresas estatales en muchos países, como Kazakistán. Pero ha habido grandes desafíos en muchos países. Los nuevos impuestos de seguridad social y de salud generaron una significativa carga económica (totalizando 44% en Hungría). La región como un todo ha sufrido tradicionalmente de tasas impositivas mucho más altas que en otras regiones.

Algunos países tienen menos desarrollada su capacidad regulatoria y administrativa para recaudar ingresos, tienen una alta proporción de trabajadores desempleados o empleados por cuenta propia y sistemas débiles de recaudación de impuestos, como en Albania y Rumania. Otros países, como Kazakistán, Kirguistán y Rusia e incluso Estonia, han reportado problemas similares de recaudación, causados por la evasión de impuestos de trabajadores y de pequeñas empresas. También contribuyen al problema la debilidad de los mecanismos de recaudación, la alta deuda de las empresas y la gran proporción de la población fuera del sistema, particularmente campesinos y desempleados. Los bajos niveles de cumplimiento pueden agravarse aun más, dada la ausencia frecuente de un vínculo entre la contribución y los beneficios. El legado histórico de la era socialista significaba que todos los ciudadanos de muchos países tenían el derecho constitucional a la atención de salud, y este derecho se mantuvo en general durante el período de transición. La recaudación de primas sólo generó entre 9 y 52% de los ingresos esperados en diferentes sitios en Kazakistán en 1996 y sólo 40% en promedio en 1998. En consecuencia, el nuevo sistema de aseguramiento social en salud perdió credibilidad y fue cancelado a fines de 1999.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 3.5)

Un último factor importante fue el débil contexto macroeconómico general. Muchos países experimentaron un crecimiento negativo en la década de 1990. A pesar de introducir el aseguramiento social en salud, estos países continuaron dependiendo de los impuestos generales como su principal fuente de financiamiento para la atención de salud. Finalmente, los países que han avanzado más hacia la dependencia de contribuciones específicas (que representan más del 60% del total de gasto en salud) son también aquéllos con los niveles más altos de PIB per cápita.

Fuente: Langenbrunner 2005.

Capacidad del gobierno de expandir el aseguramiento social en salud

Habilidad de extender el sistema. Uno de los desafíos más grandes que enfrenta el aseguramiento social en salud, en países en desarrollo, es extender la cobertura desde su pequeña base original de sectores urbanos formales y modernos rurales a toda la población. Los gobiernos juegan un papel decisivo en el éxito o el fracaso de esta iniciativa.

Primero, es esencial que las instituciones y los hacedores de política diseñen un escenario realista y progresivo de extensión y que se ajusten al mismo. El escenario debe ser realista, porque si el gobierno no cumple con las promesas iniciales, se puede perder el apoyo de la población, lo que a su vez puede poner en peligro todo el proceso. En este sentido, es fundamental llevar a cabo sólidos estudios actuariales antes de implementar el sistema. También es muy importante ser lo más transparente posible para ganar la confianza de los principales interesados.

La expansión debe ser progresiva, no sólo porque a través del tiempo la expansión ayuda a solucionar el tema fundamental de la sostenibilidad financiera, sino también porque el aseguramiento en salud es esencialmente complejo y requiere tiempo para entenderlo e implementarlo completamente. Comenzar con una pequeña proporción de la población permitirá que los administradores del sistema acumulen la experiencia necesaria antes de extenderlo ya sea geográficamente, o de grandes empresas a trabajadores de empresas pequeñas, como fue hecho en Corea (Ron, Abel-Smith y Tamburi 1990).

Segundo, el método seleccionado por el gobierno para desarrollar el sistema de aseguramiento social en salud es crítico. Debe ser tan transparente y participativo como sea posible para juntar el apoyo de la población. El gobierno debe también in-

sistir en las ventajas del sistema, resaltando sus beneficios a grupos específicos de la población con el objetivo de construir consensos (Normand y Weber 1994).

Tercero, el gobierno debe encontrar mecanismos para promover la participación de los trabajadores informales. Les debe mostrar que su participación en el sistema mejorará su acceso a los servicios de salud. De hecho, al inicio, el pago de contribuciones regulares puede ser un concepto difícil de entender inmediatamente. Las personas se pueden preguntar por qué tienen que pagar si no están enfermos (OIT e ISSA 1999). En este sentido, es esencial diseñar un paquete atractivo (y financieramente sostenible), pero también hacer que los servicios de salud estén disponibles para los trabajadores del sector informal, quienes pueden no tener acceso directo a la salud. También es muy importante vender la reforma y comunicar sus ventajas. Se pueden utilizar técnicas innovadoras para recaudar las contribuciones de los trabajadores del sector informal: determinación de su ingreso teniendo en cuenta sus propiedades, pago de tarifas fijas o de contribuciones mínimas, y la participación de redes locales para llegar a los trabajadores informales (como organizaciones de conductores de buses, cooperativas de pesca, organizaciones religiosas y comunidades en Kenia, y cooperativas locales en Filipinas). Finalmente, puede usarse un enfoque más "coercitivo" de exigir que las personas paguen los costos totales de los servicios de salud si no contribuyen al sistema de aseguramiento social. En Costa Rica, este método redujo significativamente la evasión (MSH 2000). La participación voluntaria no es aconsejable porque presenta el riesgo de selección adversa.

Cuarto, el gobierno puede necesitar subsidiar la extensión del aseguramiento social para los pobres (recuadro 3.6). De hecho, las personas inicialmente cubiertas generalmente presentan resistencia a extender el aseguramiento social en salud, porque esto significará un mayor nivel de subsidios cruzados entre ellos y los nuevos asegurados. En consecuencia, muchos países, como Chile, Colombia, Costa Rica y Filipinas, han subsidiado a los pobres de modo que puedan integrarse al sistema, ya sea pagando directamente al fondo asegurador o pagando parte de las primas de los pobres, trabajadores informales y empleados por cuenta propia que entran al sistema.

Habilidad de controlar los costos. Dado que el aseguramiento social se asocia generalmente con altos costos, es fundamental que las instituciones que manejan el sistema controlen los costos, particularmente controlando la selección adversa y el riesgo moral –comportamientos inducidos de los proveedores y pacientes. Existen diferentes conjuntos de herramientas que pueden usarse para lograr este objetivo: pagos a proveedores sujetos al desempeño, límites al gasto, mecanismos de capitación ajustados por riesgo, contratos bien diseñados entre proveedores y fondos de aseguramiento de salud, y un buen sistema de monitoreo, entre otros. Aunque esta sección no discute estas técnicas, es igualmente importante resaltar que el control de costos es un elemento clave en el éxito o el fracaso de sistemas sociales de aseguramiento en salud.

Sistemas comunitarios de aseguramiento en salud

Los esquemas de aseguramiento comunitario de salud han existido en todo el mundo por siglos. Han sido partes esenciales en la creación de sistemas de aseguramiento social en salud en países como Alemania, Japón y Corea.

Pero en la actualidad en países de bajos ingresos, los sistemas de aseguramiento comunitario juegan un papel más importante en proveer cobertura médica a la población sin acceso a otras formas de protección médica, como el aseguramiento social en

Recuadro 3.6 *Subsidios gubernamentales para extender el aseguramiento social en salud a la población vulnerable*

En 1993, la reforma de salud en Colombia es un buen ejemplo de una iniciativa gubernamental exitosa de extender el aseguramiento social en salud a los pobres. La reforma reorganizó las finanzas del sector salud desde subsidios del lado de la oferta a los hospitales públicos, hacia un modelo de competencia administrada, con subsidios del lado de la demanda para los pobres. Estableció un esquema en donde los individuos pobres obtienen el subsidio de las primas a través de un fondo de equidad. El fondo de equidad recibe los recursos del presupuesto y parte de los recursos generados de los impuestos a la nómina salarial del esquema contributivo. El fondo de equidad subsidia las primas de aseguramiento para los individuos pobres, identificados mediante procedimientos de estimación por aproximación. El paquete básico subsidiado fue suplementado por los hospitales públicos con la oferta existente de subsidios. Eventualmente todos los subsidios a la oferta serán eliminados y reemplazados por un paquete de beneficios que incluye a los pobres.

Como resultado de la reforma, Colombia aumentó la proporción de su población que está financieramente protegida contra eventos inesperados en la salud, de 23% en 1993 a 62% una década más tarde. Más de 11 millones de personas pobres se han beneficiado del aseguramiento. La tasa de mortalidad infantil cayó de 44 por 1.000 nacidos vivos a 15 por 1.000 entre la población asegurada. Ahora la reforma tiene que enfrentar el desafío de la sostenibilidad financiera, en parte debido a que aún está incompleta. Los subsidios a los hospitales públicos continúan y se suman a los costos fiscales del fondo de equidad. El gobierno también tiene que cubrir el déficit del sistema anterior de aseguramiento, que se vio negativamente afectado por la obligación de tener que competir con aseguradores privados.

Fuentes: Escobar 2005; Escobar y Panapoulou 2002: Cataneda 2003.

salud o el aseguramiento privado. El aseguramiento comunitario es parte de una estrategia más grande de financiamiento de la salud en algunos países, dada la alta proporción de gastos de bolsillo en el financiamiento de la salud, la incertidumbre que rodea la entrega de flujos financieros de los donantes, el gran número de población rural y en sectores informales, y la limitada capacidad de los gobiernos de recaudar impuestos. El aseguramiento comunitario se encuentra en muchas partes del mundo, pero está particularmente presente en África subsahariana: sólo en el África occidental el número de esquemas de aseguramiento comunitario creció de 199 en el 2000 a 585 en el 2003 (Bennett, Kelley y Silvers 2004). También se han desarrollado muchos esquemas de aseguramiento comunitario en Asia, China, India, Nepal y Filipinas, y en América Latina en Argentina, Colombia, Ecuador y México.

En consecuencia, con el interés en la recuperación de costos perdiendo importancia como mecanismo para movilizar recursos en países de bajos ingresos, la atención de la comunidad global se ha vuelto cada vez más hacia el aseguramiento comunitario en salud para la movilización de recursos y la eficiencia asignativa. Otro factor que contribuye a incrementar el interés en el sistema de aseguramiento comunitario tiene que ver con la protección financiera.

Los sistemas de aseguramiento comunitario se conocen a veces como seguros de salud para el sector informal, organizaciones mutuales de salud o esquemas de microaseguramiento. Pueden ser definidos como planes prepagos sin fines de lucro por atención de salud,[3] con control comunitario y membresía voluntaria. En general, distribuyen el riesgo de los individuos sanos a los enfermos, pero si las primas están determinadas por el ingreso, también puede haber distribución de riesgo de los individuos más ricos a los pobres. Sin embargo, hay una gran variedad de esquemas de aseguramiento comunitario de salud. Son bastante heterogéneos en lo que se refiere a la población cubierta, servicios ofrecidos, regulación administración y objetivos. Puede ser difícil comparar la organización comunitaria y la administración de *mutuales sanitarias* comunes en la zona francoparlante del África occidental con algunos de los hospitales manejados y organizados bajo esquemas de financiamiento comunitario comunes en el África oriental.[4] Es más, algunos de los planes están muy asociados con las políticas de financiamiento de la atención de salud de los gobiernos (Ruanda, Tanzania), mientras que en el África occidental, la mayoría de los planes están definidos, desarrollados y administrados por la comunidad. Esta sección se concentra en la

3 Basado en 238 casos para los cuales había datos disponibles, el estudio de OIT y STEP (2002) encontró que 94% de los esquemas tenían mecanismos de prepago.

4 Ejemplos incluyen el plan Hospital Chagoria en Kenia, Kisiizi en Uganda y el plan de Iglesia Evangélica Luterana de Tanzania.

definición del sistema de aseguramiento comunitario en salud (recuadro 3.7), antes de describir sus principales debilidades y fortalezas.

Diferentes formas de aseguramiento comunitario en salud

Los esquemas de aseguramiento comunitario de salud difieren enormemente en tamaño, organización, objetivos y administración. La siguiente clasificación reúne parte de la diversidad de estos esquemas:

- Atim (1998) divide las organizaciones mutuales de salud de África occidental y central con base en dos dimensiones: su propiedad (clanes tradicionales o red de etnias sociales, movimientos sociales o asociaciones, administración conjunta de proveedores, o esquema comunitario) y su criterio geográfico y socioprofesional (rural/urbano o profesión/empresa/asociación/sindicato).
- Otra tipología presentada por Bennett, Creese y Monash (1998) se basa en la naturaleza de los riesgos cubiertos. Ellos distinguen entre esquemas de "tipo 1" que cubren eventos de alto costo y poca frecuencia y esquemas de "tipo 2" que cubren riesgos de bajo costo y alta frecuencia.
- A partir de un estudio de los sistemas de aseguramiento comunitario en varios países de Asia, Hsiao (2001) identifica cinco tipos de esquemas: esquemas que incluyen subsidios directos del gobierno a los individuos (como la Tarjeta de Salud Thai), cooperativas de atención de salud en las cuales el financiamiento y la provisión están integrados a nivel de la villa y de subdistritos, aseguramiento por parte de terceros promovidos por la comunidad, prepagos promovidos por los proveedores (libre acceso a proveedores específicos a cambio de primas mensuales), y cooperativas de productores o consumidores (como el Grameen Bank, que funciona como un asegurador y un proveedor para miembros y no miembros que viven en la misma área de operación).
- A partir de una revisión de casi tres docenas de casos, Jakab y Krishnan (2004) clasifican los esquemas en cuatro categorías: distribución de costos entre la comunidad (movilización de recursos mediante gastos de bolsillo donde la comunidad participa fijando las tarifas, asignando los recursos, desarrollando criterios de excepción, y administrando el esquema); prepago comunitario u organizaciones mutuales de salud (prepago, distribución de riesgo, fuerte participación de la comunidad en el diseño y administración del esquema); aseguramiento de salud basado en el proveedor (esquemas centrados alrededor de un solo hospital –usualmente iniciado por los proveedores, donde el prepago, la distribución de riesgo, la cobertura de riesgos catastróficos, papel comunitario más de supervisión que estratégico); y apoyo del gobierno o de los sistemas de aseguramiento social a esquemas comunitarios (esquemas asociados a los sistemas de aseguramiento social o a

Recuadro 3.7 ¿Qué es un sistema de aseguramiento comunitario en salud?

Los esquemas de aseguramiento comunitarios en salud son muy diversos, lo que limita el alcance de una única definición que sea aplicable a diferentes casos. A partir de una amplia revisión de la literatura existente en sistemas de aseguramiento comunitario en salud, Jakab y Krishnan (2004) identificaron tres características comunes a la mayoría de los esquemas existentes:

- *La afiliación se determina por la pertenencia a una comunidad, y la comunidad está fuertemente involucrada en la administración del sistema.* El término "comunidad" se refiere a un grupo de personas que comparten características comunes. Esta definición general cubre varias situaciones. Los miembros de un sistema de aseguramiento comunitario pueden estar relacionados por su proximidad geográfica o por la misma profesión, religión, etnia o cualquier "otro tipo de afiliación que facilite su cooperación para la protección financiera" (Jakab y Krishnan 2004). En un esquema comunitario la afiliación se basa en la pertenencia a la comunidad, aunque todos los miembros de la comunidad pueden no ser parte del esquema, particularmente si son muy pobres para pagar las primas. Los miembros de la comunidad también participan en la administración del esquema: diseñan las reglas y recaudan, reúnen y distribuyen los recursos. Pero esta participación no significa que el esquema de aseguramiento comunitario sea de propiedad de la comunidad. El estudio OIT/STEP muestra que las comunidades que tienen la propiedad legal del esquema sólo eran el 9% de 128 casos estudiados (OIT/STEP 2002). Los principales propietarios son los gobiernos centrales o locales (44%), ONG externas a la comunidad (25%), y hospitales (11%) (OIT y STEP 2002).
- *Los beneficiarios son excluidos de otros tipos de cobertura de salud.* Los esquemas de aseguramiento comunitarios reagrupan a las personas pobres excluidas de otros métodos de financiamiento. Por ejemplo, pueden estar excluidos del aseguramiento social porque trabajan en el sector informal, de los servicios financiados por el gobierno porque estos servicios no son accesibles, o del aseguramiento privado porque no pueden pagar las primas.
- *Los miembros comparten un conjunto de valores.* La mayoría de los esquemas comparten fuertes valores y principios, como la afiliación voluntaria, la participación y la solidaridad. Usualmente estos esquemas han existido por mucho tiempo como formas tradicionales de solidaridad de los pobres. El diseño de esquemas de aseguramiento comunitario, en particular las reglas que gobiernan la recaudación de recursos y los beneficios, generalmente refleja estos principios.

programas financiados por el gobierno, participación activa de la comunidad en la administración del sistema, pero significativa contribución financiera del gobierno o de los fondos de aseguramiento social en salud).

Fortalezas del sistema de aseguramiento comunitario en salud

Hacer una evaluación precisa del impacto general de los esquemas de aseguramiento comunitario en salud es muy difícil, porque "en la mayoría de los casos, los esquemas de financiamiento comunitarios no están registrados", y en consecuencia "no existen datos manejados centralmente" (Jakab y Krishnan 2004, p. 69). Sin embargo, la literatura sugiere las siguientes conclusiones.

Mejor acceso a atención de salud para personas de bajos ingresos. Jakab y Krishnan (2004) revisaron más de 45 reportes publicados y no publicados sobre la experiencia del aseguramiento comunitario en salud y evaluaron los esquemas con base en tres dimensiones: movilización de recursos, protección financiera, y acceso de los pobres. Los autores encuentran buena evidencia de que los esquemas comunitarios de financiamiento hacen una contribución positiva al financiamiento de la atención de salud en países de bajos ingresos. La variación en la habilidad de recaudar recursos se atribuye al bajo ingreso de la población contribuyente. La protección financiera provista parece significativa, tanto a través de la reducción de gastos de bolsillo como mediante un mayor uso de los recursos de atención de salud. Respecto al acceso de los pobres, los autores encuentran que el sistema de aseguramiento comunitario en salud "extiende la cobertura a un mayor número de personas, que de otro modo no tendrían protección financiera" (p. 75).

Sin embargo, Ekman (2004) es menos categórico. Él aplica una revisión sistemática, en lugar de una revisión narrativa, para evaluar el impacto del aseguramiento comunitario. Los resultados de los esquemas se evalúan con base en los siguientes criterios: movilización de recursos, calidad de la atención, eficiencia de los proveedores, riesgo moral, protección financiera, gastos de bolsillo, y acceso a la atención. Él encuentra que "en general, la evidencia es limitada en alcance y cuestionable en calidad. Hay una fuerte evidencia de que el aseguramiento comunitario ofrece alguna protección financiera al reducir los gastos de bolsillo. Hay una evidencia moderada de que estos esquemas mejoran la recuperación de costos" (p. 249).

Útil como componente de un sistema de financiamiento de salud que incluye otros instrumentos. Los esquemas de aseguramiento comunitario pueden completar o cubrir las brechas de otros esquemas de financiamiento de la salud (esquema de aseguramiento social o financiamiento del gobierno), o pueden ser un primer paso hacia un sistema de mayor escala. Cuando comienzan a operar, la mayoría de los esquemas

de aseguramiento comunitario son independientes del gobierno o de los sistemas de aseguramiento social. Usualmente, fueron creados precisamente porque tales instituciones no lograban ofrecer protección médica a la población. Pero a medida que se desarrollan, los esquemas comunitarios deben coordinar con los otros instrumentos de financiamiento existentes en el interés de la población. Más importante aún, un modo de superar los límites del esquema de aseguramiento comunitario puede ser dejar de considerarlo como la respuesta a todas las necesidades de financiamiento de un país, sino como parte de la solución que incluye otros mecanismos de financiamiento.

Los esquemas de aseguramiento comunitarios pueden ser muy útiles para suplementar otras formas de cobertura médica. De hecho, como se discutió anteriormente, los esquemas de aseguramiento comunitario no pueden ofrecer cobertura médica a toda la población. Pero pueden ayudar a cubrir las necesidades de grupos específicos de la población, como la clase media rural y los trabajadores informales (Bennett, Kelley y Silvers 2004). Por esta razón, en muchos países, los gobiernos intentan establecer esquemas de aseguramiento comunitarios (como en Ruanda), o usar los existentes para extender la cobertura de salud a ciertas poblaciones. Por ejemplo, en Tanzania, el Fondo Comunitario de Salud está focalizado hacia trabajadores informales, mientras que los trabajadores en el sector formal están cubiertos por un nuevo esquema de aseguramiento social (Bennett, Kelley y Silvers 2004). Una estrategia similar se usa en Ghana. Los esquemas de aseguramiento comunitarios pueden cubrir todo o parte de las tarifas que tiene que pagar un usuario en las instalaciones de un sistema con financiamiento del gobierno, o cubrir servicios que no están incluidos en el paquete de beneficios ofrecido por el gobierno o en el esquema de aseguramiento social. En algunos casos, también pueden financiar el acceso a proveedores privados (Bennett, Kelley y Silvers 2004).

Los gobiernos pueden usar el esquema de aseguramiento comunitario para extender la cobertura de instrumentos financieros de mayor tamaño, como el aseguramiento social. Al respecto, un desarrollo muy interesante está ocurriendo en Filipinas, donde el gobierno está usando los esquemas comunitarios existentes para desarrollar el sistema nacional de aseguramiento en salud (recuadro 3.8).

El estudio OIT/STEP resume estos elementos al afirmar que "la significativa presencia de CBHO[5] como 'punto de entrada' con alta distribución de riesgos por fuera del esquema y una importante presencia de subsidios directos e indirectos (…) sugiere que más que buscar el impacto del CBHO como una organización independiente, su impacto e importancia deben evaluarse como una estrategia potencial para rela-

5 Un CBHO (por sus iniciales en inglés de *community-based health organizations*) es el término usado por el reporte OIT y STEP para referirse al aseguramiento comunitario en salud.

cionar a la comunidad con (…) otros mecanismos alternativos de organización para extender la protección social de la salud" (OIT y STEP 2002, p. 50).

Debilidades del aseguramiento comunitario en salud

Protección limitada para sus miembros. La habilidad de los esquemas de aseguramiento comunitario de recaudar recursos significativos está limitada por el bajo ingreso general de la comunidad. En consecuencia, tales esquemas usualmente tienen que complementar sus recursos básicos con tarifas a usuarios, subsidios gubernamentales y ayuda de donantes.

Adicionalmente, la protección que pueden ofrecer está limitada, en la mayor parte de los casos, por el tamaño de la comunidad. Aunque los tamaños varían mucho (desde unas docenas de miembros hasta varios millones), la mayoría de los esquemas

Recuadro 3.8 El uso del esquema de aseguramiento comunitario en salud para extender el aseguramiento social en salud al sector informal en Filipinas

La Corporación Filipina de Aseguramiento de Salud (conocida generalmente como PhilHealth) fue creada en 1995 por el gobierno de las Filipinas. El objetivo era alcanzar la cobertura universal en 15 años. Sin embargo, 10 años más tarde, los trabajadores del sector formal todavía representan dos tercios de los miembros del esquema, aunque casi la mitad de todos los trabajadores sobreviven trabajando en el sector informal.

En consecuencia, para acelerar la expansión del PhilHealth al sector informal, se estableció en junio de 2003 el Grupo Organizado de Interfaz PhilHealth (POGI). En este programa, los esquemas locales y regionales de aseguramiento comunitario pueden ser acreditados y calificados y luego se convierten en organizaciones socias de POGI, representando al PhilHealth en sus comunidades. De acuerdo con su capacidad financiera y administrativa, se les delegan a los esquemas comunitarios más o menos responsabilidades, que van desde el marketing del aseguramiento social en la comunidad, hasta la recaudación de contribuciones, por las cuales reciben incentivos financieros.

La iniciativa se está probando en 12 comunidades en dos provincias. Incluso en esta fase piloto, se han observado resultados positivos. Las juntas directivas de dos esquemas de aseguramiento comunitarios de salud han decidido por mandato que sus miembros se unan al PhilHealth.

Fuente: GTZ 2004.

son muy pequeños. El estudio OIT/STEP encuentra que 22% de los 85 casos revisados tienen menos de 100 miembros, casi 70% tiene menos de 2.000 y 83% tiene menos de 10.000 miembros (OIT y STEP 2002).

Aun más, la cobertura efectiva de la población al interior de una comunidad es muy limitada: cerca del 10% de la población objetivo en promedio según Ekman (2004) y 8,2% según Waelkens y Criel (2004), de acuerdo con datos de 103 esquemas en África subsahariana. La principal razón por la cual las personas optan por no participar es que no entienden la necesidad del aseguramiento en salud, o no creen en los administradores del esquema. Hsiao (2001) encuentra que, como la membresía es voluntaria, las personas tienden a unirse al sistema si esperan que los beneficios sean más altos que los costos y si la comunidad tiene un alto nivel de cohesión social. El autor también afirma que la confianza en los administradores del esquema es esencial para explicar la voluntad de los miembros de la comunidad de unirse al sistema.

Como resultado de los limitados recursos, el tamaño pequeño, y la escasa cobertura, la mayoría de los esquemas de aseguramiento comunitario no son muy efectivos, como lo demuestra la revisión comprensiva completada recientemente por la OIT (OIT y STEP 2002). Las variables de resultado utilizadas para la evaluación son el estado de salud, la utilización y la protección financiera.[6] Los autores encuentran que "no hay evidencia en los documentos revisados de que el CBHO tenga un impacto positivo en el estado de salud, o al menos en la utilización de servicios y en la protección financiera de sus miembros y/o de la sociedad como un todo, en especial para los pobres" (p. 49).

La sostenibilidad es cuestionable. El tamaño pequeño de las agrupaciones hace que los sistemas de aseguramiento comunitarios sean vulnerables al fracaso.[7] De hecho, la realización de un solo riesgo de cierta importancia puede llevarlos a la bancarrota. Adicionalmente, la mayoría de los esquemas están especialmente sujetos a riesgos relacionados porque, en un área geográfica limitada, la salud de un individuo no es independiente de la salud de sus vecinos, especialmente cuando ocurre una epidemia o desastre natural (Tabor 2005). Esta es la razón por la cual los investigadores se concentran cada vez más en el reaseguro (Dror y Preker 2004). El reaseguro distribuye el riesgo de diferentes esquemas, dándoles así mayor estabilidad financiera. Sin em-

6 Otra dimensión, dignidad, ha sido propuesta para la evaluación, pero se encontró poca evidencia para hacer una determinación.

7 Esta sección está basada principalmente en el análisis teórico del aseguramiento comunitario en salud. De hecho, existe muy poca evidencia empírica de la longevidad de los esquemas de aseguramiento comunitario, ya que la mayoría son muy recientes y la literatura se concentra mayormente en los esquemas sobrevivientes (OIT y STEP 2002).

bargo, en la actualidad, "hay muy poca experiencia y capacidad para llevar a cabo el reaseguro" (Bennett, Kelley y Silvers 2004, p. 14).

La estabilidad financiera de los esquemas de aseguramiento comunitario también se ve afectada por problemas de selección adversa inherentes en los esquemas de prepago voluntario. Bennett, Creese y Monash (1998) encontraron que los paquetes de beneficios fueron raramente definidos con precisión. La tendencia fue a incluir todos los servicios que podían ser entregados por las instalaciones participantes en el esquema. Este enfoque general facilita que las personas con condiciones preexistentes se unan al sistema, creando un problema serio de selección adversa.

La viabilidad del aseguramiento comunitario en salud usualmente se ve amenazada por la limitada habilidad de administración disponible a nivel comunitario. Dado su pequeño tamaño, la mayoría de los esquemas comunitarios de aseguramiento son frágiles "por construcción". Sin embargo, es necesario calificar esta conclusión, dado que muchos esquemas no asumen el riesgo financiero. En el estudio OIT y STEP de 136 casos para los cuales había información, el riesgo financiero fue soportado por el gobierno local o central (y en unos pocos casos por ONG) en 66% de los casos (OIT y STEP 2002).

Limitados beneficios para el segmento más pobre de la población. En el tema de la protección financiera, Ekman (2004) encuentra que el esquema de aseguramiento comunitario funciona bien para quienes se afilian, pero que los afiliados tienden a estar relativamente mejor. El autor encuentra que "existe una fuerte evidencia de que tales programas ofrecen una protección efectiva a los miembros del esquema al reducir el nivel de gastos de bolsillo por atención de salud", pero "los resultados sugieren que la mayoría de los esquemas no cubren a los grupos menos favorecidos" (p. 252). Bennet, Creese y Monash (1998), a partir de la revisión de 82 esquemas de aseguramiento sin fines de lucro para personas sin empleo formal en países en desarrollo, encontraron que muy pocos esquemas pudieron alcanzar a los más pobres sin el apoyo de subsidios del gobierno y otras instituciones.

Preker y otros (2004) también señalan que los pobres no tienen acceso a tales planes. Ellos atribuyen este fenómeno principalmente a la falta de capacidad de pago. De hecho, incluso primas muy pequeñas pueden llegar a ser demasiado costosas para los más pobres. Adicionalmente, los pagos en especie no son comúnmente aceptados dada la dificultad de administrarlos, lo cual representa una barrera para las personas sin recursos (Bennett, Kelley y Silvers 2004). Finalmente, la orientación a favor de los pobres de los esquemas de aseguramiento comunitario se ve distorsionada por el hecho de que la mayoría están financiados mediante contribuciones fijas regresivas. Por tanto, el informe de la Comisión en Macroeconomía y Salud sugiere aumentar el apoyo a los esquemas de aseguramiento comunitario y el establecimiento de un esquema de cofinanciamiento que pueda complementar las primas pagadas por los

individuos, para cubrir su seguro de salud con financiamiento del gobierno o de donantes (OMS 2001).

Algunas razones no financieras también se han utilizado para explicar la incapacidad de los pobres de beneficiarse del esquema de aseguramiento comunitario. Entre ellas se incluyen la actitud de los proveedores hacia los pobres y la falta de proximidad geográfica de los servicios (Bennett, Kelley y Silvers 2004).

Efectos limitados en la entrega de servicios. Algunos autores afirman que el esquema de aseguramiento comunitario mejora la calidad del servicio de salud al contratar con los proveedores de salud, dándoles los incentivos para mejorar su servicio (Tabor 2005). A partir de una revisión de numerosos esquemas en África y Asia, Hsiao (2001) encuentra que el aseguramiento comunitario en salud no tiene un impacto significativo en el nivel de recursos para la salud, pero argumenta que es un mejor modo de organizar el gasto en salud para adquirir mejores y más económicos bienes y servicios.

Sin embargo, la mayoría de los estudios, basados en un análisis extensivo de la literatura en aseguramiento comunitario en salud, tienden a contradecir este resultado. Según Ekman (2004), no hay evidencia, o es muy débil, de que los esquemas tengan un efecto en la calidad de la atención o en la eficiencia con la cual se produce la atención. Este resultado se confirma de alguna manera por el estudio OIT y STEP, que encuentra que sólo unos pocos esquemas (16% de los 62 casos para los cuales hay información) negocian la calidad y el costo de los servicios con proveedores. La mayoría simplemente compra los servicios a precios de mercado (OIT y STEP 2002).

En conclusión, los esquemas de aseguramiento comunitario enfrentan temas muy difíciles que afectan tanto su efectividad como su sostenibilidad. Las soluciones a estas dificultades no son fáciles. En una amplia revisión de la literatura en aseguramiento comunitario, Jakab y Krishnan (2004) identifican condiciones necesarias acumulativas para asegurar el éxito del esquema: la habilidad de prevenir la selección adversa, adaptarse al flujo irregular de ingresos de la membresía, prevenir el fraude, y acomodar a los pobres; una buena administración con fuerte participación de la comunidad; un vínculo organizacional entre el esquema y los proveedores (que permita a la comunidad negociar tasas preferenciales); y la disponibilidad permanente de ayuda financiera de los donantes. Hsiao (2001) también resalta que una intervención apropiada del gobierno puede ser necesaria para asegurar el éxito del esquema. En particular, los gobiernos deben subsidiar las primas de los más pobres de una comunidad, facilitando su participación al reducir los costos de las primas y al hacer más visibles los beneficios de participar en el sistema (como con la Tarjeta Thai de Salud). El financiamiento gubernamental también puede reforzar el impacto del aseguramiento comunitario en salud, ya sea financiando parte de los proveedores contratados para la atención de salud, o subsidiando el esquema directamente, como en Tanzania, donde el subsidio del gobierno es equivalente a las contribuciones del seguro.

Sistemas de aseguramiento voluntario

El aseguramiento privado o voluntario de salud es un modelo de financiamiento de salud particularmente prevalerte en países de altos ingresos, como un suplemento a la cobertura del sistema público (recuadro 3.9). En la práctica, los esquemas de aseguramiento privado o voluntario incluyen una gran variedad de mecanismos de financiamiento voluntarios (es decir, mecanismos que no son obligatorios) y diferentes relaciones con los insumos de los sectores público y privado. Un análisis reciente en el área incluye el trabajo de la OCDE (OCDE 2004) y OMS (Sekhri y Savedoff 2005), así como el trabajo de los investigadores de la London School of Economics (Mossialos y Thomson 2002). Esta sección intenta definir y distinguir el aseguramiento voluntario y privado entre ellos y de mecanismos relacionados, resumir las fortalezas y debilidades del aseguramiento voluntario y examinar su potencial y factibilidad en países de ingreso bajo y medio.

Competencias centrales de los aseguradores

Bowie y Adams (2005) han identificado once competencias comerciales genéricas que los aseguradores voluntarios requieren si tienen que desarrollar y mantener una posición en el mercado: definir y desarrollar productos, determinar el precio de los productos, vender productos, recaudar primas, administrar reclamos, manejar riesgos, manejar las relaciones externas, ofrecer un servicio e información relevante a los clientes y proveedores, usar tecnología de información y comunicaciones, administrar (operacionalmente), y gobernar (estratégicamente). Algunas de estas habilidades difieren de las necesarias para administrar un esquema de aseguramiento social o público –particularmente en el desarrollo de productos, precios y ventas.

Los aseguradores de seguro voluntario de salud también deben manejar diversos riesgos, varios de los cuales también difieren de los que enfrentan los programas con financiamiento público. Bowie y Adams (2005) analizan esquemas de aseguramiento voluntario como un conjunto de ingreso, gasto, activos y responsabilidad por riesgos. Otro trabajo de Bassett (2005) ha resaltado los riesgos de contexto, políticos y regulatorios, los riesgos comerciales, riesgos de estructura de mercado y riesgos de comportamiento. Una versión revisada de este análisis se presenta en el cuadro A3.1. Ciertos riesgos surgen del contexto de país y económico de un mercado particular y son más altos en economías más pobres con mercados, políticas, competitividad y contextos regulatorios menos estables. Otros surgen de la estructura particular de los mercados de aseguramiento privado y voluntario y del potencial comportamiento de los competidores y de otros interesados (como poder relativo de negociación de compradores y vendedores).

Recuadro 3.9 ¿Qué es el aseguramiento voluntario en salud?

El "aseguramiento privado de salud" ha sido definido de varias maneras, incluyendo el aseguramiento en salud que ofrece bienes privados (servicios personales de salud en lugar de servicios de salud pública), el aseguramiento de salud ofrecido por organizaciones privadas con fines de lucro, y el aseguramiento de salud caracterizado por primas que no dependen del ingreso, a diferencia del sistema con contribuciones a la seguridad social o basado en impuestos (OCDE 2004). El aseguramiento voluntario se define como cualquier aseguramiento de salud que se paga mediante contribuciones voluntarias. El aseguramiento voluntario puede distinguirse entonces del modelo nacional de salud y del sistema de aseguramiento social, los dos caracterizados por pagos obligatorios. El nivel de obligatoriedad es importante, porque determina el alcance de la distribución del riesgo y puede indicar la importancia que le dan los hacedores de política a la cobertura. En este libro el análisis se concentra en el nivel de obligatoriedad como un elemento clave de distinción, y examina esquemas de aseguramiento de salud voluntarios.

En realidad, la mayoría de los esquemas privados de aseguramiento de salud son voluntarios. Por ejemplo, Suiza es el único país de la OCDE que obliga la compra de un seguro privado de salud (de parte de los individuos). Uruguay exige que las personas en ciertas bandas de ingreso (entre US$600 y 1.800 anuales) compren una cobertura privada, y Arabia Saudita está en el proceso de introducir un seguro privado de salud obligatorio para expatriados (Sekhri, Savedoff y Tripathi 2005).

Al analizar y evaluar el aseguramiento voluntario de salud, es importante identificar las funciones o papeles que dicho aseguramiento juega en el contexto particular de un país –es decir, si el esquema voluntario es la fuente primaria o adicional de financiamiento de la salud. La taxonomía de las funciones del aseguramiento privado desarrollada por la OCDE separa las funciones del seguro voluntario del siguiente modo:

a) la principal fuente de cobertura para una población o subpoblación (primaria),
b) cobertura de los mismos servicios o beneficios ofrecidos por el sistema público (doble) (a pesar de que los proveedores, el acceso, la calidad y los servicios extras puedan variar),
c) cobertura de distribución de costos bajo el sistema público (complementario), o
d) cobertura de servicios no cubiertos por el sistema público (suplementario) (OCDE 2004). Esta división de funciones facilita una comparación comprensiva entre los sistemas.

Fuente: Los autores.

Fortalezas del aseguramiento voluntario en salud

Incluso en países de altos ingresos, es muy difícil obtener lecciones de política, genéricas, con fundamento empírico, de la experiencia de los sistemas de aseguramiento de salud voluntario. El impacto general de un sistema de aseguramiento voluntario parece estar influenciado por una variedad de factores, incluyendo sus funciones, la naturaleza y extensión del financiamiento obligatorio, y el grado en el cual existen restricciones (relativamente inelásticas) en insumos clave (como el número de doctores practicantes en el país).

Al examinar las fortalezas de los mercados de aseguramiento de salud voluntarios, esta sección considera su desempeño histórico y potencial. En un estudio de mercados privados de aseguramiento en países de la OCDE, la OCDE concluye que, en promedio, el aseguramiento privado realiza las siguientes contribuciones (OCDE 2004):[8]

- Provee protección financiera (comparado con gastos de bolsillo).
- Fortalece el acceso a los servicios de salud (cuando el financiamiento obligatorio es incompleto).
- Aumenta la capacidad de los servicios y promueve la innovación.
- Ayuda a financiar los servicios de salud no cubiertos por el sector público, en el caso de seguro privado de salud suplementario.

Un enfoque alternativo es considerar el "potencial" del aseguramiento voluntario de salud como un conjunto de funciones financieras –recaudación, distribución, agrupación, administración de reclamos, y compra (de beneficios)– que pueden ser (según Kutzin 2001) "integradas al interior de o separadas entre" (p. 198) organizaciones públicas y privadas. En tales circunstancias, el desempeño del aseguramiento voluntario de salud puede ser considerado no sólo en términos de la competencia y eficiencia con la cual se lleva a cabo cada función de financiamiento, sino también en términos de las sinergias que pueden obtenerse mediante la "integración vertical" (de procesos o propiedad) entre aseguradores y proveedores, y mediante la "integración horizontal" con otros productos de aseguramiento, financiamiento o de protección social.

En la última década, algunas compañías de seguros, particularmente en los Estados Unidos, han explorado diferentes modelos de integración vertical, incluyendo "modelos de personal" y organizaciones de administración de la salud tipo "contratación" y "organizaciones de proveedores preferidos". Del mismo modo, en otros países, varias combinaciones de productos financieros se juntan para reducir los costos de

8 Todas las citas que siguen en esta sección se toman de OCDE 2004, pp. 94-167. Un resumen del trabajo más extenso de la OCDE se encuentra en Tapay y Colombo (2004).

marketing y administrativos. Es importante resaltar, por ejemplo, que en Tailandia la gran mayoría del aseguramiento voluntario se vende como un suplemento del seguro de vida (Pitayarangsarit y Tangcharoensathien 2002).

Kutzin ha resaltado los beneficios que pueden surgir del desarrollo de aseguradores de salud con una "función activa de compra" en términos de asegurar la calidad (y promoverla) y de control de costos (y reducción) (Evans 2002, p. 183). Hasta ahora, tales beneficios (en el mercado de aseguramiento privado/voluntario de salud) se han confinado en general a aseguradores sin fines de lucro integrados verticalmente, como Kaiser Permanente en Estados Unidos. Este tipo de acuerdos generalmente incorporan a los proveedores dentro de su plan de salud mediante la propiedad, acuerdos salariales, o contratos y, en consecuencia, pueden ejercer más influencia en la calidad y cantidad de los servicios de atención de salud que cubren y financian.

Otro beneficio del aseguramiento de salud privado/voluntario, que muchas veces pasa desapercibido, es su papel en la acumulación de capital y en el desarrollo de mercados financieros. Las organizaciones privadas y voluntarias de aseguramiento en salud típicamente guardan entre el 10 y el 30% de sus ingresos anuales en forma de reservas (por obligaciones futuras y eventos inesperados) –en efectivo, bonos, acciones, propiedades y otros instrumentos de inversión. Sumando estos recursos, entonces, el mercado asegurador puede contribuir significativamente a la tasa general de ahorro del país.

Debilidades del aseguramiento voluntario de salud

El trabajo de la OCDE concluye que los mercados privados de aseguramiento de salud han enfrentado generalmente los siguientes desafíos:

- No han reducido ciertas barreras financieras al acceso (como la capacidad de pago y la volatilidad de precios).
- En algunos países han aumentado el acceso diferencial a los servicios de salud (aunque ha bajado en otros).
- No han servido como incentivos al incremento de la calidad, con algunas excepciones.
- Han removido muy poca presión de costos de los sistemas de salud con financiamiento público.
- Han incrementado el gasto total en salud en varios países de la OCDE.
- No han alcanzado una competencia en términos de valor.
- Han incurrido en general en altos costos administrativos.

La OCDE señala que "existen complejas interrelaciones entre la competencia en el aseguramiento en salud y los mercados de entrega… el poder de mercado de los

proveedores en el contexto de aseguradores que compiten entre sí, afecta el grado en el cual el mercado de seguro privado de salud (SPS) puede promover la eficiencia y la provisión de servicios de atención de alta calidad. Una mayor competencia entre proveedores no resulta necesariamente en un menor costo si el V/SPS (aseguramiento voluntario/privado de salud) está fragmentado en su relación con los proveedores" (OCDE 2004). Aunque una participación grande de mercado puede fortalecer el poder de negociación de un asegurador con los proveedores, esta misma participación puede limitar la competencia. La OCDE también cita la investigación de Nichols y otros (2004), que sugiere la importancia de un factor de contexto adicional: "la competencia vibrante en calidad y precios entre proveedores ha sido identificada como un prerrequisito adicional de los mercados de aseguramiento en salud competititvos".

Varias de las limitaciones de los mercados de aseguramiento voluntario surgen de los riesgos relacionados de selección adversa y descreme (*cream skimming*). La selección adversa se ha definido como una "situación", generalmente resultante de la información asimétrica, en la cual "los individuos pueden comprar un seguro a tasas que son inferiores a las tasas actuarialmente justas", o como "un proceso que ocurre cuando a individuos con diferentes pérdidas esperadas se les cobra la misma prima, resultando que aquéllos con una pérdida esperada baja abandonan el sistema, dejando sólo a individuos con altas pérdidas esperadas (European Observatory on Health Systems and Policies 2005, citando al Banco Mundial 2000 y Witter 1997). El peligro de este comportamiento en un mercado voluntario de aseguramiento de salud es que tenderá a sacar a otros clientes potenciales del mercado. La selección adversa puede reducirse mediante una "declaración completa" (es decir, previa al examen clínico del estado de salud del asegurado), exclusión de beneficios específicos y períodos de espera antes del derecho a la obtención de beneficios. Aún así, todos estos mecanismos tienen implicaciones de equidad (restringiendo el acceso, o incrementando los costos de los individuos más enfermos) y tiende a reducir la demanda.

Cuando existe selección adversa (o se percibe como un riesgo), los asegurados del seguro voluntario de salud estarán tentados de descreme (selección de clientes), es decir, de permitir sólo el acceso de los individuos llamados de buen riesgo, y evitar la participación de clientes cuyo perfil sugiere que pueden representar un riesgo de selección adversa. La selección adversa y el descreme son comportamientos que limitan el alcance del aseguramiento voluntario en salud y pueden limitar el potencial de competencia entre los aseguradores. Algunas medidas regulatorias pueden combatir tales actividades. Entre ellas se incluye establecer provisiones de enrolamiento abierto, que requieren que el asegurador acepte a todos los aplicantes en momentos determinados del año o a lo largo del mismo año, y calificaciones (*rankings*) de la comunidad, que prohíbe o limita la consideración de factores de estado de salud en la determinación de las tarifas. Pero aún así, los aseguradores pueden resistir estas regulaciones basándose

en el argumento de que las mismas pueden reducir la motivación de los consumidores a comprar un seguro antes de necesitar el servicio médico, incrementando así la selección adversa. Por eso, los gobiernos tendrán que balancear las preocupaciones asociadas al descreme con las preocupaciones legítimas de selección adversa. El cuadro 3.1 detalla algunas de las intervenciones regulatorias usadas en los mercados de aseguramiento voluntario y resalta algunos de los problemas que éstas apuntan a solucionar.

Relevancia del esquema de aseguramiento voluntario en países en desarrollo

¿Es el seguro voluntario de salud relevante para países de ingreso bajo y medio? La respuesta puede depender de cuál es la voluntad de los líderes políticos y de los hacedores de política del país de cambiar el objetivo general de equidad por un limitado (pero mejor) acceso para algunos a servicios individuales de salud, con base en su habilidad y voluntad de pago. El sistema de aseguramiento voluntario puede, en principio, aumentar la protección financiera y el acceso a los servicios de salud de aquellos que puedan y deseen pagarlo. Una de las condiciones necesarias para la demanda de un seguro voluntario de salud –altos niveles de gastos de bolsillo– existe en muchos de los países de ingreso bajo y medio (Xu y otros 2003). Sin embargo, como lo muestran Sekhri y Savedoff (2005), el aseguramiento voluntario de salud representa más del 15% del gasto privado en salud en sólo una minoría de países de ingreso bajo y medio.

Varios factores explican al menos algunas de las razones para una contribución relativamente pequeña de aseguramiento voluntario de salud en los gastos de bolsillo en salud de países de ingreso bajo y medio. Primero, algunos gastos de bolsillo son pagos "informales" (ilegales) para lograr acceso al servicio nacional de salud prepago o a los servicios de salud del esquema de aseguramiento social. Segundo, algunos se destinan a copagos legales en el lugar de atención para ganar acceso a los mismos servicios. Tercero, parte es gastada en servicios de atención de salud y farmacéuticos de proveedores de dudosa calidad técnica. Los aseguradores de salud multinacionales se resisten entonces a establecer presencia en tales mercados. Cuarto, en algunos países de ingreso bajo y medio, la población con voluntad y capacidad de pago no está lo suficientemente concentrada geográficamente para que sea práctico vender o administrar un seguro voluntario de salud. Finalmente, en algunos países de ingreso bajo y medio, el sector de servicios financieros formal, en general, y el de mercado de seguros, en particular, están poco desarrollados, y las personas temen invertir en un producto con beneficios personales inciertos.

En este contexto, es difícil establecer una organización con todas las competencias requeridas para administrar un esquema de aseguramiento voluntario de salud completo. La habilidad actuarial y contable es particularmente escasa. Adicionalmente,

Cuadro 3.1 *Instrumentos para regular los mecanismos de financiamiento de la salud no financiados por el gobierno en países de ingreso alto, bajo y medio*

Propósito de la regulación	*Países de ingreso alto*	*Países de ingreso medio y bajo*
Establecimiento de las condiciones básicas para el intercambio de mercado		
Solvencia de los planes de aseguramiento	Establecer estándares mínimos adecuados de capital y beneficios	Regulación modesta del aseguramiento privado en salud con débil control de cumplimiento. Grandes ganancias generalmente hechas por compañías que han logrado obtener una licencia para vender
	Limitar opciones de inversión Establecer requerimientos de reporte financiero Establecer estándares para solidez actuarial de largo plazo para el aseguramiento privado y social	
Ventas y practicas de marketing	Publicidad	Alguna regulación, pero poco control de cumplimiento
	Publicación de tasas de comisiones, límite máximo a las ventas y costos de marketing Contenido y forma de las pólizas de aseguramiento	
Perfeccionar cuando el mercado no puede hacer una distribución equitativa		
Distribución del riesgo	Requiere aseguramiento para determinar las primas para toda la comunidad	Leyes similares a las del aseguramiento social, pero poco control de cumplimiento de la ley
	Hacer que los hogares elegibles se inscriban en planes de aseguramiento social	
Equidad en financiamiento y beneficios	Primas determinadas en base a un porcentaje del salario a aseguramiento social	Similar
Corregir las fallas de mercado		
Selección de riesgo	Exigir una inscripción abierta; prohibir las condiciones de inscripción por criterios médicos Establecer primas ajustadas por el riesgo	Aseguramiento social es usualmente regulado, pero no el aseguramiento privado
	Reasegurar individuos de alto riesgo mediante la transferencia de fondos retrospectivamente, de aseguradores con bajo riesgo promedio hacia los de riesgo alto Exigir al aseguramiento fijar las primas para toda la comunidad	
Selección adversa	Información abierta del paciente sobre su historia y condición médica	Muy poca regulación
Precios monopolísticos	Requiere un cociente mínimo de pérdidas: es decir, pagar un porcentaje mínimo de primas por los beneficios del servicio de atención de salud	Muy pocos países lo regulan
Corregir resultados de mercado inaceptables		
Agentes toman ventaja del sistema (*free-rider*)	Hacer que todos los individuos elegibles participen en el aseguramiento social	Lo mismo, pero con menor cumplimiento de la ley
Costo-efectividad	Regular el paquete de beneficios del seguro obligatorio	Similar

Fuente: Roberts 2004.

muchos aseguradores se resisten a entrar a un mercado sin un sistema regulatorio establecido, porque las reglas del juego no son claras. De modo que los gobiernos necesitan invertir en el establecimiento de una infraestructura regulatoria para promover el desarrollo del mercado y un ambiente competitivo y justo.

En algunos países de ingreso medio y bajo, los hacedores de política pueden querer restringir los papeles permitidos o el desempeño del aseguramiento privado voluntario en salud por la preocupación de que tal mecanismo de financiamiento puede disminuir el apoyo de un mecanismo de financiamiento alternativo (obligatorio), o bien que el aseguramiento voluntario de salud capture una gran parte de los recursos humanos disponibles (como doctores y enfermeras). La elasticidad de la oferta de personal clínico afecta el riesgo potencial en esta área.

Factibilidad del aseguramiento voluntario en salud en países en desarrollo

¿Podrá el seguro voluntario de salud ser una opción viable de financiamiento de la salud en países de ingreso bajo y medio? ¿Debería promoverse que los hacedores de política desarrollen el papel del aseguramiento voluntario en salud en países donde existen importantes brechas en la cobertura efectiva de la población, o en la capacidad técnica en los esquemas obligatorios de financiamiento?

En países de bajos ingresos, sólo una minoría de la población es probable que tenga la voluntad y la capacidad de pago de un seguro voluntario de salud no subsidiado. Esta restricción explica en parte por qué las entidades de seguro voluntario de salud tienen una limitada presencia en muchos países en desarrollo. En Accra y Ghana, por ejemplo, sólo existe una entidad de aseguramiento privado en salud (administrada por empresarios de altas calificaciones médicas) dirigida a la clase media profesional que trabaja en el sector financiero de la ciudad (Atim y otros 2001). Sin embargo, incluso en países de ingreso bajo, existe alguna presencia de aseguramiento voluntario en salud. Un reporte de la OMS identificó 38 países en donde el aseguramiento voluntario en salud contribuyó en más del 5% al gasto total en salud. Casi la mitad de ellos están en países de ingreso bajo y medio bajo (Sekhri, Savedoff y Tripathi 2005).

En los países de ingreso medio, con un gran porcentaje de población educada, móvil y urbana, el aseguramiento voluntario en salud se convierte en un instrumento más plausible, ya sea como fuente primaria o adicional de financiamiento de la salud. De hecho, en algunos países, como Brasil, Chile, Namibia, Sudáfrica y Zimbabue, el aseguramiento privado en salud contribuye con más del 20% del gasto total en salud (Sekhri, Savedoff y Tripathi 2005).

Es probable que los esquemas de aseguramiento basados en el empleo o en grupos de afinidad tengan menos problemas (y sean más estables financieramente) que los esquemas de participación individual, lo cual tiende a atraer un número desproporcionado de suscripciones de alto riesgo –el problema de selección adversa. Las

primas ajustadas al riesgo, el examen médico antes del contrato, y los períodos de espera y calificación son mecanismos de mercado creíbles y comprobados para controlar la selección adversa, pero no atienden los problemas de acceso y pueden no ser la solución apropiada en todos los casos.

Entre las fallas de mercado documentadas del esquema de aseguramiento voluntario en salud, algunas de las más problemáticas para los hacedores de política en los países en desarrollo son las que empeoran la desigualdad en la atención y en el acceso de los pobres (Sekhri, Savedoff y Tripathi 2005). Las preocupaciones respecto de los efectos de equidad del aseguramiento voluntario pueden controlarse mediante una variedad de instrumentos de política, incluyendo subsidios a las primas con fondos públicos, límites a las funciones y papeles permitidos para esta cobertura al interior del sistema de salud, controles en el acceso a los proveedores del servicio público y regulación en la emisión de productos de aseguramiento, así como en su contenido y precio. El aseguramiento privado de salud también está muchas veces asociado con altos costos administrativos, aunque el alcance y la naturaleza de estos costos varían según el país, el tipo de aseguramiento y el asegurador (OCDE 2004). Estos costos pueden incluir la facturación, el condicionamiento médico (cuando es permitido), las comisiones para los agentes, la distribución, el marketing y otros gastos. El fraude y abuso pueden ser también un problema, como ocurre a veces en los programas de cobertura públicos, y el sistema regulatorio también debe tener normas para prohibir falsos reclamos. En consecuencia, los hacedores de política, que desean establecer o promover un mercado de aseguramiento voluntario de salud, necesitarán anticipar el impacto general del aseguramiento voluntario de salud en la demanda y por la oferta de servicios de salud y trabajar para anticipar cualquiera de estos obstáculos. Los hacedores de política también deberán establecer mecanismos efectivos para regular el aseguramiento voluntario de salud y los mercados relacionados.

Marco regulatorio para el aseguramiento voluntario de salud

Esta sección ofrece una revisión del marco regulatorio del seguro voluntario de salud cuando el seguro es ofrecido a través de agentes aseguradores no gubernamentales competitivos. Se identifican los temas regulatorios clave y se describe alguna experiencia con la regulación en países desarrollados y en desarrollo.

El término "regulación" se puede usar en un sentido estricto para referirse a los instrumentos mediante los cuales los gobiernos implementan requerimientos legislativos. También puede usarse en un sentido más general para "incluir el rango completo de los instrumentos legales mediante los cuales las instituciones gubernamentales, a todos los niveles de gobierno, imponen obligaciones o restricciones en el comportamiento del sector privado. La Constitución, las leyes parlamentarias, legislación subordinada, decretos, órdenes, normas, licencias, planes, códigos e incluso algunas formas de guías

administrativas pueden considerarse 'regulación'" (OCDE 1995, p. 20). Esta sección discute la regulación en el sentido más general.

La regulación del aseguramiento voluntario de salud reúne los principios del servicio de atención de salud y la regulación financiera. Roberts (2004) cita los cuatro objetivos fundamentales siguientes de la regulación de la atención de salud; estos objetivos generales reúnen muchos de los objetivos clave detrás de la regulación del mercado voluntario de aseguramiento en salud:

1. Asegurar que los intercambios de mercado y las transacciones sean hechas honesta y abiertamente.
2. Rectificar las fallas de mercado.
3. Lidiar con la distribución desigual del ingreso y las variaciones en las necesidades de salud (diferencias en asignaciones iniciales).
4. Restringir los resultados de mercado en términos éticos (venta de órganos).

En términos simples, los objetivos 1 y 2 pueden entenderse como los objetivos financieros o de mercado, y los objetivos 3 y 4 como de equidad de la regulación de atención de salud. Sin embargo, en algunos casos, las fallas de mercado al interior del mercado de aseguramiento voluntario de salud resultan en un acceso desigual a la cobertura; de modo que las consecuencias de las fallas de mercado no están limitadas a temas financieros. Algunos reguladores del mercado de aseguramiento voluntario en salud se concentran en los elementos financieros de la regulación, pero se recomienda que los hacedores de política consideren la equidad y los desafíos de la atención de salud que pueden surgir al interior del mercado de aseguramiento voluntario en salud, y tomen decisiones explícitas respecto de en qué medida y hasta qué punto desean abordar esos problemas mediante la regulación.

Estructura de la regulación. El enfoque tradicional a la regulación ha sido institucional; esto es, se han asignado agencias regulatorias separadas a cada categoría de instituciones o sectores (o a ambos). Tal enfoque se ha puesto en duda por tres razones. Primero, el marco regulatorio en economías de mercado tiende a tener al menos tres niveles: el marco general de la ley civil y criminal, la regulación específica a un sector, y la regulación de empresas privadas (competencia, publicidad, protección al consumidor, etc.) (Jones 1994). Segundo, algunos proveedores financieros y de servicios de atención de salud (conocidos como conglomerados) están integrados tanto horizontalmente en mercados relacionados como verticalmente arriba y abajo en la cadena de oferta (como cuando un asegurador de salud compra un hospital), generando nuevos desafíos para el modelo tradicional. Tercero, como lo citan Carmichael y Pomerleano (2002, p. 40), existe una preocupación legítima sobre el "arbitraje regulatorio" –el intento de seleccionar formas institucionales para explotar (y ganar

ventajas competitivas y financieras) diferencias en la regulación, que aplican a proveedores institucionalmente diferentes que operan en un solo mercado.

Los países tienden a emplear varios modelos regulatorios en su supervisión del mercado de aseguramiento voluntario de salud. Los aseguradores privados de salud están generalmente regulados, al menos en parte, por el mismo regulador que en otras líneas de aseguramiento, en particular en el área de solvencia. El estudio de la OCDE, en aseguramiento privado de salud, encontró que hubo una tendencia entre los países de la OCDE a regular según las actividades y funciones de las entidades, en lugar de por el tipo de entidad (con o sin fines de lucro) (OCDE 2004). Esta tendencia probablemente surge del potencial de las entidades de explotar la regulación institucional. Estos reguladores están generalmente, pero no siempre, dentro de los ministerios de Finanzas o agencias similares. Adicionalmente, los reguladores de la atención de la salud muchas veces tienen un papel en la regulación del aseguramiento voluntario en salud, como es el caso de México y Holanda. En algunos casos, como en Australia, Irlanda y algunos estados de Estados Unidos, las autoridades de salud son los principales reguladores de este aseguramiento, generalmente con el apoyo de reguladores financieros relacionados con los aspectos financieros del mercado y los aseguradores (OCDE 2004, cuadro 3.17). Uruguay ha dividido sus responsabilidades regulatorias para el aseguramiento voluntario en salud entre dos agencias: el Ministerio de Salud Pública monitorea las operaciones de las instituciones sin fines de lucro, mientras que el Ministerio de Economía y Finanzas supervisa a los aseguradores con fines de lucro.

En general, los mercados de aseguramiento voluntario están en pocas ocasiones bajo el control total de una sola institución de monitoreo. Un rango completo de temas compete a las actividades del aseguramiento voluntario en salud, incluidos la competencia, el antitrust, la protección al consumidor y la publicidad. De modo que es posible que diferentes agentes estén involucrados en la regulación. Sin embargo, el grado en que los temas del sistema de salud son abordados activamente por la regulación, varía mucho entre países y es resultado de recursos, experiencia, y prioridades gubernamentales, entre otros factores.

Respaldo regulatorio e implementación. La efectividad de un regulador está determinada por la habilidad de atender su objetivo regulatorio de manera oportuna y costoefectiva. Los reguladores requieren un alto nivel de apoyo político, respaldo legislativo (incluyendo el poder de uso de la ley para el cumplimiento), financiamiento adecuado, y sólidas bases de conocimientos (Carmichael y Pomerleano 2002). Sólo así pueden implementar efectivamente la regulación.

Roberts ha usado su análisis de los objetivos de la regulación de la atención de salud para desarrollar una lista específica de instrumentos usados tanto en países de ingresos altos como medios y bajos, para regular los mecanismos financieros que

no son financiados por el gobierno (cuadro 3.1). Muchos de los instrumentos regulatorios de Roberts están diseñados para abordar la distribución desigual del ingreso y las variaciones en las necesidades de salud y las consecuencias resultantes de estos instrumentos redistributivos (como un incremento en la selección adversa). El autor también identifica medidas que pueden ayudar a corregir las fallas de mercado comunes en mercados de aseguramiento de salud voluntario, como la selección de riesgo, la selección adversa y los mecanismos problemáticos de determinación de precios, todos los cuales también tienen efectos de equidad y asignativos.

El cuadro 3.1 incluye muchas características clave del marco regulatorio del aseguramiento voluntario de salud e indica que, en el análisis de Roberts, varias de las protecciones clave no se encuentran en funcionamiento o su cumplimiento es débilmente exigido en países de ingreso bajo y medio. El alcance y contenido de la regulación del aseguramiento voluntario de salud en países en desarrollo todavía no se entiende bien y podría beneficiarse de mayor investigación y análisis.

Por el contrario, los países desarrollados tienden a tener un marco regulatorio más avanzado para los sistemas de aseguramiento voluntario, aunque no siempre abordan el rango completo de temas resaltados en el análisis de Roberts. La OCDE examinó el alcance y el tipo de regulación del aseguramiento privado de salud encontrado en los países de la OCDE. Encontró que el alcance de la regulación varía significativamente, y en países europeos estaba limitado por la normatividad de aseguramiento de la Unión Europea. Como regla general, el papel que juega este seguro en la cobertura del sistema nacional de salud tuvo un impacto significativo en la profundidad y el alcance de la participación del gobierno en el sector. Las áreas tratadas bajo algunos de los marcos regulatorios de aseguramiento privado de algunos países son (OCDE 2004):

- Acceso a la cobertura,
- Selección adversa,
- Paquetes de beneficios,
- Primas y precio de la regulación,
- Publicación de información,
- Incentivos impositivos o fiscales y otros subsidios a la compra,
- Requerimientos de prudencia y financieros,
- Regulación de quejas y solicitudes de los consumidores.

La imposición de requerimientos de acceso y primas ha sido muy controversial en mercados en los cuales los productos de aseguramiento de salud son mercadeados mediante individuos, en lugar de empleadores, dado el potencial de selección adversa, de una "espiral de primas" (en donde una persona de riesgo bajo se retira del sistema por el precio de las primas, iniciando una espiral de caída en la afiliación y una espiral de aumento de costo de las primas de afiliación), y de cobertura oportunista de las

personas (cuando pueden prever la necesidad de servicio médico) particularmente altas. Se han presentado debates serios sobre la medida en la cual las primas y las condiciones de acceso pueden limitar la adquisición de cobertura y el incremento de costos en un mercado voluntario, en el cual tales condiciones tienden a proteger a las personas de alto riesgo. Sin embargo, ante la ausencia de tales condiciones o prácticas industriales voluntarias que favorezcan políticas no discriminatorias, es difícil asegurar que los individuos de alto riesgo puedan adquirir productos de aseguramiento voluntario a un costo que puedan pagar. Este tema es uno de los dilemas clave que enfrentan los reguladores del mercado privado de aseguramiento en salud.

Sin embargo, algunos afirman que muchos tipos de regulación de los contratos de aseguramiento voluntario reducen la eficiencia de tal mercado. Zwiefel, Krey y Tagli (en preparación) encuentran que algunas medidas usadas en los países de la OCDE, como las primas obligatorias, la obligación de ofrecer ciertos productos o beneficios, y la aprobación de productos, tienen efectos que tienden a ir en contra de los incentivos de mercado apropiados y la competencia. Zwiefel, Krey y Tagli favorecen concentrarse en los requerimientos de capital y liquidez, requerimientos de entrega de información al regulador y al consumidor y requerimientos estándar de contabilidad y auditoría. Sin embargo, afirman que un esquema obligatorio de ajuste de riesgo entre los aseguradores puede complementar la regulación de las primas y ayudar a evitar el descreme de parte de los aseguradores. Este enfoque ha sido controversial en algunos mercados, donde la industria ha afirmado que es anticompetitivo. Los méritos de competencia relativa y de eficiencia de muchas regulaciones del aseguramiento voluntario en salud son objeto de diferentes puntos de vista, y pueden depender de la composición particular del mercado de aseguramiento y de la atención de salud en el cual sean implementados, así como de los objetivos de los diseñadores de política y de los reguladores.

Una decisión fundamental de política, con grandes implicaciones para el alcance y naturaleza de la tarea regulatoria, es si imponer o no objetivos redistributivos en el aseguramiento voluntario de la salud. Y si lo hacen, considerar si la redistribución ocurrirá entre individuos de alto y bajo riesgo, ricos y pobres, o entre dependientes y población en edad de trabajar. La imposición de estándares relacionados –como normas al acceso o primas –puede tener consecuencias en el perfil de los posibles compradores, así como en la salud financiera de los planes. Estas consecuencias deben ser consideradas, y se debe hacer un esfuerzo para contener los potenciales efectos negativos mediante instrumentos particulares al interior del esquema regulatorio.

Finalmente, el balance entre los mecanismos de financiamiento de la salud obligatorios y voluntarios y el gradiente de redistribución (y otras restricciones) en cada segmento debe ser una decisión soberana del gobierno, determinada con base en la habilidad de recaudación de ingreso, la voluntad de la población de comprar un aseguramiento voluntario de salud, y la capacidad regulatoria del país, entre otros factores. En países de ingreso bajo y medio, las preocupaciones salientes incluyen

también si el limitado financiamiento público para la salud debe destinarse a esquemas de aseguramiento voluntario que generalmente cubren a los más ricos, o si tales recursos deben destinarse al apoyo financiero directo de servicios para los más pobres y vulnerables de la población.

La categorización de los riesgos seleccionados en el aseguramiento voluntario/privado de acuerdo con su fuente y tipo financiero (cuadro A3.1) busca ayudar a los aseguradores, diseñadores de política y a los reguladores a hacer un perfil del riesgo existente o probable bajo diferentes condiciones.

Para las fuentes de riesgo, un marco evaluativo propone cinco elementos principales: política pública, demanda, estructura de mercado, comportamiento y desempeño (Mossialos y Thomson 2002). Las categorías política pública, estructura de mercado y comportamiento son las usadas aquí. La cuarta fuente de riesgo en el cuadro es "riesgo comercial" que incluye los riesgos que los aseguradores asumen de los consumidores, proveedores de servicios y competidores. Los últimos cinco riesgos comerciales –barreras a la salida, etc.– son de "cinco fuentes competitivas" (Porter 1980).

Para los riesgos financieros asumidos por el seguro voluntario/privado, Bowie y Adams (2005) categorizan tales riesgos según sus principales categorías contables: ingreso, gasto, activos y deudas. Los riesgos de ingreso reducen el ingreso probable de un esquema de aseguramiento voluntario/público. Los riesgos de gasto aumentan la probabilidad de gasto del esquema en el año financiero actual. Las deudas se refieren a los riesgos de gasto que enfrentan estos esquemas en años financieros futuros. Todos los riesgos financieros pueden, indirecta y acumulativamente, convertirse en riesgos de activos del esquema. El cuadro A3.1 resalta sólo los riesgos que son "directos" a los activos del esquema.

Los activos pueden ser divididos en tres grandes categorías: efectivo, activos de inversión y otros activos. Las características clave de los "activos de inversión" son su seguridad, retorno y liquidez. "Otros activos" se mantienen generalmente en forma de propiedad o en negocios que apoyan o complementan el negocio básico del aseguramiento. Un ejemplo de "otros activos", mantenidos por aseguradores de salud voluntarios en países en desarrollo, incluye la propiedad o "control" de alguna parte en la cadena de oferta de productos farmacéuticos –para asegurar la credibilidad, eficiencia y calidad de la oferta de este recurso clave del sector, financiado por los proveedores de seguros voluntarios/privados de salud.

Las deudas pueden también dividirse en tres categorías: reclamos pendientes, ingreso no ganado y riesgo pendiente. El ingreso no ganado se refiere a las primas recibidas por períodos futuros. El riesgo pendiente es una provisión contra cualquier diferencia anticipada entre los costos esperados de futuros reclamos y la reserva no ganada de primas, cuando no se espera que esta última cubra todas las obligaciones (por ejemplo, una temporada de invierno fuerte en un clima templado).

Anexo 3.1 Los cuatro tipos de riesgo financiero en el aseguramiento voluntario/privado de salud

Cuadro A3.1 Riesgos seleccionados en el aseguramiento voluntario/privado de salud

Fuentes del riesgo	*Tipo de riesgo financiero*			
Riesgo en el contexto, la política y regulación	*Riesgo en el ingreso*	*Riesgo en el gasto*	*Riesgo en activos*	*Riesgo en deudas*
Riesgos de la política pública				
Economía pobre Crecimiento bajo e inestable	Riesgo aumenta	*	Riesgo aumenta	*
Carga de enfermedad alta e inestable	*	Riesgo aumenta	*	Riesgo aumenta
Demografía –la población dependiente está aumentando	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta	*	*
Contexto de política pública y papeles permitidos no claros o inestables	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta	*	*
Regulación inestable o excesiva	*	Riesgo aumenta	*	Riesgo aumenta
Poco control en la composición del paquete de beneficios	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta	*	*
Poco control en el precio del paquete de beneficios y/o poca carga	Riesgo aumenta	*	*	Riesgo aumenta
Riesgos de la estructura de mercado				
Poca concentración de la oferta	Riesgo aumenta	*	*	*
Grado de integración horizontal del competidor	Riesgo aumenta	*	*	*
Grado de integración vertical del competidor	*	Riesgo aumenta	*	*
Riesgos de comportamiento				
Abuso y fraude	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta
Riesgo moral	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta	*	Riesgo aumenta
Selección adversa	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta	*	Riesgo aumenta
Riesgos comerciales				
Baja aversión al riesgo	Riesgo aumenta	*	*	*
Alta diversidad de preferencias	Riesgo aumenta	*	*	*

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación cuadro A3.1)

Tamaño pequeño de la agrupación de distribución de riesgo	Riesgo aumenta	*	*	*
Poco control sobre la utilización	*	Riesgo aumenta	*	*
Poco control sobre los pagos a proveedores	*	Riesgo aumenta	*	Riesgo aumenta
Poca densidad de provisión	Riesgo aumenta	*	*	*
Alta densidad de provisión	*	Riesgo aumenta	*	*
Barreras a la salida	*	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta	Riesgo aumenta
Amenaza de nuevas entrada	Riesgo aumenta	*	*	*
Amenaza de productos sustitutos	Riesgo aumenta	*	*	*
Poder de negociación-oferentes	*	Riesgo aumenta	*	*
Poder de negociación-compradores	Riesgo aumenta	*	*	*

Fuente: Los autores.

Nota: * No impacto.

Referencias

Atim, C. 1998. *The Contribution of Mutual Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care: Synthesis and Research in Nine West and Central African Countries.* Bethesda, Md.: Abt Associates Inc., Partnerships for Health Reform Project.

Atim, C., S. Grey, P. Apoya, S. Anie y M. Aikins. 2001. *A Survey of Health Financing Schemes in Ghana.* Bethesda, Md.: Abt Associates.

Banco Mundial. 2000. (Citado en European Observatory on Health Systems and Policies 2005).

———. 2004. *Informe sobre el desarrollo mundial: servicios para los pobres.* Bogotá, Banco Mundial y Alfaomega.

———. 2005. *Azerbaijan Republic Poverty Assessment.* Vol. II: *The Main Report.* Washington, D. C.

Bärnighausen, T. y R. Sauerborn. 2002. "One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle-and Low-Income Countries?" *Social Science and Medicine* 54 (10): 1559-87.

Bassett, M. 2005. "Voluntary Health Insurance in Development." Documento presentado en la conferencia Private Health Insurance in Developing Countries, Wharton Business School,

University of Pennsylvania, marzo 15-16, Philadelphia [http://hc.wharton.upenn.edu/impactconference/presentations.html].

Bennett, S., A. Creese y R. Monash. 1998. *Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment.* Discusión de análisis, investigación y conclusión, Documento 16. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Bennett, S., A. G. Kelley y B. Silvers. 2004. *21 Questions on CBHF: An Overview of Community-Based Health Financing.* Bethesda, Md.: Abt Associates, Inc., Partnerships for Health Reform Project.

Beveridge, W. 1942. *Social Insurance and Allied Service.* Londres: His Majesty's Stationery Office.

Bowie, R. y G. Adams. 2005. "Financial and Management Practice in a Voluntary Medical Insurance Company in the Developed World." Documento básico preparado para la conferencia Private Health Insurance in Developing Countries, Wharton Business School, Universidad de Pensilvania, marzo 15-16, Filadelfia.

Busse, R., R. Saltman y H. Dubois. 2004. "Organization and Financing of Social Health Insurance: Current Status and Recent Policy Development." En R. B. Saltman, R. Busse y J. Figueras, eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Carmichael, J. y M. Pomerleano. 2002. *Desarrollo y regulación de instituciones financieras no bancarias.* Bogotá: Banco Mundial y Mayol.

Carrin, G. 2002. "Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge." *International Social Security Review* 55 (2): 57-69.

Carrin, G. y C. James. 2003. "Determinants of Achieving Universal Coverage of Health Care: An Empirical Analysis." En Martine Audibert, Jacky Mathonnat y Eric De Roodenbeke, eds., *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu.* París: Karthala.

———. 2004. "Social Health Insurance as a Pathway to Universal Coverage: Key Design Features in the Transition Period." Documento técnico de financiamiento de salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Castro-Leal, F., J. Dayton, L. Demery y K. Mehra. 1999. "Public Social Spending in Africa: Do the Poor Benefit?" *The World Bank Research Observer* 14 (1): 49-72.

Catañeda, T. 2003. "Targeting Social Spending to the Poor with Proxy-Means Testing: Colombia's Sisben System." Banco Mundial, Washington, D. C.

Conn, C. P. y V. Walford. 1998. *An Introduction to Health Insurance for Low-Income Countries.* Londres: R. U. Department for International Development.

Dror, D. y A. Preker. 2004. *Social Re-Insurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing.* Ginebra: Banco Mundial, Organización Internacional del Trabajo; Washington, D. C.: Banco Mundial.

Ekman, B. 2004. "Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries: A Systematic Review of the Evidence." *Health Policy and Planning* 19 (5): 249-70.

Ensor, T. 1999. "Developing Health Insurance in Transitional Asia." *Social Science and Medicine* 48 (7): 871-9.

Enthoven, A. C. 1985. *Reflections on the Management of the National Health Service: An American Looks at Incentives to Efficiency in Health Services Management in the U. K.* Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Escobar, M-L. 2005. "The Colombia Health Sector and the Poor". Banco Mundial, Washington, D. C.

Escobar, M-L. y P. Panapoulou. 2002. "Health." En M. M. Giugale, O. Lafourcade y C. Luff, eds., *Colombia: los fundamentos económicos de la paz.* Bogotá: Banco Mundial y Alfaomega.

European Observatory on Health Systems and Policies. 2005. "Glossary." www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage.

Evans, R. G. 2002. "Funding Health Care: Taxation and the Alternatives." En E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin, eds., *Funding Health Care: Options for Europe.* Buckingham: Open University Press.

GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit). 2004. *Social Health Insurance –Systems of Solidarity: Experiences from German Development Cooperation.* Eschborn, Alemania.

Holley, J., O. Akhundov y E. Nolte. 2004. *Health Care Systems in Transition: Azerbaijan.* World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhague.

Hsiao, W. 2001. "Unmet Health Needs of Two Billion: Is Community Financing a Solution?" Documento de discusión sobre salud, institución y población, Banco Mundial, Washington, D. C.

Jones, B. 1994. *Politics R. U.* Nueva York: Harvester Wheatsheaf.

Kutzin, J. 2001. "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements." *Health Policy* 56 (3): 171-204.

Langenbrunner, J. 2005. "Health Care Financing and Purchasing in ECA: An Overview of Issues and Reforms." Documento inédito, Banco Mundial, Washington, D. C.

McKee, M., D. Delnoij y H. Brand. 2004. "Prevention and Public Health in Social Health Insurance Systems." En R. B. Saltman, R. Busse y J. Figueras, eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Mossialos, E. y A. Dixon. 2002. "Funding Health Care in Europe: Weighing Up the Options." En E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin, eds., *Funding Health Care: Options for Europe.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Mossialos, E. y S. Thomson. 2002. "Voluntary Health Insurance in the European Union." Informe preparado por Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, Bruselas.

MSH (Management Sciences for Health). 2000. *Social Insurance Assessment Tool.* Boston, Mass.

Nichols, L. M., P. Ginsburg, R. Berenson, J. Christianson y R. Hurley. 2004. "Are Market Forces Strong Enough to Deliver Efficient Health Care Systems? Confidence Is Waning." *Health Affairs* 23 (2): 8-21.

Normand, C. y R. Busse. 2002. "Social Health Insurance Financing." En E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin, eds., *Funding Health Care: Options for Europe* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Normand, C. y C. Weber. 1994. *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Oficina Internacional del Trabajo.

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 1995. *Recommendation of the Council of the OECD on Improving the Quality of Government Regulation.* Basilea, Suiza.

———. 2004. *Private Health Insurance in OECD Countries.* N. Tapay y F. Colombo, coautores. París.

OIT (Oficina Internacional del Trabajo). 2005. *Global Employment Trends.* Ginebra. 118 *Health Financing Revisited.*

OIT e ISSA (International Social Security Association). 1999. *Social Health Insurance.* Ginebra.

OIT y STEP (Strategies and Tools against Exclusion and Poverty). 2002. "Extending Social Protection in Health through Community-Based Health Organizations." Documento de trabajo, Ginebra.

Jakab, M. y C. Krishnan. 2004. "Review of the Strengths and Weaknesses of Community Financing." En A. Preker y G. Carrin, eds., *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing.* Banco Mundial, Washington, D. C.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance.* Ginebra.

———. 2001. *Report of the Commission on Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development.* Ginebra.

———. 2002. *Mobilization of Domestic Resources for Health. Report of the Commission on Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development.* Ginebra.

———. 2004. *The World Health Report 2004: Changing History.* Ginebra.

Pitayarangsarit, S. y V. Tangcharoensathien. 2002. "Private Health Insurance." E P. Pramualratana y S. Wisbulpolprasert, eds., *Health Insurance Systems in Thailand.* Nonthaburi, Tailandia: Health Systems Research Institute.

Porter, M. E. 1980. *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors.* Nueva York: Free Press.

Preker, A., G. Carrin, D. Dro, M. Jakab, W. Hsiao y D. Arhin-Tenkorang. 2004. "Rich-Poor Differences in Health Care Financing." En A. Preker y G. Carrin, eds., *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Roberts, M. J. 2004. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity.* Nueva York: Oxford University Press.

Ron, A., B. Abel-Smith y G. Tamburi. 1990. *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach.* Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

R. U. Department of Health. 2005. *Departmental Report 2005.* Londres: Her Majesty's Stationery Office.

Saltman, R. B. 2004. "Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability." En R. B. Saltman, R. Busse y J. Figueras, eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Savedoff, W. D. 2004a. "Is There a Case for Social Insurance?" *Health Policy and Planning* 19 (3): 183-84.

———. 2004b. "Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences." Health Financing Policy Issue Paper, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

———. 2005. "Mandatory Health Insurance in Developing Countries: Overview, Framework, and Research Program." Health, Nutrition and Population Team, Banco Mundial, Washington, D. C.

Schieber, G. y A. Maeda. 1997. "A Curmudgeon's Guide to Financing Health in Developing Countries." En G. Schieber, ed., "Innovations in Health Care Financing." Documento de trabajo 365, Banco Mundial, Washington, D. C.

Sekhri, N. y W. Savedoff. 2005. "Private Health Insurance: Implications for Developing Countries." *Bulletin for the World Health Organization* 83 (2): 127-34.

Sekhri, N., W. Savedoff y S. Tripathi. 2005. "Regulating Private Insurance to Serve the Public Interest: Policy Issues for Developing Countries." Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Tabor, S. 2005. "Community-Based Health Insurance and Social Protection Policy." Documento de discusión sobre protección social, Banco Mundial, Washington, D. C.

Tapay, N. y F. Colombo. 2004. "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems." En *Towards High Performing Health Systems-Policy Studies.* París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Waelkens, M-P. y C. Criel. 2004."Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne. Etatdes lieux et réflexions sur un agenda de recherche." Documento de discusión sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D. C.

Wagstaff, A. y M. Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Witter, S. 1997. (Citado en European Observatory on Health Systems and Policies 2005).

Xu, K., D. B. Evans, K. Kawabata, R. Zaramdini, J. Klavus y C. J. L. Murray. 2003. "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis." *Lancet* 362 (9378): 111-7.

Zweifel, P., B. Krey y M. Tagli. (En preparación). *Private Voluntary Health Insurance in Developing Countries: Supply.* Documento de discusión sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D. C. [http://hc.wharton.upenn.edu/impactconference/presentations.html].

4
Ayuda externa para el sector de la salud

Los países donantes, organizaciones internacionales y entidades de desarrollo tendrán que destinar miles de millones de dólares de ayuda externa adicional para ayudar a los países de bajos ingresos a alcanzar los ODM. Pese a que los aumentos recientes observados en este tipo de ayuda han sido menores que los comprometidos, el dinero que se ha puesto a disposición ha representado un problema para los países receptores. El momento en que el dinero se entrega es muchas veces impredecible, las tasas de cambio son volátiles, el período de madurez de los préstamos y donaciones son demasiado cortos, y la ayuda no está bien coordinada con el proceso presupuestal ni con las prioridades de salud del gobierno receptor. Para que la ayuda adicional sea efectiva, los donantes deben estar dispuestos a hacer compromisos más flexibles y de largo plazo, que estén integrados con los objetivos de desarrollo del país receptor, y los países receptores, por su parte, deben trabajar para mejorar el control de sus gastos y la capacidad de absorción.

El financiamiento externo para salud, en forma de ayuda para el desarrollo específica para intervenciones de salud (llamada ayuda para la salud), y de ayuda para el desarrollo en general son componentes importantes del financiamiento de la salud, especialmente en países de bajos ingresos. Se necesita un incremento masivo en la ayuda para la salud para que los países logren los ODM. Las estimaciones mundiales de cuánto costaría alcanzar los ODM en salud se encuentran entre US$25 mil millones y US$70 mil millones, gran parte de los cuales es ayuda. Este capítulo revisa las tendencias recientes en la ayuda para el desarrollo en general, así como los flujos financieros privados hacia países de ingresos bajos y medios. Se analiza la creciente diversidad de los donantes, programas y recursos en lo que se refiere a la ayuda específica para la salud. También se examinan la efectividad y sostenibilidad de la ayuda desde la perspectiva de los donantes y receptores –particularmente, la necesidad de que los donantes hagan más predecibles y fungibles sus compromisos y que los mismos estén asociados con el presupuesto del país receptor; y que los países receptores incrementen su capacidad de absorber los fondos y mejoren sus mecanismos de rendición de cuentas.

El financiamiento oficial para el desarrollo fue de US$70 mil millones en 2003, un poco más alto en términos reales que en el año 1992. El reciente incremento se debe en gran parte a aumentos en la ayuda para la salud, que ha crecido gracias a la creciente presencia de alianzas globales, como el Fondo Mundial para la lucha contra SIDA, Tuberculosis y Malaria y la Alianza Global para Vacunas e Inmunización, y de las fundaciones privadas. A pesar del incremento, la ayuda oficial para el desarrollo representa sólo el 0,25% del INB de los países de la OCDE, bastante menos del objetivo fijado en la conferencia internacional de Monterrey, México en 2002 de 0,7%.

Aunque la ayuda para la salud aumentó a más de US$10 mil millones en 2003, desde US$2,6 mil millones en 1990, las estimaciones indican que entre tres y siete veces este valor será necesario para lograr los ODM en salud. No es claro si los compromisos en términos de monto y duración necesarios se cumplirán, al menos en el corto plazo. Mientras tanto, los países receptores enfrentan serias restricciones de presupuesto, y la expectativa de recibir grandes cantidades de ayuda oficial para el desarrollo los previene de tomar decisiones difíciles pero necesarias en un ambiente con restricción de recursos.

La ayuda para el desarrollo, en general, y la dirigida a la salud, en particular, se han criticado por ser una fuente de financiamiento no predecible, por la proliferación de programas e intervenciones para enfermedades específicas que usualmente no están integradas en los programas existentes de los países; por el gran número de nuevos donantes y participantes, por la poca flexibilidad de la ayuda para enfrentar problemas inesperados y crisis; y por la falta de rendición de cuentas de los donantes ante la ausencia de resultados y progresos. Estos problemas reducen el impacto del financiamiento de los donantes en alcanzar crecimiento económico y resultados en salud, temas que se desarrollan con más detalle en el capítulo siguiente.

Los problemas de la ayuda identificados sugieren las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- El flujo de la ayuda puede ser volátil por muchas razones, incluyendo fluctuaciones en la tasa de cambio, decisiones políticas y presupuestales de los donantes, demora administrativa de parte del donante, problemas de capacidad de absorción en el país receptor, y el incumplimiento de las condiciones acordadas. De modo que, no existe un instrumento o solución única al tema de la volatilidad; por el contrario, cada fuente de volatilidad debe resolverse por separado.
- La sostenibilidad fiscal requiere consideración de las contingencias fiscales generadas por la volatilidad del financiamiento de los donantes. Debe motivar también mecanismos apropiados de rendición de cuentas por parte de los donantes y mejoras en la capacidad de uso de los recursos domésticos para financiar los mayores gastos que inicialmente fueran financiados por los donantes.

- La duración de los compromisos de los donantes debe ser larga, en muchos casos de más de veinte años, dependiendo de la magnitud del gasto y de la habilidad del país receptor de recaudar ingresos domésticos adicionales.
- El financiamiento de los donantes debe ser otorgado a través de medidas de apoyo presupuestal y alineado con aumentos en los recursos domésticos, a lo largo de la duración del programa.
- Del lado de los países receptores debe existir un esfuerzo por mejorar la administración del gasto público, la gobernabilidad y la rendición de cuentas. Los planes de salud deben estar alineados con la estrategia general de reducción de la pobreza, los planes de gasto de mediano plazo, y los sistemas de monitoreo y evaluación. El capítulo 7 desarrolla mejor estos elementos.
- Los flujos privados de capital, provenientes de la IED y de las remesas de los trabajadores, representan cerca de US$250 mil millones cada año, han sido subestimados como fuente de financiamiento de la salud, especialmente en países de ingreso medio. Si se quiere alcanzar los ODM, la ayuda oficial para el desarrollo, en particular la asistencia técnica, debe enfatizar la necesidad de políticas e instituciones apropiadas para atraer IED a países de ingreso bajo y medio, así como mecanismos efectivos para el uso de las remesas de los trabajadores. El énfasis del financiamiento con donaciones, a pesar de ser importante, no debe desviar la atención de estas otras fuentes privadas, fundamentales para el financiamiento sostenible del desarrollo.

Tendencias en la ayuda oficial para el desarrollo

La arquitectura actual del desarrollo internacional, responsable del financiamiento y administración de la ayuda oficial para el desarrollo, es una complicada estructura que incluye al FMI, el Banco Mundial, más de 20 bancos regionales de desarrollo, cerca de 40 agencias bilaterales de desarrollo, las organizaciones asociadas a las Naciones Unidas, miles de ONG grandes y pequeñas, y numerosas fundaciones privadas. Como nunca había ocurrido en sus 50 años de historia, el sistema internacional para el desarrollo reúne ahora al Estado, el sector privado y la sociedad civil en interacciones complejas que determinarán el éxito o la falla de los futuros esfuerzos de desarrollo. La armonización es necesaria para lograr los ODM. Sin embargo, el creciente número de participantes en escena hace que esta armonización sea mucho más difícil (Sagasti, Bezanson y Prada 2005).

La crisis financiera asiática del año 1997, la crisis rusa de 1997-2000, la reciente declaración de no pago de deuda de Argentina, el impacto del VIH/SIDA en el mundo pero especialmente en África, y la alarma mundial de salud pública por nuevas enfermedades, como SRAS y la gripe aviar, han despertado la necesidad de revitalizar la ayuda internacional en un mundo globalizado y de revertir la caída de la ayuda

oficial para el desarrollo. Esta percepción se ha reforzado por los ataques terroristas de septiembre de 2001, que incrementaron la alerta global sobre la necesidad de enfrentar la desigualdad para aumentar la seguridad del mundo. Las acciones para crear una nueva alianza global se reflejan en los ODM de las Naciones Unidas de 2000, el Consenso de Monterrey sobre desarrollo financiero y la Cumbre de Johannesburgo sobre desarrollo sostenible de 2002 y la Nueva Alianza para el Desarrollo de África. Estos renovados esfuerzos para revitalizar el desarrollo internacional también se han reflejado en los incrementos recientes de la ayuda oficial para el desarrollo.

Después de una reducción de alrededor del 25% en términos reales en la década de 1990, la ayuda oficial para el desarrollo comenzó a recuperarse en 1998, llegando a US$70 mil millones en 2003 –un poco más alto en términos reales que en 1992 (gráfico 4.1).[1] La ayuda oficial para el desarrollo en países en desarrollo aumentó en términos reales un 7% en 2002 y en 3,9% en 2003.[2] Como porcentaje del PIB en los países de la OCDE, la ayuda cayó de 0,34% en 1992 a 0,22% en 2001, antes de aumentar levemente en 2003 a 0,25%.

El incremento en la ayuda oficial para el desarrollo en los últimos cinco años no se ha dirigido al financiamiento de los ODM, sino que se ha concentrado en reducción de la deuda, ayuda para emergencias y desastres, cooperación técnica de los ingresos administrativos adicionales. Del incremento total nominal entre 2001 y 2003, 66% fue destinado a reducción de deuda y a cooperación técnica (Banco Mundial 2005b).

El África subsahariana ofrece un ejemplo único de la importancia de la ayuda oficial para el desarrollo (gráfico 4.2). Si bien esta región ha recibido históricamente 20% de la ayuda total oficial, los países de esta región han recibido el 54% del incremento total en la ayuda observado entre 2001 y 2003. La ayuda oficial para el desarrollo es la principal fuente de financiamiento externa en África subsahariana, representando más del 55% del total de los flujos externos que han recibido estos países en 2003, alrededor de US$41 mil millones. La IED representa otro 25% de los flujos totales de largo plazo, las remesas el 15% y otros flujos privados el 5%. En otras regiones, en donde la IED y las remesas representan la mayor parte de los flujos financieros externos, la ayuda oficial para el desarrollo sólo representa el 9% de estos flujos.

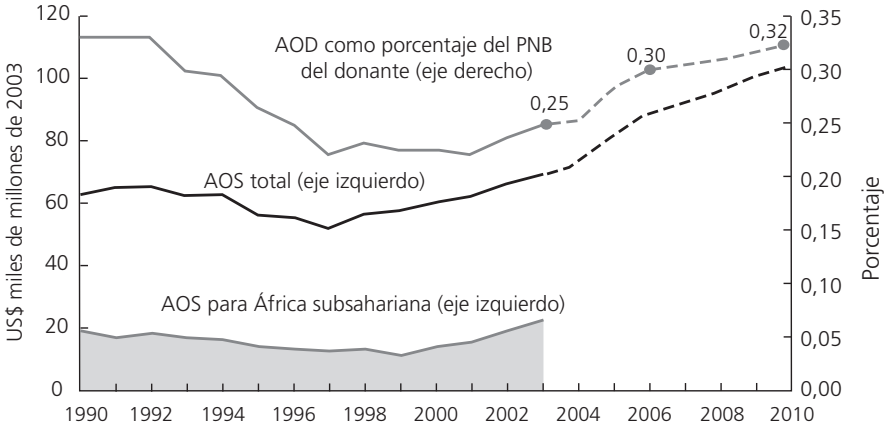
Dos tendencias en la ayuda oficial para el desarrollo necesitan una revisión especial dada su importancia para el sector salud: las promesas de ofrecer más ayuda ofi-

---

1 Estimaciones preliminares sugieren que la ayuda oficial para el desarrollo llegó a US$78,6 mil millones en 2004. *Ver* Banco Mundial 2005a.

2 El aumento en la ayuda oficial para el desarrollo en el año 2003 está fuertemente asociado con los problemas de seguridad, e influenciado por la cantidad destinada específicamente a la reconstrucción de Irak, y a asignaciones para Paquistán, Colombia y Afganistán.

Gráfico 4.1 *Ayuda oficial para el desarrollo actual y proyectada, 1990-2010*



Fuente: Banco Mundial 2005b.
Nota: La línea punteada indica proyecciones de ayuda oficial para el desarrollo (AOD) basadas en los compromisos de los miembros del Comité para la Ayuda al Desarrollo de la OCDE, como resultado de la conferencia de las Naciones Unidas en Monterrey, México 2002.

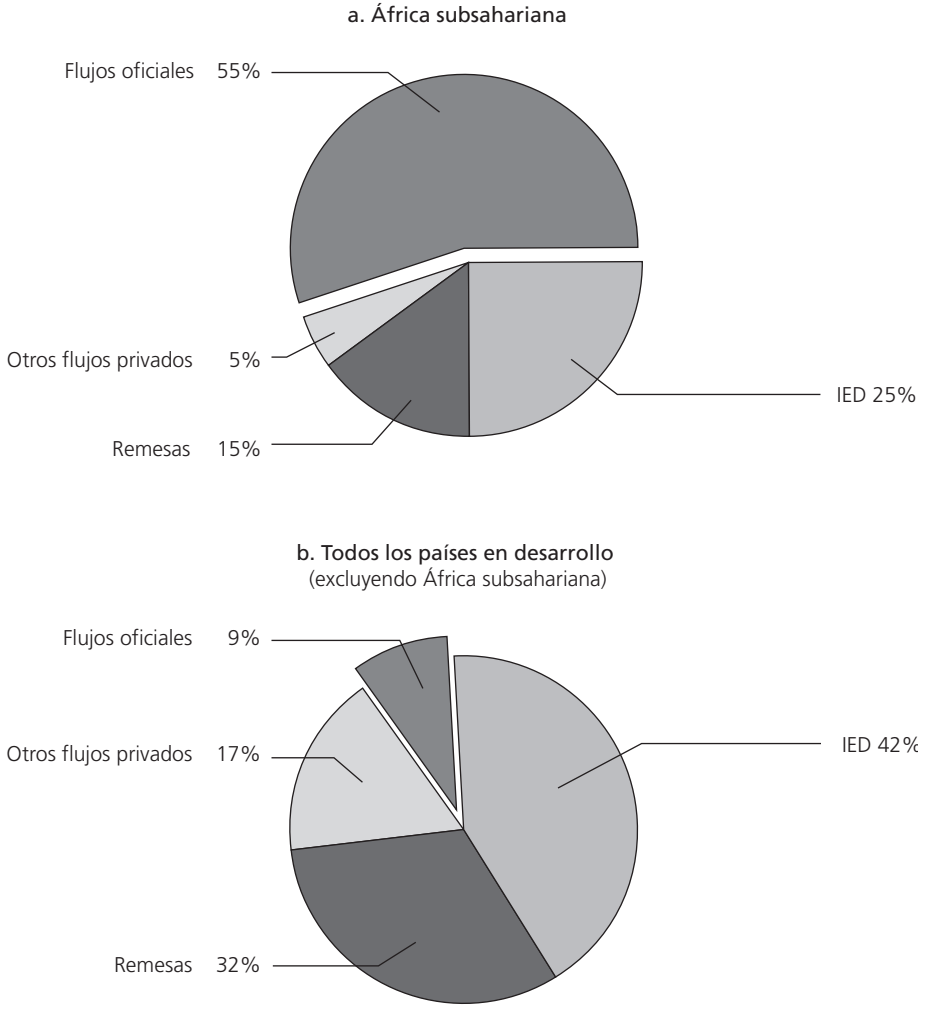
cial para el desarrollo y el encontrar nuevas fuentes de financiamiento y mecanismos para desembolsar esta ayuda.

Promesas de mayor ayuda y nuevos métodos de financiamiento

Muchos países están luchando por cumplir con las promesas que han hecho de incrementar la ayuda oficial para el desarrollo. Por ejemplo, de todos los países de la OCDE, sólo cinco (Dinamarca, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Suecia) han cumplido o sobrepasado el objetivo establecido en Monterrey de 0,7% del PNB. Adicionalmente, algunos países de la Comunidad Europea tienen dificultades en cumplir con el compromiso menos ambicioso de 0,33% que se habían propuesto para 2006. El gran déficit fiscal de varios de los países donantes y el lento crecimiento en términos reales de la ayuda oficial para el desarrollo crean dudas sobre la solidez de las promesas de mayor ayuda para los países en desarrollo.[3]

3 España, Francia, Italia y Alemania tuvieron déficit del 4% de su PIB en 2004 y, excepto Francia, todos estuvieron por debajo del objetivo de 0,33% en junio de 2004. El déficit de Estados Unidos respecto a su PIB era superior a 6% en 2004, y su contribución ODA fue de 0,12% del

Gráfico 4.2 Flujos de capital de largo plazo hacia África subsahariana y el resto de países en desarrollo, 2003



Fuente: Banco Mundial 2005b.

INB ese año. El déficit de Japón era superior al 9% de su PIB en 2004. La transición demográfica de la Unión Europea, el incremento en los costos por el aumento del precio del petróleo, y el acceso a la Unión Europea de nuevos países que tienen dificultades en cumplir con los compromisos de más ayuda también contribuyen a la incertidumbre respecto de los objetivos ODA.

Sin embargo, recientemente, en la reunión de julio de 2005 del G-8 en Gleneagles, Escocia, los países participantes prometieron que la ayuda para las naciones en desarrollo aumentará en US$50 mil millones por año para el 2010, de los cuales al menos US$25 mil millones adicionales al año irán a África (G-8 2005). Francia, Alemania, Italia, el Reino Unido y la Unión Europea reconfirmaron su compromiso de alcanzar el 0,7% en 2015. Estados Unidos prometió duplicar la ayuda destinada a África subsahariana entre 2004 y 2010, pero no especificó ningún compromiso de ayuda como porcentaje de su INB. Igualmente, Japón se comprometió a aumentar la ayuda oficial para el desarrollo en US$10 mil millones a lo largo de los próximos cinco años, incluyendo US$5 mil millones en la iniciativa para el desarrollo y la salud. Simultáneamente, el G-8 aceptó la propuesta de cancelar 100% de la deuda pendiente de los países pobres más endeudados con el FMI, la Asociación Internacional para el Desarrollo y el Banco Africano para el Desarrollo; y ofrecer recursos adicionales para asegurar que la capacidad financiera de las instituciones internacionales no se redujera. Sin embargo, no se determinaron mecanismos o fechas específicos para el incremento en la ayuda (sólo se mencionó antes del 2010).

Para financiar los compromisos de los donantes de mayor ayuda, se han propuesto varios mecanismos innovativos de financiamiento.

Impuesto al tiquete aéreo. En junio de 2005, una conferencia internacional en Berlín de países donantes propuso "una contribución solidaria atada a los billetes aéreos… para combatir el hambre y la pobreza y financiar el desarrollo global sostenible, programas de salud incluyendo la lucha contra el VIH/SIDA y otras enfermedades pandémicas" (Banco Mundial 2005a, p. 5). El cobro se aplicaría a los billetes de avión de pasajeros que partan desde los aeropuertos de países participantes. Los pasajeros en tránsito estarían exentos, las compañías aéreas recaudarían el impuesto y las tasas serían específicas para cada país. Las estimaciones iniciales sugerían que el impuesto recaudaría cerca de €10 mil millones anuales (cerca de US$12 mil millones) mediante una tasa de €5 en cada billete en el mundo con un cargo adicional de €20 en billetes de clase ejecutiva y primera clase.

Una facilidad de financiamiento internacional. La propuesta del Reino Unido de crear una facilidad internacional de financiamiento (IIF) se basa en la noción de ayuda anticipada (gastar dinero ahora en inversiones en desarrollo críticas para alcanzar los ODM), y usar los compromisos de los donantes que están afuera del presupuesto (como respuesta a las restricciones financieras que enfrentan los donantes que han prometido aumentar la ayuda oficial para el desarrollo).[4] Una facilidad piloto de IIF

4 Para más detalles sobre el IFF y el programa piloto IFF para la inmunización (IFFIm), *ver* Banco Mundial y FMI 2005.

focalizada en inmunización está en ejecución. Tal facilidad reunirá financiamiento inmediato y confiable por un cierto número de años para expandir la inmunización y lograr los ODM en lo que se refiere a mortalidad de niños menores de 5 años, y acelerar la producción de vacunas nuevas y existentes, y fortalecer la capacidad de entrega de vacunas.

El impuesto Tobin. El impuesto Tobin es una idea propuesta en el decenio de 1970 para controlar los ataques especulativos a las monedas. El impuesto estaría atado a las transacciones de monedas y se recolectaría a nivel nacional o de un mercado específico. El uso de los ingresos del impuesto para financiar el desarrollo es un nuevo aporte a la antigua idea de un impuesto para reducir el potencial desestabilizador de los flujos financieros. La movilización de recursos anuales en moneda extranjera se estima en US$300 mil millones. Después de ajustar algunas imprecisiones, se estima que una tasa razonable del impuesto sería de entre uno y dos puntos básicos, para recaudar entre US$15 y US$28 miles de millones anualmente.[5]

Impuesto a mercancías "malas" globales. Tal vez el primer ejemplo de una propuesta de un impuesto a una mercancía "mala" global es el impuesto al carbono. El presidente de Francia, Jacques Chirac, presentó una iniciativa más reciente, la de financiar el desarrollo mediante un impuesto a las ventas de armas. La idea básica se deriva directamente de los principios de las finanzas públicas: un impuesto a la producción de actividades asociadas a externalidades negativas (emisión de carbono o venta de armas). Los ingresos de este impuesto pueden usarse para promover un bien social (como el desarrollo) y, al mismo tiempo, el incremento en el precio por el impuesto reduciría el comportamiento dañino y aumentaría el bienestar social. Las estimaciones sobre la cantidad de recursos que se podrían obtener de un impuesto a los combustibles de hidrocarburos varía según su contenido de carbono, pero sólo en países de ingreso alto podrían recaudarse cerca de US$60 mil millones.

Venta de oro del FMI. Otras propuestas han considerado financiar el desarrollo mediante la venta de oro del FMI (Sagasti, Bezanson y Prada 2005). La racionalidad de esta propuesta tiene en cuenta que el oro acumulado por el FMI está valuado al precio prevaleciente en la época de la creación de las Instituciones Bretton Woods, unos US$30 por onza, aunque el precio corriente de mercado es mucho más alto. La

5 Estas estimaciones de Nissanke (2003) asumen que 80% de los ingresos se usan en ayuda para el desarrollo y el resto es guardado por los países ricos. También se supone que el volumen de las transacciones totales se reduce entre 5% y 15% por efecto del impuesto.

propuesta más simple sugiere que el FMI venda paulatinamente el oro en el mercado internacional, en cantidades relativamente pequeñas al volumen total del mercado para tener un impacto apreciable en el precio. Algunos críticos de la idea han afirmado que esto desestabilizaría el mercado mundial financiero y del oro. Otra alternativa sugiere que el FMI haga una venta "por fuera del mercado", una alternativa que sólo se ha usado en circunstancias excepcionales.

Creación de nuevos derechos especiales de giro (DEG) (SDR por las iniciales en inglés de *special drawing right*). Los DEG son activos de reservas internacionales creados por el FMI en 1969 para reemplazar las reservas oficiales de los países miembros. Los SDR están asignados a cada país miembro en proporción a su cuota con el FMI. Un SDR no es una obligación financiera del FMI pero, potencialmente, es convertible en las monedas de los países miembros del FMI. Los países que tienen SDR pueden intercambiarlos por la moneda de otro país miembro del FMI. El SDR se introdujo bajo el sistema de cambio fijo de Bretton Woods, porque el oro y el dólar estadounidenses no eran suficientes para respaldar la expansión del comercio mundial. Con el cambio a tasas de cambio flotantes, la necesidad de un SDR como un activo de reserva ha disminuido. En la actualidad, el stock de SDR acumulados representa cerca de 21 mil millones SDR (aproximadamente US$32 mil millones). En los últimos años se ha propuesto que el FMI emita nuevos SDR y que los países donantes hagan donaciones voluntarias de sus SDR para financiar el desarrollo. Las estimaciones de los recursos potenciales que esta operación podría generar son de entre US$25 y 30 mil millones.

Cómo avanzar. Como fuera propuesto por el Banco Mundial y el FMI, cualquier nuevo mecanismo para financiar el desarrollo, o para cumplir con los compromisos oficiales de ayuda para el desarrollo, debe evaluarse utilizando cinco criterios: ingresos adecuados, eficiencia, equidad, facilidad de recolección y un tamaño mínimo de la coalición (Banco Mundial y FMI 2005). Sin importar los méritos de cada propuesta, es probable que lograr un acuerdo entre los países donantes sea un proceso largo y tedioso con cuestionables probabilidades de éxito.

Como se discutió anteriormente, es claro que se necesita mayor ayuda oficial para el desarrollo, especialmente para países de bajos ingresos, y un mayor esfuerzo para proveer ese financiamiento es ciertamente bienvenido. Sin embargo, objetivos extremadamente ambiciosos y promesas para la ayuda oficial para el desarrollo pueden crear expectativas falsas en los países receptores que, a su vez, pueden posponer las elecciones difíciles que son necesarias en un contexto de escasos recursos. Los países donantes deberían ofrecer un apoyo adecuado a los esfuerzos para el desarrollo, y deberían también reconocer que los países receptores se beneficiarían de compromisos realistas, que les permitirían mejorar su planeación y tomar decisiones racionales.

Mecanismos de desembolso

La ayuda oficial para el desarrollo puede proveerse de diversas maneras. La manera como se distribuyen los recursos determina si éstos pueden usarse para financiar gastos corrientes, cuánta discrecionalidad tiene el país receptor para destinar recursos a los usos que considere más importantes, qué mecanismos se utilizarán para que los recursos lleguen al beneficiario final, e incluso si los recursos llegarán al país al cual se suponía estaban destinados.

Dependiendo de cómo se provea, la ayuda de los donantes puede no estar incluida en la balanza de pagos del país receptor; puede incluirse en la balanza de pagos pero no en el presupuesto del gobierno ("fuera de presupuesto"); puede incluirse en el presupuesto, pero destinada a un propósito o proyecto particular; o puede ofrecerse como ayuda general al presupuesto, esencialmente, sin restricciones respecto a los gastos que financia. La ayuda no reportada en la balanza de pagos usualmente se refiere a la asistencia técnica (por ejemplo, consultores extranjeros), contratada y pagada por los donantes afuera del país beneficiario. La ayuda no incluida en el presupuesto (ayuda que se refleja en la balanza de pagos pero no en el presupuesto) es para proyectos implementados directamente por los donantes a través de ONG o de la contratación directa de proveedores. La ayuda incluida en el presupuesto con destinación específica se refiere a la ayuda a un proyecto o propósito especial, como la construcción de instalaciones para la salud o compra de medicamentos. La ayuda general al presupuesto es ayuda que se ofrece a través del presupuesto gubernamental, y que el gobierno destina del modo que crea más conveniente. El apoyo general al gobierno se provee para financiar la brecha de financiamiento en el presupuesto general del gobierno.

Un análisis reciente de 14 países que han desarrollado estrategias de reducción de pobreza del Banco Mundial (Foster 2005a) muestra que, a pesar de que la participación de la ayuda al presupuesto general está aumentando, en promedio, menos del 20% de los desembolsos de los donantes se ofrece como ayuda general al presupuesto. En promedio, por cada US$1 desembolsado por los donante en estos 14 países, el estudio estima la distribución siguiente:

No se reporta en la balanza de pagos	US$0,30
Se reporta en la balanza de pagos pero no en el presupuesto del gobierno	US$0,20
Financiamiento con destinación específica reportada en el presupuesto	US$0,30
Financiamiento general al presupuesto	US$0,20

La ayuda no incluida en el presupuesto ha sido particularmente prevalente en el sector de la salud. En Uganda, el gasto no incluido en el presupuesto se estima que es más del 50% del gasto total en salud. En Tanzania, se estima que representa más del 46% del gasto en salud en el año 2000. Aunque parte del gasto no incluido en el presupuesto se financia domésticamente mediante tarifas, por ejemplo, en gran medida proviene de los donantes. En parte, los donantes promueven este comportamiento para poder medir el impacto directo de su financiamiento (Wagstaff y Claeson 2004). Varios países no aprueban esta idea. En 2004, el Ministerio de Finanzas de Uganda decidió limitar los compromisos nuevos de ayuda que no se incluyen en el presupuesto (*New Vision*, Uganda, agosto 20, 2004). En India, un programa de inmunización promovido por la Alianza Global de Vacunas e Inmunizaciones no se implementó porque el gobierno estimó que no era financieramente sostenible sin una ayuda continua, de largo plazo y predecible (Lele, Ridker y Upadhyay, en preparación).

Los donantes también pueden decidir ofrecer ayuda a través del presupuesto, solicitando que la misma tenga destinación específica. La destinación específica tiende a incrementar la rigidez del presupuesto gubernamental y, como ocurre con la ayuda no incluida en el presupuesto, puede no generar un incremento en el gasto general del gobierno, ya que los países receptores deciden desviar sus propios recursos domésticos a otros usos. Esta desviación se conoce como fungibilidad y se analiza en detalle más adelante.

Tendencias en los flujos privados de financiamiento

Las discusiones sobre la ayuda oficial para el desarrollo y los ODM se han concentrado en países de ingreso bajo y en la ayuda directa de donantes, restándoles importancia a las necesidades de países de ingreso medio y al potencial de los flujos privados. Sin embargo, los flujos privados hacia países en desarrollo son críticos para lograr mejoras tangibles en los resultados de salud y para alcanzar los ODM. El flujo de capitales privados a países en desarrollo alcanzó un promedio anual neto de US$169 mil millones entre 2000 y 2003 (Banco Mundial 2004b), cerca de tres veces el tamaño de la ayuda oficial para el desarrollo en el mismo período. La fuente de este financiamiento es en su mayoría IED.[6] Aunque el crecimiento explosivo de la IED que se observó en la década de 1990 estaba acompañado de nuevas políticas, como la protección de derechos de propiedad y reglas claras de precios, es importante resaltar algunos temas asociados a la IED que son más relevantes en la actualidad.

6 El otro componente es la inversión directa de portafolio, que es una cantidad pequeña (cerca de 5,4% del flujo neto de activos), y es poco probable que aumente en el futuro cercano.

Una gran parte de la IED durante la década de 1990 se produjo como resultado de la privatización de empresas estatales, experiencia que no puede repetirse. Segundo, la IED se ha concentrado en unos pocos países y en los sectores de energía, minerales y telecomunicaciones.[7] Tercero, existe cierto desencanto en América Latina (Argentina y Bolivia) con la IED, especialmente cuando se refiere a controvertidas privatizaciones en los sectores de agua, petróleo y electricidad. Finalmente, han aumentado los beneficios económicos remitidos provenientes de la IED, creando inquietud en los sectores de la sociedad civil y ONG sobre el impacto neto de la IED en el flujo de capital en el mediano plazo.[8] Aún así, la IED, que implica un compromiso de largo plazo de las inversiones, ha resistido la crisis financiera asiática y otros problemas. Es una fuente fundamental de financiamiento para la infraestructura y la penetración de mercado de servicios que son esenciales para el crecimiento y para lograr los ODM (tanto directamente por el impacto de la infraestructura en los resultados, e indirectamente mediante el impacto del crecimiento en los resultados de salud).

Las remesas se refieren al dinero enviado por los trabajadores emigrantes a sus países de origen. Las remesas se han convertido en el segundo flujo de capital más importante después de la IED, sobrepasando la ayuda oficial para el desarrollo. Las remesas se definen oficialmente como la suma de las remesas de los trabajadores, las compensaciones a empleados y las transferencias de emigrantes. Así definidas, las remesas recibidas por los países en desarrollo crecieron de US$31 mil millones en 1990 a US$86 mil millones en 2001 y US$167 mil millones en 2005 (Banco Mundial 2006), representando más del doble de la cantidad estimada de ayuda oficial para el desarrollo. Si se contabilizan los flujos no reportados e informales, la cantidad efectiva de remesas podría duplicar el registro oficial. Existen muchas diferencias en los flujos de remesas según región y país. En 2005, la región del Asia oriental y Pacífico recibió un total de 26% en remesas de los trabajadores; América Latina y el Caribe, 25%; el Asia meridional, 20%, el Medio Oriente y el África septentrional, 21%, Europa y Asia central el 20% y el África subsahariana, el 8%. Los mayores receptores de volumen de remesas son India, China, México, Francia, Filipinas y España. En términos per cápita, los cinco primeros países son Jordania, Portugal, Barbados, Jamaica y El Salvador. La información proveniente de diferentes encuestas indica que gran

7 En 1990, Asia oriental representaba el 42% y América Latina el 32% del total de los flujos netos privados de capitales (Sagasti, Bezanson y Prada 2005). Entre 1975 y 1995, 20 países en desarrollo representaban 40% del flujo privado total de capitales, y este nivel de concentración se duplicó a 80% en 1999, un nivel que ha continuado en años recientes.

8 En Bolivia, Ecuador y otros países los críticos afirman que el envío de beneficios a la casa matriz de las multinacionales es mayor que los recursos invertidos por tales compañías en dichos países.

parte de las remesas se utilizan para consumo, así como para la formación de capital humano (salud, educación y mejor nutrición).

De modo que, si se quiere lograr los ODM, la ayuda oficial para el desarrollo, especialmente la asistencia técnica, debe enfatizar la necesidad de políticas e instituciones apropiadas para atraer la IED en países de ingreso medio y bajo. Del mismo modo, la importancia de las remesas no debe menospreciarse, y tanto los donantes como los receptores deben buscar mejores maneras de agrupar estos recursos para aumentar el impacto en el desarrollo humano y en el crecimiento. El énfasis en el financiamiento mediante donaciones, aunque importante, no debe desviar la atención de estas otras fuentes, más grandes, de financiamiento privadas para un desarrollo sostenible. Los países y compañías deberían eventualmente estar en condiciones de financiar sus necesidades a través de los mercados de capitales domésticos e internacionales. Para lograr este objetivo, los países en desarrollo deben hacer un esfuerzo para mejorar su calificación internacional de riesgo. Esto requiere, entre otras cosas, estabilidad política, políticas macroeconómicas sólidas, instituciones sólidas y reglas claras respecto del cumplimiento de contratos internacionales. La asistencia técnica debe ayudar a los países a cumplir con estos requerimientos para asegurar un flujo sostenible de recursos, más allá de la ayuda oficial para el desarrollo.

Tendencias en la ayuda para la salud

La ayuda para el desarrollo en salud ha aumentado constantemente, partiendo de US$2 mil millones en 1990 a más de US$10 mil millones en 2003.[9] Gran parte del incremento observado después del año 2000 puede explicarse por el creciente número de alianzas globales y el significativo incremento en el financiamiento privado filantrópico –notablemente proveniente de la Fundación Bill and Melinda Gates. Las alianzas e iniciativas filantrópicas han unido esfuerzos para incrementar la alerta sobre y el financiamiento para la erradicación de importantes enfermedades. Los programas globales –como el Fondo Global contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (FGCSTM) (GFATM por las iniciales en inglés de Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria); la Alianza Global para Vacunas e Inmunización; Roll Back Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el alivio del SIDA (PEPFAR por las iniciales en inglés de President's Emergency Plan for AIDS Relief); y muchos otros –representaron casi 15% de la ayuda total en salud en el año 2002 y 20% en el año 2003 (Michaud 2003). El gráfico 4.3 refleja la importancia creciente

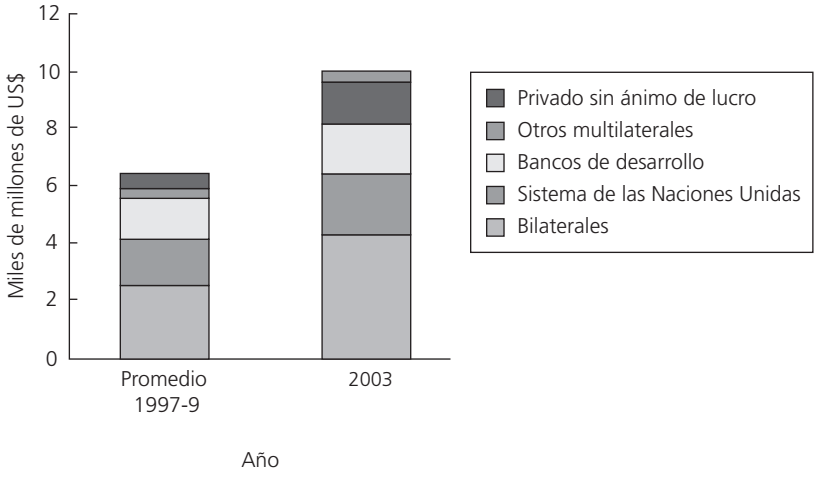
9 Estas estimaciones del Banco Mundial se basan en una comunicación personal con Catherine M. Michaud en la Harvard Initiative for Global Health.

de las alianzas globales y del financiamiento filantrópico privado en la ayuda para el desarrollo en salud; tal financiamiento era mínimo en 1990.

Estimaciones del costo de cumplir con los ODM

A pesar del crecimiento económico, la ayuda para la salud todavía es poca, considerando las estimaciones necesarias para lograr los ODM. Un estudio del Banco Mundial estima que la ayuda en salud requerida para lograr los ODM en salud es de alrededor de US$25 mil millones al año, esto es, casi tres veces la cantidad de ayuda para el desarrollo en salud en el 2003. La Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS estimó que se necesitarían entre US$40 y 52 mil millones anuales hasta el 2015 para extender la cobertura para la malaria, la tuberculosis, el VIH/SIDA, la mortalidad infantil y materna (Kumaranayake, Kurowski y Conteh 2001). Un tercer estudio estimó que serían necesarios entre US$25 a 70 mil millones para que los países de desempeño bajo alcanzarán los indicadores observados en los países de alto desempeño (Preker y otros 2003). Una estimación más reciente del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas estima que será necesario un gasto anual adicional de US$120 mil millones en el año 2006 para lograr los ODM, y esta cantidad puede aumentar a US$189 mil millones para el año 2015 (UN Millennium Project 2005). De esta cantidad, entre US$30 y US$50 mil millones serán necesarios para los ODM en salud.

Gráfico 4.3 *Financiamiento para el desarrollo en salud por fuente, 1997-2003*



Fuente: Michaud 2005.
Nota: La categoría de otros multilaterales incluye la Unión Europea y el Fondo Global contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria.

Aunque el costo estimado de alcanzar los objetivos de salud se encuentra en un rango de US$25 a 70 mil millones anuales, todos los estudios reconocen la necesidad de inversiones adicionales, particularmente para mejorar el acceso a los servicios esenciales de salud (Wagstaff y Claeson 2004). La disponibilidad creciente de fondos para la salud de parte de los donantes no se acerca a esta estimación; tal financiamiento se ofrece usualmente mediante programas de intervención específica que no entran en el presupuesto, en lugar de en forma de apoyo directo al presupuesto del sistema de salud de un país. Dada la creciente importancia de estos programas, se examinan con mayor detalle más abajo.

Programas de salud para enfermedades e intervenciones específicas

El impacto de programas para enfermedades e intervenciones específicas en los sistemas de atención de salud se ha transformado en un tema importante en los debates recientes. Del lado positivo, estos programas son un mecanismo efectivo para incrementar la alerta sobre preocupaciones globales como el VIH/SIDA y las inmunizaciones. Estos programas han incrementado los recursos disponibles en sus áreas de atención. Introducen nuevas tecnologías en los países en donde operan, y parecen ser más efectivos que los programas generales de los gobiernos en la entrega final de servicios a las poblaciones objetivo. Del lado negativo, estos programas para enfermedades e intervenciones específicas pueden potencialmente obstaculizar los sistemas nacionales de salud de un país. El gasto generado por estos programas puede no ser sostenible dentro del presupuesto de un país. Adicionalmente, los programas globales no rinden cuentas a los países receptores. De modo que, concentrarse exclusivamente en iniciativas para enfermedades o intervenciones específicas puede menoscabar la oportunidad de integrar estas iniciativas con el programa general de salud de un país, fragmentar el sistema, aumentar la demanda de habilidades administrativas que ya son escasas en los países y vaciar el sistema de salud de recursos financieros y humanos, para poder establecer un sistema paralelo de entrega –posiblemente demorando la creación de la capacidad institucional en el sector de la salud (Lewis 2005).

Creciente financiamiento para VIH/SIDA. Los recursos disponibles para el VIH/SIDA han aumentado rápidamente en los últimos años. El financiamiento está muy concentrado en un pequeño número de países. Los donantes están apoyando actividades en 140 países, pero aproximadamente 72% del financiamiento está asignado a 25 países, la mayoría en los países más afectados de África y el Caribe (OCDE 2004). Ha existido un crecimiento constante en la ayuda bilateral para el VIH/SIDA entre los miembros del Comité de Ayuda para el Desarrollo de la OCDE (DAC por las iniciales en inglés de Development Asisstance Committee). La tendencia creciente en ayuda bilateral está liderada por la iniciativa Pepfar del gobierno de Estados Unidos. Cuando se excluye

a Estados Unidos, se observa que la ayuda bilateral para el VIH/SIDA entre los países miembros del DAC se ha mantenido relativamente estable desde el año 2000.

La ayuda multilateral para el VIH/SIDA también ha aumentado dramáticamente gráfico 4.4). Esto se debe casi enteramente al establecimiento del Fgcstm. Para el año 2004 las contribuciones del Fgcstm de los países miembros del DAC (exceptuando a Estados Unidos) fueron casi iguales a la asistencia bilateral ofrecida por parte de los mismos países para el VIH/SIDA. Sin embargo, existe un retroceso en la tendencia de ayuda multilateral por fuera del Fgcstm. El establecimiento del Fgcstm no ha reducido la ayuda bilateral para el VIH/SIDA, pero sí ha tenido un impacto negativo en otra ayuda multilateral (recuadro 4.1).

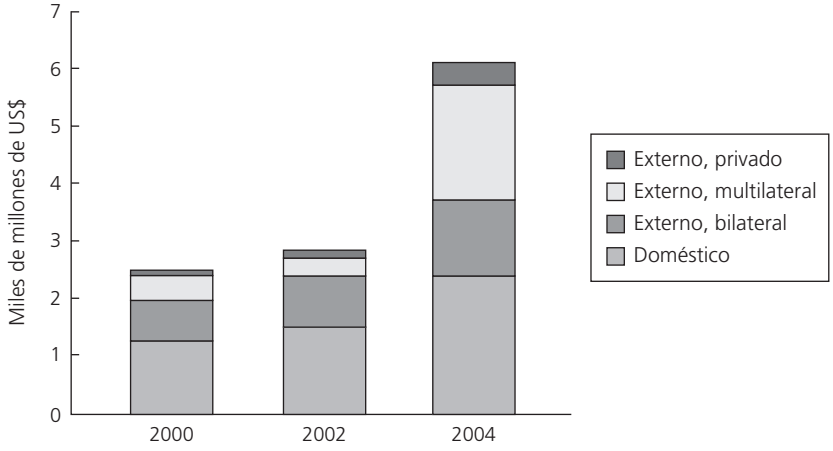
Impacto en los sistemas de salud. La creciente importancia del Fgcstm ha generado nuevos retos de coordinación de la ayuda en muchos países receptores. Lele, Ridker y Upadhyay (en preparación) examinan la experiencia de diferentes países con el Fgcstm en relación con la coordinación de la ayuda de donantes. Ellos han encontrado que el Fgcstm ha:

- Duplicado los acuerdos institucionales (por ejemplo, entre los consejos nacionales de SIDA y los mecanismos de coordinación del país);
- Duplicado las solicitudes de reportes, aumentando los costos de transacción;
- Demorado la implementación de otros programas de los donantes, particularmente en países pequeños;
- Aumentado la preocupación en los gobiernos receptores respecto a la incertidumbre del flujo futuro de recursos externos;
- Focalizado en el tratamiento y desviado la atención de la prevención.

Aunque se pueden establecer algunas conclusiones preliminares y existe evidencia anecdótica, no existe un análisis empírico bien documentado del impacto del Fgcstm en los sistemas de salud. PHRplus ha organizado un esfuerzo conjunto de investigación para examinar el impacto de los flujos del Fgcstm en el funcionamiento general de los sistemas de salud (PHRplus 2005). Sus conclusiones preliminares se presentan en el recuadro 4.1.

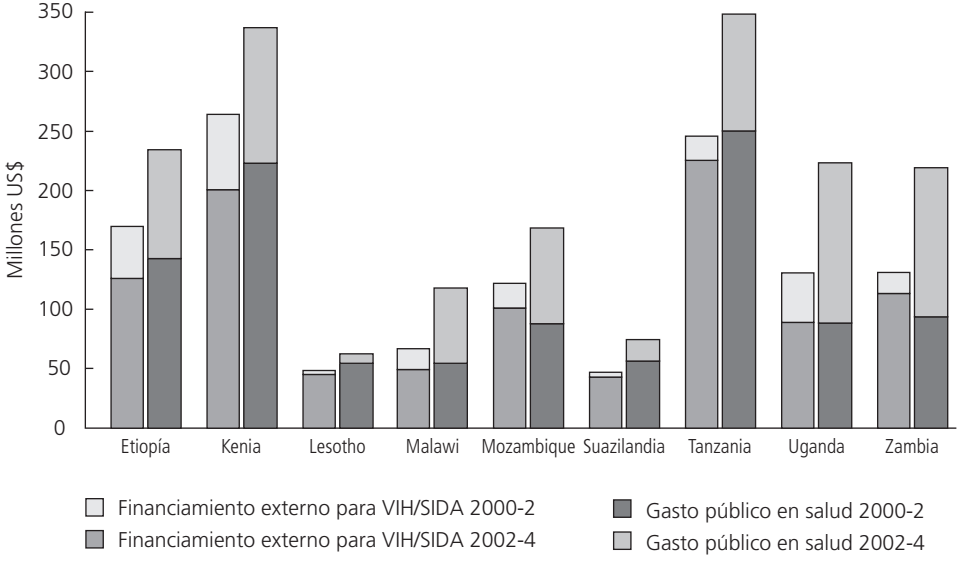
Sostenibilidad de mediano plazo. Existe una preocupación generalizada de que el creciente financiamiento de los donantes a través de programas para enfermedades e intervenciones específicas puede llevar a una reducción en el gasto doméstico en VIH/SIDA. Mientras que el financiamiento de los donantes para VIH/SIDA sólo ha aumentado recientemente, el gasto local ha venido creciendo a nivel agregado (*ver* gráfico 4.4). Sin embargo, esta sustitución puede ocurrir a nivel de país (Malawi, Mozambique y Zambia, por ejemplo), como se observa en el gráfico 4.5.

Gráficio 4.4 *Financiamiento doméstico y externo para VIH/SIDA en países en desarrollo, por fuente, 2000-4*



Fuente: Lewis 2005.

Gráfico 4.5 *Financiamiento doméstico y externo para VIH/SIDA en países seleccionados en África subsahariana, 2000-4*



Fuente: Lewis 2005.

Recuadro 4.1 *Impacto del Fondo Global para la lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria en los sistemas de salud*

Proceso político

- La mayoría de las propuestas apoyadas por el Fgcstm parecen estar alineadas con las políticas nacionales de salud, problemas de incompatibilidad o divergencia surgen durante la fase de implementación.
- La planificación relacionada con el Fgcstm parece muy centralizada, incluso en contextos descentralizados, esto ha generado problemas a medida que los países han comenzado a implementar las actividades apoyadas por el Fgcstm por la falta de sentido de propiedad a nivel subnacional

Mezcla entre lo público y lo privado

- En muchos países ha habido un rápido crecimiento de ONG, lo que puede atribuirse parcialmente a las oportunidades de trabajo conjunto creadas por el FGCSTM y otras agencias financiadoras. Los países participantes han expresado su preocupación respecto a las ONG del tipo *briefcase*.
- La ayuda de Fgcstm ha contribuido a innovaciones en acuerdos público-privados, se han observado diferentes tipos de alianzas en diferentes contextos.

Recursos humanos

- Ninguno de los países estudiados tenía estrategias o planes a nivel nacional para atender las restricciones de recursos humanos e incrementar los servicios de VIH/SIDA. Los planes existentes se relacionan con iniciativas específicas y no con las necesidades combinadas de todas las iniciativas, y no tienen en cuenta las implicaciones potenciales de un aumento de recursos humanos para otros programas dentro del sector de la salud.
- Al encontrarse con insuficiencia de personal y falta de guías o planes sobre cómo motivar y retener el personal clave, los países y entidades participantes experimentan con otros tipos de paquetes de incentivos (financieros, no financieros y en especie). La efectividad de tales paquetes necesita evaluarse.

Farmacéuticos y productos básicos

- Todos los países participantes han experimentado demoras en la compra de drogas y otros *commodities*, a pesar de usar diferentes modelos de compras –trabajan

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 4.1)

do a través de sistemas gubernamentales, sistemas privados paralelos y agencias multilaterales. Los sistemas de compra del gobierno son los que parecen haber generado las mayores demoras.

- La falta de consistencia en los precios de diferentes *commodities*, medicamentos y servicios financiados por diferentes fuentes se ha identificado como un problema en muchos países. Idénticos recursos o *commodities* en el mismo sistema de distribución son tratados de manera diferente y tienen distintos precios, según si el Fgcstm, otros donantes o el gobierno han pagado por ellos.

Fuente: PHRplus 2005.

La sostenibilidad de los gastos adicionales necesarios para aumentar el tratamiento del VIH/SIDA es particularmente preocupante en países de bajos ingresos. El tratamiento del VIH/SIDA requerirá contratar personal adicional de salud y administradores, así como importar casi todas las drogas requeridas para el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. Si los recursos o donaciones en especie se acaban, el gobierno debe tomar la responsabilidad de financiar la terapia antirretroviral, porque los pacientes dependen de la continuidad de la terapia para sobrevivir. La interrupción en la terapia antirretroviral por falta de financiamiento reduce los beneficios del tratamiento y, aún más preocupante, puede generar mutaciones resistentes del virus, lo que compromete la eficacia de tratamiento futuro (Lewis 2005). Para minimizar los riesgos de salud y financieros causados por la imprevisibilidad de la ayuda, los donantes se pueden comprometer a financiar una cohorte de pacientes con SIDA a lo largo de toda su vida, en lugar de comprometerse anualmente a financiar programas de VIH/SIDA. Esta opción transfiere el riesgo de los países receptores a los países donantes y hace a los donantes responsables por sus compromisos. Tomar la responsabilidad del gasto de VIH/SIDA no es un problema menor para algunos países de bajos ingresos. El dinero para el VIH/SIDA excede el presupuesto total en salud de algunos países. En 2003-4, los flujos externos para Etiopía en VIH/SIDA fueron equivalentes al presupuesto de salud del gobierno y, tanto en Uganda como en Zambia, los fondos para el SIDA excedieron todo el gasto en salud en casi 185% (Lewis 2005).

La efectividad de la ayuda

Los grandes aumentos en la ayuda oficial para el desarrollo y los compromisos adicionales han renovado las preocupaciones sobre la efectividad de la ayuda. Como se

discute en el próximo capítulo, el financiamiento de los donantes parece haber tenido un impacto limitado en la mortalidad de niños menores de cinco años y materna. Estos resultados pueden explicarse por varios factores, incluyendo sostenibilidad fiscal, previsibilidad, fungibilidad y capacidad de absorción.

Sostenibilidad fiscal

La sostenibilidad fiscal es reconocida, pero pocas veces definida, en programas para enfermedades e infecciones específicas, sectores y en la economía en su conjunto. La sostenibilidad generalmente se describe en términos de autosuficiencia. En un contexto más amplio, la sostenibilidad significa que, a lo largo de un período de tiempo específico, la entidad administradora responsable generará los recursos suficientes para financiar todos los costos de un programa particular, sector o economía, incluyendo el costo incremental de los servicios asociados con nuevas inversiones y el repago de la deuda externa.

La definición exacta de sostenibilidad fiscal ha sido objeto también de reciente debate (Bird 2003; Edwards 2002; Heller 2005). Tradicionalmente, la sostenibilidad fiscal ha estado asociada con el concepto de deuda sostenible. Un método común para determinar la sostenibilidad fiscal de un país ha sido su habilidad de cumplir con las condiciones de solvencia y liquidez en términos de su deuda. En la práctica, un país cumple con la condición de solvencia si mantiene un cierto nivel de deuda con respecto al PIB a una tasa relativamente constante durante un período definido (Edwards 2002).[10] De modo que si un país genera nueva deuda, se espera que en algún momento en el futuro haga un ajuste en los impuestos, en el gasto o en ambos. Un país cumple con su condición de liquidez si sus recursos externos le permiten cumplir con las obligaciones de su deuda.

Definir la sostenibilidad financiera de la economía de un país o su situación fiscal actual no es fácil. El FMI ha puesto mayor atención a este tema, particularmente debido a las fuertes críticas a los programas de ajuste y límites fiscales del FMI (Tanzi y Zee 2000; Croce y Juan-Ramón 2003; Dunaway y N'Diaye 2004). Se está trabajando en el desarrollo de indicadores operacionales de deuda y sostenibilidad fiscal (Dunaway y N'Diaye 2004). Aunque la definición práctica de sostenibilidad fiscal puede

10 En términos técnicos, un país cumple con la condición de solvencia si el valor presente descontado del cociente de déficit primario respecto al PIB es, en algún momento en el futuro, igual al valor negativo del nivel inicial de deuda del PIB, es decir, un gobierno, con una deuda actual, debe anticipar, tarde o temprano, un superávit presupuestal para que la política fiscal sea sostenible.

cambiar para los programas financiados por el FMI e IDA, es poco probable que tales definiciones se separen de la capacidad de un país de acomodar gastos financiados con ayuda dentro de un presupuesto doméstico restringido en un período razonable de tiempo, y al mismo tiempo, mantener niveles sostenibles de deuda con respecto al PIB y de servicio de deuda con respecto a las exportaciones.

Obviamente la discusión se concentra en lo que significa "un período de tiempo razonable". El concepto de un período razonable debe depender de la madurez y la previsibilidad de las donaciones, que en esta etapa son de corto plazo y altamente volátiles. Si un país recibe compromisos creíbles de donaciones por un período de tiempo largo, por ejemplo de 20 años, estas donaciones serán parte del flujo de ingresos y la sostenibilidad implicaría la capacidad de que el país acomode los gastos inicialmente financiados con tales donaciones en su propio presupuesto para los próximos 20 años.

Tres características importantes surgen de esta definición de sostenibilidad fiscal:

- Resalta el compromiso entre la definición de sostenibilidad basada en la "restricción de recursos" usada por el FMI y la definición "basada en necesidades" propuesta por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas y su director Jeffrey Sachs.
- Mantiene la prudencia interna (doméstica) y externa (manejo de la deuda). El gasto social puede incrementarse siempre que exista capacidad local para absorber esos gastos mediante movilización doméstica de recursos, aunque puede aumentar inmediatamente si existen donaciones externas.
- Genera los incentivos apropiados tanto para los países donantes como para los receptores.

Para ilustrar este último punto, supongamos que se ofrecen donaciones a un país sin restricción alguna hasta el año 2020 y que el país no tiene restricciones en su capacidad de absorción. El factor que limita el incremento del gasto social será el compromiso del país de expandir los recursos domésticos hasta el año 2020 para sustituir progresivamente los fondos de los donantes. Si se estima que el presupuesto doméstico permitirá tal expansión de gasto social, se acepta el financiamiento del donante, y se implementa el programa de incremento del gasto en salud financiado por la donación, que más adelante se reemplazará con recursos domésticos. Si, por el contrario, es poco probable que el margen adicional generado en el presupuesto doméstico sea capaz de acomodar tales incrementos en el gasto de salud en el año 2020, o si no existe la voluntad en el país receptor de hacer tal compromiso con la salud, no se permitirá tal aumento de gastos. Si los donantes pueden comprometer recursos sólo hasta el 2008, el incremento total en el gasto de salud se verá limitado por la capacidad de aumentar recursos domésticos para la salud al nivel de la donación

adicional para el 2008. En este caso, la naturaleza de corto plazo de la ayuda revela la ausencia de compromiso por parte del donante.

No hay nada demasiado nuevo en esta discusión. Algunos países de ingreso bajo, como Uganda, usan en la actualidad este tipo de análisis en su formulación de gastos de mediano plazo. El problema es que la adopción de tal definición o política es unilateral del lado del país receptor, y no genera el incentivo apropiado en los donantes ni en los receptores. Por la naturaleza de corto plazo del compromiso de los donantes y la falta de previsibilidad del financiamiento resultante, los aumentos programados en el gasto se limitan a las posibilidades de financiamiento doméstico en los próximos dos años o, como máximo, al próximo ciclo de gasto de mediano plazo. Entonces, los incrementos en el gasto de salud están muy limitados. Si los recursos de los donantes pueden comprometerse para períodos más largos (digamos 10-20 años) y se invierten apropiadamente, los incrementos en el gasto de salud podrían ser mayores, y aumentaría la probabilidad de obtener mejores resultados.

Previsibilidad

El punto central del problema de la previsibilidad de la ayuda es que los países de ingreso bajo dependen de vagas señales de compromisos futuros de ayuda para financiar obligaciones recurrentes y de largo plazo. Aunque los donantes efectúan muchos compromisos, los datos muestran que las promesas exceden siempre los desembolsos observados. A pesar de ser pobres predictores de los desembolsos futuros, los compromisos continúan usándose en las estimaciones presupuestales de los países receptores (Foster 2005b). Cuando se combinan con la dificultad de reasignar un presupuesto en el corto plazo, esto tiene serias implicaciones para el modo como los gobiernos usan sus recursos domésticos para financiar sus prioridades de salud. Es más, la poca previsibilidad de la ayuda de los donantes crea problemas de sostenibilidad fiscal en los países receptores. La fluctuación en los niveles de ayuda previene a los países de usar las donaciones en proyectos de inversión que pueden generar costos recurrentes, porque la ayuda disponible al inicio del proyecto no está garantizada en el largo plazo.

Por ejemplo, si se aseguran ingresos en el largo plazo, los gobiernos pueden tomar obligaciones de gasto que tienen implicaciones de costos recurrentes futuros, como cubrir las tarifas escolares o los costos de medicamentos de los pobres. Si el dinero sólo está disponible para los próximos dos años, los países evitarán hacer compromisos de largo plazo, optando por hacer mejoras marginales a los servicios existentes en lugar de focalizarse en la expansión de la cobertura. La razón es obvia: cuando se acabe el dinero, el costo de administrar las nuevas instituciones y de pagar al personal adicional reducirá el presupuesto disponible en tal medida que la calidad tanto de los servicios existentes como de los nuevos se verá afectada. Los planes de gasto público

siempre están sujetos al riesgo de ajuste si los recursos son menores que los esperados; el costo de hacer el ajuste depende de la velocidad y previsibilidad de los cambios en la disponibilidad de recursos presupuestarios.

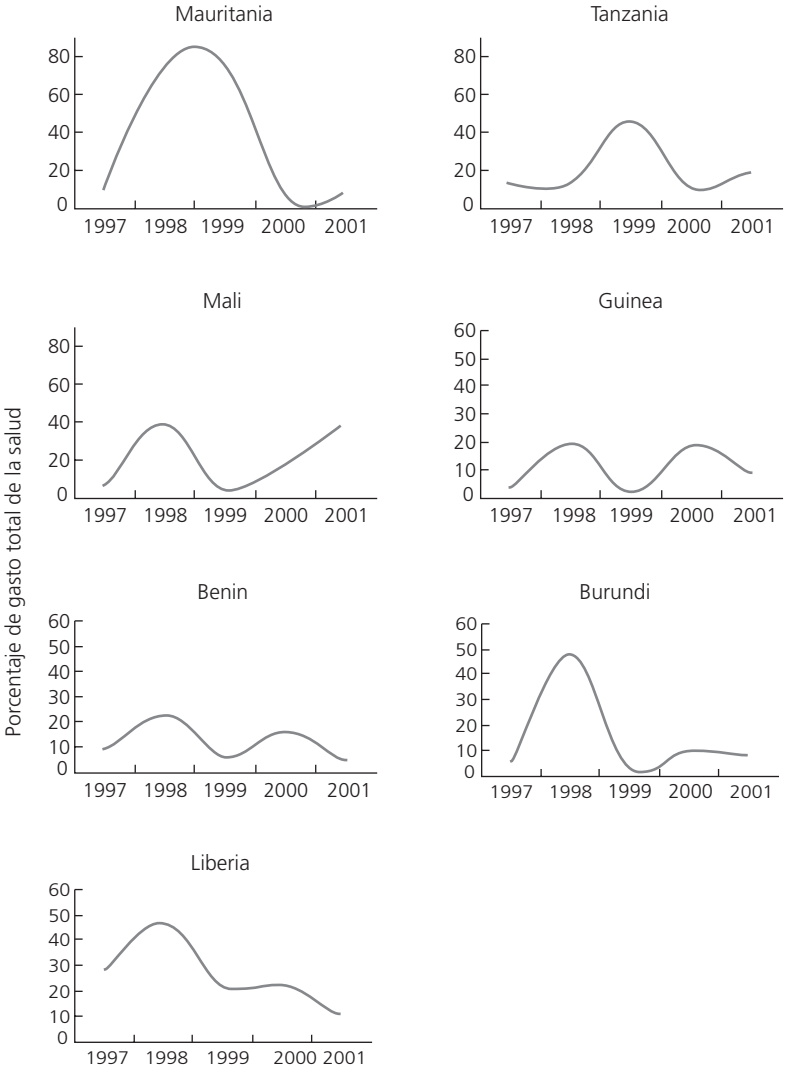
El gráfico 4.6 resalta la dramática fluctuación en los compromisos de los donantes que puede ocurrir a lo largo del tiempo. La variabilidad refleja, entre otros temas, fluctuaciones en la tasa de cambio, decisiones políticas y presupuestarias de los donantes, demoras administrativas del lado de los donantes, problemas de capacidad de absorción en países receptores, y no cumplimiento con las condiciones de los préstamos. Los compromisos se realizan en dólares de Estados Unidos y, entonces, las fluctuaciones de la tasa de cambio entre la moneda en la cual los donantes hacen su compromiso y el dólar de Estados Unidos, y entre el dólar de Estados Unidos y la moneda local, afecta la volatilidad. Por ejemplo, el franco en Burundi se depreció respecto del dólar de Estados Unidos en promedio 27% por año entre 1997 y 2000, acumulando una depreciación total de 104%. Es más, el dólar de Estados Unidos se depreció respecto del euro en promedio un 7% entre 1997 y 2000, acumulando una depreciación de 22%. Entonces, en el caso de Burundi, el incremento en el cociente entre los compromisos y el gasto efectivo en salud puede reflejar en parte la depreciación de la moneda local en la cual los gastos se hacen, respecto del dólar y la depreciación del dólar respecto de la moneda en la cual se hacen los compromisos, pero no puede explicar completamente la fuerte caída en los cocientes.

Otra razón importante para la volatilidad de los compromisos de ayuda tiene que ver con las decisiones políticas de los países donantes. Las restricciones legislativas y la incapacidad de comprometer gobiernos sucesivos inhiben a los donantes de hacer compromisos de donaciones en el largo plazo. Los compromisos nunca son incondicionales o irrevocables, y requieren un alto grado de confianza entre ambas partes. Las preferencias de los donantes pueden cambiar de un año al otro como respuesta a los cambios en el comportamiento del país receptor, o a eventos políticos en el país donante. El ciclo presupuestal del país donante puede también no estar alineado con el ciclo presupuestal del país receptor, generando una seria disparidad entre lo que se ha comprometido y el desembolso efectivo.

La capacidad de absorción de un país es otra razón por la cual los compromisos de los donantes son muchas veces volátiles e impredecibles. La capacidad de absorción se discute en términos generales más adelante pero, para nuestros propósitos, la capacidad de absorción se refiere principalmente a los problemas asociados con la utilización de los recursos que los donantes ponen a disposición. Problemas de falta de capacidad administrativa o ineficiencia en la administración del gasto público (que impiden que los recursos ya desembolsados lleguen a los proyectos o las unidades ejecutoras de los programas) pueden originarse en el país receptor. Los problemas también pueden originarse del lado del donante, que puede tener un sistema de compras complicado y excesivos requisitos de monitoreo.

La condicionalidad es otra de las razones principales por las cuales las donaciones son impredecibles. El peor escenario sucede cuando los desembolsos son suspendidos en todos los programas por el incumplimiento con las condiciones de un programa

Gráfico 4.6 *Promesas de donación para la salud en siete países de África, 1997-2001*



Fuente: WDI y base de datos de financiamiento de donantes de OCDE/DAC y estimaciones del grupo de trabajo.

o con el marco macroeconómico. Sin embargo, el manejo de las condicionalidades está mejorando. La evaluación de desempeño que hacen los donantes se está coordinando con el ciclo presupuestario y las condiciones se aplican con rezagos, para evitar una reducción abrupta en el presupuesto corriente. Aunque los instrumentos nuevos, como el crédito de apoyo a la reducción de la pobreza (capítulo 6), hacen que el tiempo de desembolso no dependa de cumplir con una lista de acciones, los gobiernos todavía necesitan acordar una matriz futura de políticas y convencer a los donantes de que han hecho progresos suficientes en su implementación para merecer ayuda en el futuro. Los mecanismos actuales dejan a los gobiernos vulnerables, no sólo en lo que se refiere a la evaluación de los donantes sobre su desempeño en relación con las condiciones existentes, sino en lo que se refiere a la dificultad de negociar nuevas condiciones en el futuro.

Cualquier solución al problema de previsibilidad debe contemplar cada una de las causas de volatilidad. El cuadro 4.1 resume algunas de las principales razones de las diferencias entre los compromisos de los donantes y sus desembolsos, y propone algunas soluciones para mitigarlas.

La implementación de estas soluciones requiere un gran compromiso por parte de los donantes y esfuerzos de coordinación. Algunas de las soluciones pueden generar problemas adicionales, como riesgo moral o altos costos de transacción. El recuadro 4.2 describe una propuesta de facilidad financiada por los donantes, que puede ayudar a disminuir la volatilidad de corto plazo del financiamiento. También es útil para subrayar los temas de riesgo moral y los problemas que la misma facilidad generaría.

Un progreso más rápido hacia los ODM depende de la confianza de los gobiernos de que un flujo mayor de financiamiento se mantendrá en el largo plazo. La incertidumbre que rodea los niveles futuros de ayuda hace que los gobiernos se resistan a comprometerse con planes de gasto muy ambiciosos, que dependen para su ejecución de desembolsos externos continuos y en tiempo. Los países enfrentan riesgos importantes si establecen sistemas de salud que no pueden mantenerse si cambian las preferencias de los países donantes.

Fungibilidad

La ayuda financiera para el desarrollo ha proclamado muchos casos exitosos en proyectos individuales. Sin embargo, a nivel macro, muchos estudios de corte transversal muestran poco impacto de la ayuda financiera en el crecimiento (Boone 1994, Burnside y Dollar 1997). Del mismo modo, la ayuda de los donantes ha tenido un impacto limitado en la mortalidad de niños menores de cinco años y materna (*ver* capítulo 5).

Cuadro 4.1 *Razones para la volatilidad de la ayuda y posibles alternativas para mitigarla*

Razones para la volatilidad	*Posibles alternativas para mitigarla*
El compromiso de los donantes es de corto plazo, pero las obligaciones de gasto son de largo plazo	Horizonte de compromisos más extensos de los donantes si se cumplen las condiciones.
	Compromiso colectivo de los donantes para ajustar las deficiencias de financiamiento de donantes individuales.
Los compromisos de los donantes son condicionales y difíciles de manejar para el gobierno	Alianzas, revisión conjunta y mayor énfasis en la implementación.
	Menos condiciones, estratégicamente negociadas, dentro del poder y la capacidad del gobierno de responder antes de una sanción en los casos donde existe revisión continua; respuesta moderada cuando las condiciones no se cumplen.
	Mantener los gastos clave para los pobres si se cumplen algunas condiciones específicas, aun si otros aspectos (como el macroeconómico) están temporariamente fuera de curso.
	Aplicar condiciones a compromisos futuros y no al presupuesto actual, con tiempo para que el gobierno ajuste sus obligaciones de gasto, si no se puede alcanzar un acuerdo.
Las promesas y compromisos no tienen una relación previsible con el desembolso actual	Un sistema transparente de reportes para compromisos significativos; descuento de los montos de donaciones de acuerdo con el desempeño pasado.
	Revisión continua del reporte de desembolsos.
	Rendición de cuentas de los donantes mediante transparencia en el desempeño, revisión de pares, y presión de la sociedad civil a nivel mundial y del país.
	Acuerdos colectivos de los donantes para asegurar que los objetivos se cumplan para los donantes como un todo; grandes reservas para protegerse de reducciones (como la propuesta de la facilidad de estabilización de ayuda del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido); uso activo de las reservas de moneda extranjera para manejar las fluctuaciones.
	Alivio de deuda como una fuente predecible de financiamiento.
Los desembolsos pueden ser menores que su valor nominal	Las brechas en las estrategias de reducción de pobreza deben ser la prioridad en los fondos de los donantes; toma de decisiones colectiva entre donantes y gobiernos sobre las prioridades de gasto; total información de compromisos de financiamiento y desembolsos, transparencia en el financiamiento que respalda los planes de gasto público; sistemas de gobierno armonizados, fortalecidos cuando sea necesario.

Fuente: Foster 2005b.

¿Qué explica esta aparente contradicción? La respuesta se puede encontrar en la alta volatilidad de la ayuda de los donantes, como ya se discutió, y en su fungibilidad.

Como se discute en el capítulo 5, la fungibilidad de la ayuda de los donantes es la desviación de fondos a gastos públicos diferentes de los originalmente previstos por

Recuadro 4.2 *¿Una solución a la volatilidad de la ayuda? La facilidad de estabilización de la ayuda propuesta por DFID*

En un foro de alto nivel en 2004 en Abuja, Nigeria, el DFID propuso una facilidad de estabilización de la ayuda para garantizar un nivel mínimo general de financiamiento para países de bajos ingresos que dependen de la ayuda internacional. Los detalles de esta propuesta se encuentran en el estudio DFID que recomienda establecer una facilidad de estabilización (Foster 2005). Esta facilidad garantizará que en los países que dependen de ayuda para financiar sus programas de gasto público la ayuda no caerá ni por dejado de ciertos límites predefinidos ni a una tasa más rápida que la establecida. Esta recomendación garantiza que la ayuda estará en línea con los compromisos y que no será retirada abruptamente. La facilidad de estabilización de la ayuda intenta ser un recurso de última instancia, ofreciendo una póliza de aseguramiento por si los donantes no cumplen con sus promesas. El grado de seguridad que puede ofrecer depende del grado en que la comunidad donante tiene éxito en adoptar otras medidas complementarias para mejorar la previsibilidad de los flujos de ayuda en el mediano y largo plazos.

Un mecanismo específico para disminuir la diferencia entre los compromisos y los gastos efectivos, aunque razonable y deseable en un principio, requiere un análisis más detallado. La volatilidad de la ayuda de los donantes, definida como la diferencia entre el compromiso para un año dado y el gasto actual en ese año, está afectada por muchos factores. Algunos de estos factores son responsabilidad de los donantes (como el menor compromiso por razones políticas y presupuestales, o un desembolso lento causado por la burocracia en el país donante); otros factores son responsabilidad del país receptor (falta de capacidad de desembolso, problemas en la administración del gasto público, o incumplimiento con las condicionalidades que están bajo el control del país receptor), y otros se deben a factores exógenos por fuera del control de cualquiera de las partes (como el deterioro de los términos de intercambio o desastres naturales). El diseño del fondo dependerá de los factores que quiere asegurar. Es más, la facilidad debe diseñarse cuidadosamente para evitar el riesgo moral por parte de los donantes y receptores. Las consecuencias de una facilidad mal diseñada pueden ser más perjudiciales que los problemas que ésta intenta resolver. Finalmente, la facilidad, tal como fuera propuesta originalmente, no extiende la madurez del financiamiento ofrecida por los donantes, que, en el caso del sector social, es un obstáculo grande para incrementar los gastos corrientes de manera sostenible.

la ayuda, incluyendo reducción de impuestos y repago de deuda. Un ejemplo claro es la afirmación de Paúl Rosentain-Rudin en 1947, el entonces director encargado del Departamento Económico del Banco Mundial, que dijo: "Cuando el Banco Mundial cree que está financiando una estación eléctrica, en realidad está financiando un prostíbulo" (Devarajan, Rajkumar y Swaroop 1999, p. 1). La realidad es que, en un contexto de recursos limitados, los gobiernos reducen el gasto doméstico en, por ejemplo, servicios de atención primaria, cuando ven que los donantes financian tales actividades, de modo que el financiamiento de los donantes no genera un gasto adicional, o al menos no hasta el punto en que los donantes esperaban. La fungibilidad es probablemente mayor cuando el financiamiento de los donantes se ofrece por fuera del presupuesto y cuando hay muchos donantes en el país (Devarajan, Rajkumar y Swaroop 1999). El capítulo 5 discute este tema en detalle, incluyendo el impacto de la efectividad del financiamiento de los donantes y del gasto del gobierno en el área de salud.

Dado el gran incremento en la ayuda de los donantes destinada a salud, muchos se preguntan si estos recursos efectivamente llegan a los sectores o proyectos designados inicialmente. Devarajan, Rajkumar y Swaroop (1999) señalan que ésta es una pregunta interesante sólo si las preferencias de los donantes son diferentes de las del país receptor. También afirman que no es claro si la fungibilidad del financiamiento sea buena o mala: todo depende de lo que haga el gobierno con los recursos entregados por los proyectos de ayuda. Pero la presencia de fungibilidad, conjuntamente con las dificultades que enfrentan los gobiernos para la reasignación de recursos, puede llevar a una asignación no óptima de recursos cuando el financiamiento de los donantes es volátil.

Por ejemplo, supongamos que un donante ofrece financiamiento a un país para atención primaria. También supongamos que las preferencias del donante y del receptor no son iguales –el receptor no quiere incrementar el gasto en atención primaria tanto como quiere el donante. El Ministro de Finanzas probablemente afirmará que, como la atención primaria ya se está financiando con dinero externo, el presupuesto del gobierno se debe destinar sólo a actividades no financiadas por los donantes (atención secundaria y terciaria, por ejemplo). Finalmente, si la ayuda del donante es totalmente fungible, la composición final del gasto (con los fondos del gobierno y de los donantes) puede ser exactamente la misma que si el gobierno hubiese recibido los recursos como financiamiento a su presupuesto, y se le hubiese permitido tomar sus propias decisiones de asignación.

En este caso, la fungibilidad total puede resultar en una distribución óptima de recursos (muchos subsectores de la salud se financian mediante una combinación de ayuda de donantes y de fondos del gobierno) según la perspectiva del gobierno, pero no necesariamente según la perspectiva del donante. Pueden surgir problemas, incluso cuando la ayuda de los donantes es fungible, dada la volatilidad de los recursos

de los donantes. Cuando los donantes suspenden el financiamiento de un proyecto o reducen el nivel de financiamiento, los países receptores encuentran dificultades para transferir los recursos en poco tiempo desde otro sector (como atención especializada) hacia otro sector (como la atención primaria). La asignación presupuestaria puede ser asimétrica: es decir, puede ser fácil aumentar el gasto en atención secundaria y terciaria (cuando los recursos se han obtenido de fondos de ayuda a atención primaria), pero recortar tales gastos puede ser difícil. Éste es el caso en particular con los proveedores de atención especializada en el sector público, que tienen asociaciones médicas fuertes, están ubicados mayoritariamente en centros urbanos en donde es más fácil llamar la atención del gobierno mediante protestas u otros medios, y tienden a beneficiar desproporcionadamente a la clase media votante. En consecuencia, los países receptores pueden terminar, al menos en el corto plazo, con una asignación no óptima de recursos cuando el financiamiento se reduce –en este caso, gastando de más en servicios de atención especializada y menos en atención primaria.

La fungibilidad y la volatilidad del financiamiento de los donantes, combinadas con la incapacidad de los gobiernos receptores de reubicar rápidamente recursos, pueden generar un resultado contrario a lo que tanto el país donante como el receptor querían. En este ejemplo, el objetivo del donante era expandir el gasto en atención primaria, y el del receptor era mantener el gasto en atención primaria en su nivel inicial. Sin embargo, después de que el donante se retira, ninguno de los dos objetivos se cumple: el gasto en atención primaria cae y resulta en una asignación no óptima de los recursos.

Existe poco análisis en la literatura sobre el impacto de la fungibilidad en la ayuda específica para la salud. Los estudios empíricos que han estimado el grado de fungibilidad en un país en particular, han examinado cómo los cambios en la ayuda externa total afectan el gasto público total, cómo las categorías de financiamiento afecta las categorías de gasto, si la ayuda es fungible a través de distintas categorías de gasto público y si la ayuda reduce el esfuerzo de un país en recolección de ingresos (Pack y Pack 1990, 1993, 1996; Feyziouglu, Swaroop y Zhu 1997; Clements y otros 2004). Recientemente, Devarajan, Rajkumar y Swaroop (1999) encontraron que en África los gobiernos no gastan toda la ayuda sectorial en el sector designado, tampoco tratan la ayuda como único respaldo presupuestario. También encontraron que el grado de fungibilidad puede explicarse parcialmente por la importancia de un donante en particular y de su nivel de ayuda en un país. Cuanto más grande el número de donantes y menor la importancia de la ayuda en el gasto del gobierno, es más probable que la ayuda sea fungible.

El análisis empírico preparado para este estudio confirma que la ayuda para la salud es fungible. Los resultados indican que los recursos domésticos desviados del sector de la salud, como resultado de la fungibilidad, son importantes. Un incremento de 10% en el financiamiento de donantes por fuera del presupuesto genera una

reducción de 0,87% en el financiamiento del gobierno en el área de la salud.[11] Si tomamos un valor promedio de gasto per cápita doméstico para la salud de US$19 y de US$1 per cápita de financiamiento de donantes para la salud, externo al presupuesto, los resultados de la regresión indican que un incremento de US$1 en el financiamiento por fuera del presupuesto genera una reducción de US$1,65 en la asignación de recursos del gobierno para la salud, dejando todo lo demás constante.[12]

Un segundo componente, importante y necesario para explicar los resultados del financiamiento de los donantes, en la mortalidad infantil y materna, es la asimetría en el presupuesto. Para probar la hipótesis de asimetría, se analizó el cociente entre un cambio en el gasto hospitalario y un cambio en los ingresos para un grupo de 61 países (763 observaciones) en el período 1980-2001.[13] El gasto hospitalario y los ingresos están expresados como porcentajes del PIB. Estos cocientes se dividen en dos grupos, uno con ingresos crecientes en relación con el año anterior (grupo 1) y el otro con ingresos decrecientes en relación con el año anterior (grupo 2). Una comparación de los valores promedio de estos cocientes por grupo muestra que los ingresos

11 Se empleó un modelo de mínimos cuadrados generalizados con efectos fijos, similar al de Pack y Pack (1990, 1993, 1996). La selección del modelo entre efectos fijos y efectos aleatorios se basó en la prueba estadística de Hausmann. La bondad general del ajuste es de 69,9%. *Nótese* que la regresión no incluye otras variables de control, como alfabetismo, tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, cociente de mortalidad materna, lo cual puede generar un sesgo de variable omitida. Sin embargo, el sesgo de variable omitida generado por la ausencia de estas variables de control puede sesgar el coeficiente del financiamiento de los donantes por fuera del presupuesto hacia un valor de cero. Esto se debe a que el coeficiente de la variable omitida, mortalidad de niños menores de cinco años, probablemente sea positivo (cuanto mayor la mortalidad de niños menores de cinco años, es más probable que el gobierno aumente el gasto en salud), y la covarianza entre la mortalidad de niños menores de cinco años y el financiamiento de donantes en salud, no incluido en el presupuesto, es positiva (es probable que los donantes aumenten su ayuda si el país tiene una tasa alta de mortalidad de niños menores de cinco años).

12 Otro tema relacionado tiene que ver con la existencia de fungibilidad al interior del sector de la salud, independientemente de si el financiamiento es fungible a través de sectores. En otras palabras, ¿existe una reasignación de recursos domésticos entre el servicio de atención primario y los niveles superiores de atención, por ejemplo, como reacción al financiamiento de los donantes? Los datos usados en este informe no permiten un análisis formal de esta pregunta. Sin embargo, la gráfica de la serie de tiempo de los datos de algunos países, como Etiopía, parece sugerir la posibilidad de esta lógica del comportamiento en el gobierno.

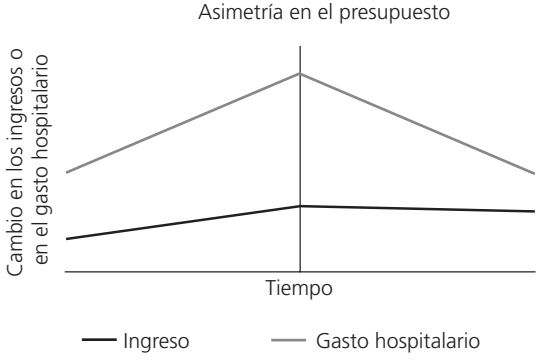
13 Los ingresos son los provenientes de impuestos domésticos y de otros ingresos no relacionados con impuestos, después de haber descontado las donaciones, como participación del PIB.

son significativamente más altos en el grupo 1 (0,33) respecto al grupo 2 (0,04). El gasto hospitalario responde de manera más moderada a la reducción de recursos que a un incremento (gráfico 4.7).

Resultados similares se encontraron en estudios a nivel de país. En Lesotho, entre 1984 y 1988, el gasto del gobierno en salud en hospitales mantuvo una tendencia creciente como porcentaje del PIB, a pesar de que los ingresos domésticos estaban disminuyendo (gráfico 4.8). Usando un término empleado en economía laboral, los datos del gasto hospitalario reflejaban una "rigidez a la baja" –resistencia a bajar más allá de cierto nivel como respuesta a la reducción en los ingresos domésticos –durante este período. El mismo patrón se observó en Etiopía, especialmente para el período de 1989-1992 (gráfico 4.9).

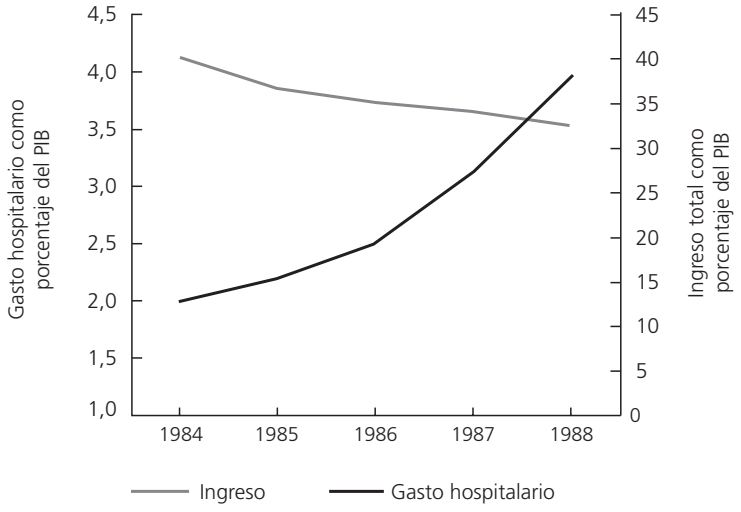
Adicionalmente al efecto de la fungibilidad en la composición del gasto, la forma específica de la ayuda (por ejemplo, donaciones a diferencia de préstamos) puede afectar los esfuerzos de movilización de ingresos domésticos. En un estudio reciente Clements y otros (2004) encontraron que incrementos en las donaciones a países con políticas e instituciones débiles resultaron en una caída en la recolección doméstica de ingresos. De modo que un incremento en las donaciones a tales países no implica necesariamente un incremento neto en los recursos disponibles para el gasto. Sin embargo, no observaron el mismo efecto negativo en la recolección doméstica de recursos cuando se trataba de préstamos. En consecuencia, además de los acuerdos institucionales, que han sido un factor importante en la efectividad de la ayuda, y los efectos de la fungibilidad en la composición del gasto, la forma de financiamiento puede tener implicaciones importantes en el esfuerzo de recolección de ingreso.

Gráfico 4.7 *Modelo de ingresos del gobierno y gastos hospitalarios a lo largo del tiempo*



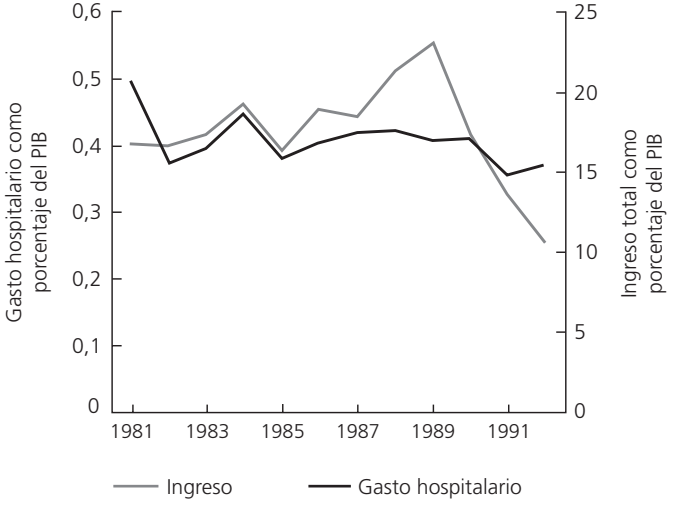
Fuente: Estimación del equipo de trabajo con datos del FMI y el Banco Mundial.

Gráfico 4.8 *Tendencia en el ingreso doméstico y el gasto hospitalario en Lesotho, 1984-8*



Fuente: Estimación del equipo de trabajo con datos del FMI 2001.
Nota: El ingreso doméstico es igual al ingreso total (neto de donaciones) como porcentaje del PIB.

Gráfico 4.9 *Tendencias en el ingreso doméstico y el gasto hospitalario en Etiopía, 1981-92*



Fuente: Estimación del equipo de trabajo con datos del FMI 2001.
Nota: El ingreso doméstico es igual al ingreso total (neto de donaciones) como porcentaje del PIB.

Capacidad de absorción

El fuerte incremento (observado y prometido) en la ayuda para la salud en países de bajos ingresos ha generado la pregunta de si los países pueden usar estos nuevos flujos de ayuda efectivamente. La capacidad de absorción tiene varias dimensiones: macroeconómica, de manejo presupuestario, y de entrega de servicios (cuadro 4.2).

Mayores niveles de ayuda tienen implicaciones importantes para el manejo macroeconómico. Existen impactos potenciales en la tasa de cambio, inflación, balanza de importaciones y exportaciones, competitividad general (enfermedad holandesa), dependencia de la ayuda financiera, movilización de recursos domésticos y la generación futura de costos corrientes. Si los flujos de ayudas no se incluyen en el presupuesto, pueden generar corrupción y sustituir las prioridades de los donantes por las prioridades del país receptor. Es posible que no existan suficientes recursos humanos, infraestructura física o capacidad administrativa en el país receptor para usar los fondos eficientemente, y los recursos, que son escasos y críticos para una entrega efectiva de servicios, pueden ser desviados de otras actividades importantes o simplemente tornarse inmanejables, creando problemas de implementación. Cargas adicionales son impuestas a los países cuando los donantes tienen un sistema de reporte y requerimientos administrativos complicados.

Las restricciones a la oferta y demanda en el sector de la salud también pueden ser obstáculos para el uso efectivo de un incremento en los recursos de la salud por parte de los países. Como se muestra en la cuadro 4.3, tales restricciones pueden presentarse en todos los niveles de la entrega de servicios y gobernabilidad (Hanson y otros 2001). El financiamiento adicional por sí solo no es suficiente para superar tales debilidades estructurales.

Un estudio para el Foro de Alto Nivel (High Level Forum) llevado a cabo en Abuja, Nigeria, en el año 2004 (Foster 2005a), mostró que para los 14 países estudiados, las preocupaciones respecto de la capacidad de absorción reflejan generalmente problemas de gobernabilidad y rendición de cuentas, problemas de desembolso como consecuencia de procedimientos o requerimientos que buscan solucionar tales preocupaciones, y temas de manejo de las finanzas públicas en general. En algunos casos, la gobernabilidad y las restricciones de manejo de gastos son problemas profundos que necesitan grandes reformas antes o de manera complementaria al mayor financiamiento (Camboya, Tadjikistán). En otros casos, los procedimientos gubernamentales son demasiado centralizados y burocráticos y necesitan reformarse para permitir que el financiamiento disponible se gaste (Benín, Burkina Faso).

Atender el problema de administración del gasto público y la reforma del servicio civil requiere medidas, no sólo del Ministerio de Salud, sino también de las autoridades centrales. Aún más, las medidas coordinadas del gobierno deben ser acompañadas de coordinación en la agencia donante para respaldar las reformas macroeconómicas

Cuadro 4.2 *Restricciones para absorber recursos externos adicionales*

	Macroeconómicas	*Institucionales*	*Físicas y humanas*	*Sociales, culturales y políticas*
Macroeconómicas/ gobierno nacional	Sostenibilidad de la deuda	Instrumentos de política monetaria y fiscal	Habilidad de planeación y administrativa, técnicos entrenados, especialistas sectoriales	Instituciones políticas nacionales estables, mecanismos de distribución del poder, estabilidad social
	Competitividad, enfermedad holandesa	Manejo de tasa de cambio		
Instrumentos fiscales/mecanismos de asignación			Capacidad administrativa del sector	Normas culturales, instituciones débiles, mecanismo de distribución del poder
			Conectividad y redes de comunicación	
Entrega de servicios /gobierno local			Acceso a carreteras, control de aguas, geografía	Normas culturales, relaciones étnicas, de casta y de clase
			Capacidad y habilidad del gobierno local	Estructuras locales de poder

Fuente: Banco Mundial 2004a.

y sectoriales. Los procedimientos de los donantes para un proyecto o financiamiento conjunto también son parte del problema, porque no sólo generan un desembolso bajo, sino que desvían capacidad de la entrega de servicios hacia la satisfacción de las demandas de los donantes de reuniones, viajes de reconocimiento, reportes, contabilidad y auditoría. Al absorber la capacidad del personal encargado del manejo financiero, los procedimientos de los donantes se convierten en un obstáculo para una acción gubernamental efectiva para atender las debilidades sistémicas que hacen necesarios los procedimientos paralelos.

Esfuerzos recientes para mejorar la ayuda

La preocupación sobre la efectividad de la ayuda ha generado un intenso debate mundial, reflejado por la múltiple literatura en el tema (Burnside y Dollar 1997; Collier y Dollar 1999; Collier y Hoeffler 2002; Foster y otros 2003; Clemens, Radelet y Bha-

Cuadro 4.3 *Restricciones para el incremento en el acceso a políticas de salud*

Nivel de la restricción	*Tipo de restricción*	*Probabilidad de que fondos adicionales ayuden a superar las restricciones*
Nivel hogar y comunitario	Falta de demanda para una intervención efectiva	Alta
	Barreras para usar intervenciones efectivas (físicas, financieras, sociales)Alta	
Servicios de salud a nivel de entrega	Déficit y mala distribución de empleados apropiadamente calificados	Alta
	Guía técnica, administración y supervisión débiles	Alta
	Medicamentos e instrumentos médicos inadecuados	Alta
	Inexistencia de equipos e infraestructura, incluyendo poco acceso a servicios de salud	Alta
A nivel de política del sector de la salud y administración estratégica	Sistema de planeación y administración débil y muy centralizado	Baja
	Políticas de medicamentos y sistema de oferta débiles	Media
	Regulación inadecuada en los sectores privado y farmacéutico y prácticas industriales inapropiadas	Media
	Falta de medidas intersectoriales y alianzas entre el gobierno y la sociedad civil	Baja
	Incentivos débiles para usar los insumos eficientemente y responder a las necesidades y preferencias de los usuarios.	Baja
	Dependencia en el financiamiento de los donantes que reduce la flexibilidad y apropiación	Baja
	Prácticas de los donantes que afectan las políticas del país	Baja
Políticas públicas generales para varios sectores	Burocracia gubernamental (reglas del servicio civil y remuneración, sistema de administración centralizado, reformas al servicio civil)	Baja
	Poca disponibilidad de infraestructura de comunicación y transporte	Alta
Características del contexto y del ambiente	Poca gobernabilidad y marco general de política	Baja
	Corrupción, gobiernos débiles, poco cumplimiento de la ley y de los contratos	Baja
	Inestabilidad política e inseguridad	Baja
	Baja prioridad a los sectores sociales	Baja
	Estructuras débiles para la rendición de cuentas públicas	Baja
	Falta de medios de comunicación independientes	Baja
	Predisposición geográfica y climática a enfermedades	Baja
	Ambiente físico desfavorable a la entrega de servicios	Baja

Fuente: Basado en Hanson y otros 2001.

vnani 2004; Sagasti, Bezanson y Prada 2005). Esta preocupación también ha llevado a tomar algunas medidas a nivel internacional, como por ejemplo la Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda para el Desarrollo, así como medidas específicas en el sector de la salud, como la estrategia de enfoque multisectorial.

La Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda al Desarrollo

En marzo de 2005, en la Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda al Desarrollo, los ministros de países desarrollados y en desarrollo y los jefes de instituciones bilaterales y multilaterales para el desarrollo acordaron en enfatizar la necesidad de mejorar la apropiación, armonización, alineamiento, resultados y rendición de cuentas mutua en la efectividad de la ayuda. Más allá de la retórica, el resultado más significativo del Foro de Alto Nivel de Efectividad de la Ayuda fue el establecimiento de objetivos específicos y medibles respecto a la entrega de ayuda. Los indicadores de progreso que se medirán en cada país, y que se monitorearán internacionalmente, se muestran en el cuadro 4.4.

El establecimiento de objetivos sobre propiedad, armonización, administración por resultados y rendición de cuentas mutua entre países donantes y receptores es lo más importante. La Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda para el Desarrollo es un buen paso en esta dirección. Pero se necesitan más esfuerzos para superar los problemas de propiedad y previsibilidad del financiamiento, necesaria para la sostenibilidad del financiamiento de la salud, la fungibilidad de la ayuda, y la efectividad de la ayuda y del gasto de gobierno para lograr los resultados previstos en los ODM. En particular, se necesitan esfuerzos adicionales y establecer objetivos más ambiciosos para que "los flujos de ayuda [estén] alineados con las prioridades nacionales" (objetivo 3), el "financiamiento más predecible" (objetivo 7), y el "uso de enfoques comunes" (objetivo 9).

Coordinación del financiamiento de los donantes a través de enfoques multisectoriales

Para coordinar mejor el financiamiento de los donantes en el apoyo a un programa gubernamental, muchos países han adoptado enfoques multisectoriales. Esta estrategia busca abordar las limitaciones del financiamiento basado en proyectos específicos, para asegurar que las reformas generales de la salud cumplan sus objetivos, reducir los altos costos de transacción para los países, y establecer una colaboración genuina entre donantes y receptores en donde ambos tengan derechos y responsabilidades. Los enfoques multisectoriales reconocen explícitamente la necesidad de relacionar los cambios en el sector de la salud con nuevos instrumentos de ayuda, manejo

macroeconómico y del sector público, reducción de la pobreza, y alcance de los ODM (Cassels 1997). Un aspecto clave del enfoque multisectorial es mejorar el proceso general de toma de decisiones político, el manejo presupuestario y la administración del gasto público al capturar todas las fuentes de financiamiento y de gasto, y ubicar las decisiones de asignación de recursos y gastos en un presupuesto de mediano plazo, basado en las prioridades nacionales.

Los elementos centrales de un enfoque multisectorial son los siguientes:

- El gobierno está a cargo.
- La alianza entre los socios en el desarrollo y los gobiernos generan una visión compartida y las prioridades para el sector.
- Una estrategia de desarrollo comprensiva para el sector refleja todas las actividades de desarrollo para identificar las deficiencias, sobre posiciones e inconsistencias. El sector como un todo es considerado cuando se llevan a cabo análisis sectoriales, valoraciones, monitoreos y evaluaciones.
- Se desarrolla un esquema de gastos para clarificar las prioridades del sector y guiar toda la inversión y el financiamiento.
- La colaboración entre agencias de financiamiento para el desarrollo reduce los costos de transacción para el gobierno (McLaughlin 2003; 2004).

Los enfoques multisectoriales se encuentran en varias etapas de desarrollo e implementación, y pocos cumplen con las especificaciones básicas presentadas anteriormente (Jefferys, Walford y Pearson 2003). En este punto de su evolución, los enfoques multisectoriales están también muy afectados por nuevos instrumentos, como los créditos de apoyo a la reducción de la pobreza, la facilidad de reducción de la pobreza del FMI, y los marcos de gastos de mediano plazo. Las siguientes conclusiones se derivan de diferentes evaluaciones de la efectividad de los enfoques multisectoriales para lograr los ODM en salud y otras reformas a los sistemas de salud (Banco Mundial 2000; Foster y otros 2000; Jeffreys, Walford y Pearson 2003; Hill 2002):

- Los enfoques multisectoriales son más relevantes en países de ingreso bajo que en países de ingreso medio. Los países de ingreso medio dependen menos del financiamiento externo; tienen instituciones más maduras y múltiples agencias envueltas en el financiamiento, la compra y la provisión de servicios de salud; y en algunos casos tienen programas activos de reforma que afectan diferentes tipos de instituciones.
- Usualmente no existe un análisis sistemático de la capacidad de implementación. Se podía haber hecho más para analizar y corregir las debilidades de implementación. Se destaca la tendencia de los programas sectoriales a ser muy ambiciosos respecto de la capacidad existente, una característica de su complejidad.

Cuadro 4.4 Indicadores de progreso en la Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda para el Desarrollo

Objetivo	*Indicador*	*Objetivo para el 2010*[a]
	Propiedad	
1	Los participantes tienen estrategias operacionales de desarrollo –número de países con estrategias nacionales de desarrollo (incluyendo estrategia de reducción de la pobreza) que tienen una prioridad estratégica clara, relacionada con un marco de gasto específico de mediano plazo y reflejada en presupuestos anuales	**Al menos 75% de los países participantes** tienen estrategias operacionales de desarrollo
	Alineamiento	
2	Sistemas nacionales creíbles –número de países que tienen un sistema de compra y de administración de las finanzas públicas	**a) La mitad de los países participantes** se mueven hacia arriba al menos un lugar (0,5 puntos) en la escala PFM/CPIA de desempeño. **b) Un tercio de los países participantes** se mueven hacia arriba al menos un lugar (de D a C, C a B, B a A) en la escala de cuatro puntos usada para evaluar el desempeño de este indicador
3	Los flujos de ayuda están alineados con las prioridades nacionales –el porcentaje del flujo de ayuda al sector gubernamental que se reporta en el presupuesto de los países participantes	**Reducir a la mitad la brecha** –reducir a la mitad la proporción del flujo de ayuda al sector gubernamental que no se reporta en el presupuesto del(los) gobierno(s) (con un reporte en el presupuesto de al menos el 85%)
4	Fortalecer la capacidad de apoyo coordinada –porcentaje de la capacidad de desarrollo ofrecida mediante programas de financiamiento coordinados con las estrategias de desarrollo nacionales	**50% de flujo de cooperación técnica** implementado mediante programas coordinados, consistentes con estrategia de desarrollo, nacionales
5a	Uso de sistemas de compras del país –porcentaje de los flujos de ayuda y de los donantes que usan el sistema de compras del país que a) se adopta a prácticas aceptables, o b) ha implementado un programa de reforma para lograrlas	**Países (a)** **Todos los donantes** usan el sistema de compras del país **Reducción de dos tercios** en el porcentaje de flujo de ayuda hacia el sector público que no usa el sistema de compras del país receptor **Países (b)** **90% de los donantes** usan el sistema de compras del país **Reducción de un tercio** en el porcentaje de flujo de la ayuda hacia el sector público que no usa el sistema de compras del país receptor

a. Algunos de los objetivos requieren confirmación de los países miembros de la OCDE/DAC.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación cuadro 4.4)

5b	Uso del sistema de administración de finanzas públicas del país, porcentaje de donantes y del flujo de ayuda que usa el sistema de administración de finanzas públicas del país participante, que a) se adhiere a buenas prácticas ampliamente aceptadas, o b) tiene en funcionamiento un programa de reforma para lograrlas	**Países a) (PFM/CPIA de 5 o superior)** **Todos los donantes** usan el sistema PFM del país colaborador **Reducción de dos tercios** en el porcentaje de flujo de ayuda al sector público que no usa el sistema PFM del país. **Países b) (PFM/CPIA de 3,5 a 4,5)** **90% de los donantes** usan el sistema PFM del país colaborador **Reducción de un tercio** en el porcentaje de flujo de ayuda al sector público que no usa el sistema PFM del país
6	Fortalecer la capacidad, evitando la implementación de estructuras paralelas –número de unidades paralelas de ejecución de proyectos por país	**Reducir en dos tercios** el número de unidades paralelas de ejecución de proyectos (PIU por sus iniciales en inglés de parallel project implementation units)
7	Financiamiento más predecible –porcentaje de la ayuda desembolsada entregada según la programación acordada en marcos anuales o multianuales	**Reducir a la mitad la brecha** –reducir a la mitad la proporción de ayuda no desembolsada dentro del año fiscal en que fuera propuesta
8	La ayuda no está atada –porcentaje de ayuda bilateral que no está atada	**Progreso continuo** con el paso del tiempo
	Armonización	
9	Uso de procedimientos y acuerdos comunes –porcentaje de la ayuda ofrecida con enfoques basados en programas	**66% de los flujos** de ayuda son provistos en el contexto de enfoques basados en programas
10	Promover análisis compartido –porcentaje de a) misiones de campo, y/o b) trabajo analítico del país, incluyendo revisiones y **diagnósticos conjuntos**	a) **40% de las misiones** de campo de donantes son conjuntas. b) **66% del trabajo analítico del país es conjunto.**
	Administración por resultados	
11	Marco orientado a resultados –número de países con mecanismos de desempeño transparentes y monitoreables para evaluar el progreso, respecto a a) estrategias nacionales de desarrollo y b) programas sectoriales	**Reducción de un tercio en la brecha** –Reducir en un tercio la proporción de países sin sistemas de desempeño transparentes y monitoreables
	Mutua rendición de cuentas	
12	Mutua rendición de cuentas –número de países participantes que llevan a cabo mutua rendición de cuentas respecto del progreso en la implementación de los compromisos acordados para la efectividad de la ayuda, incluyendo aquéllos en esta Declaración	**Todos los países** participantes tienen revisiones mutuas de desempeño en funcionamiento.

Fuente: Los autores, basados en la Declaración de París de Efectividad de la Ayuda para el Desarrollo, septiembre 2005, Tabla III (indicadores de progreso).

Nota: PFM iniciales en inglés de Public Finance Management (administración de finanzas públicas); CPIA iniciales en inglés de Country Policy and Institutional Assessment (evaluación institucional y de políticas de país).

- Los indicadores usados para monitorear y evaluar los cambios de política usualmente no están bien identificados, o no están divididos en indicadores anuales para evaluar la tasa de progreso. Otros programas tienden a incluir demasiados indicadores, dispersando la atención de prioridades clave.
- El enfoque multisectorial es más efectivo cuando existe un compromiso de alto nivel de parte del gobierno y cuando la estrategia del sector salud se relaciona con un proceso presupuestal creíble de mediano plazo y con reformas al servicio civil. La relación entre el servicio civil y las reformas del gobierno local y presupuestaria es aún débil.
- Es importante una revisión anual concentrada en los problemas principales y las posibles soluciones.
- Los donantes como un grupo deben concentrarse en la entrega de mensajes coherentes y consistentes, dándole prioridad a lo esencial.
- La presión por resultados inmediatos debe controlarse y favorecer la realidad, para evitar desilusiones y daños a los programas.
- Los agobiados ministerios de línea tienen que lograr y mantener altos niveles de momentum y productividad, especialmente cuando los costos de transacción se han incrementado como resultado de las negociaciones iniciales de un enfoque multisectorial, existe riesgo de desgaste.

Los resultados parecen ser menos prometedores en lo que se refiere a la relación entre el enfoque multisectorial con los documentos de estrategia de reducción de pobreza y los esquemas de gasto de mediano plazo a través del ciclo de presupuesto y en la inclusión del enfoque multisectorial en la ayuda de los donantes para enfermedades e intervenciones específicas. Una revisión de la experiencia de enfoques multisectoriales, en varios países de ingreso bajo, revela elementos clave con los cuales los países tienen dificultades. La visión general es que, a pesar de que los enfoques multisectoriales, los documentos de estrategia de reducción de la pobreza y los planes de salud pueden alinearse en términos de indicadores de resultados y objetivos generales, existen grandes diferencias en los recursos requeridos por estos programas y las cantidades reflejadas en los esquemas de gasto de mediano plazo, como es el caso de Camboya y Uganda (Hill 2002). El capítulo 6 discute la relación entre diferentes instrumentos con más detalle.

Considerando cómo ajustar el financiamiento de los donantes destinado a programas para enfermedades e intervenciones específicas en un enfoque multisectorial en Uganda, se reportó que las iniciativas globales habían tenido un impacto desestabilizador, particularmente con respecto a los límites superiores de gasto sectorial establecidos por el Ministerio de Finanzas. El flujo proveniente de las iniciativas globales también es importante, cercano a más de US$60 millones el año siguiente, tres cuartos del gasto total en salud proyectado de los donantes (US$80 millones). El im-

pacto de introducir iniciativas globales a través de programas sectoriales también fue un problema para Bangladesh, Camboya, Ghana, Mozambique, Senegal y Tanzania (donde sólo el dinero del Fgcstm para malaria se ha programado en el esquema de gasto de mediano plazo) (Hill 2002).

En la mayoría de los países estudiados, los donantes individuales todavía realizan evaluaciones separadas de proyectos y programas bilaterales, incluso en países que han tenido un enfoque multisectorial por más de cinco años. Con el paso del tiempo, este problema puede ser menos importante ya que pocos proyectos quedan afuera del enfoque multisectorial. En Tanzania y Zambia, las evaluaciones coinciden con la revisión anual conjunta para reducir la carga. En Camboya, que todavía tiene que embarcarse del todo en un enfoque multisectorial, existen todavía múltiples sistemas de reporte, monitoreo, contabilidad y revisión para los diferentes donantes.

Referencias

Banco Mundial. 2000. "Sector-Wide Approaches for Education and Health in Sub-Saharan Africa." Región **África, Washington, D. C.**

———. 2004a. "Aid Effectiveness and Innovative Financing Mechanisms." Documento preparado para Development Committee for the 2004 Annual Meetings. Washington, D. C.

———. 2004b. *Global Development Finance 2004: Harnessing Cyclical Gains for Development.* Washington, D. C.

———. 2005a. "Aid Effectiveness and Aid Financing." Documento presentado en Development Committee. Documento SecM2005-0435, septiembre 25, Washington, D. C.

———. 2005b. *Informe sobre seguimiento mundial.* Bogotá: Banco Mundial y Mayol.

———. 2006. *Global Economic Prospects: Economic Implications of Remittances and Migration.* Washington, D. C.

Banco Mundial y FMI. 2005. "Moving Forward: Financing Modalities toward the Millennium Development Goals." Development Committee Paper DC2005-0008/add. 1, Washington, D. C.

Bird, R. 2003. "Fiscal Flows, Fiscal Balance, and Fiscal Sustainability." Documento de trabajo 03-021, International Studies Program, Andrew Young School of Public Studies, Georgia State University, Atlanta.

Boone, P. 1994. "The Impact of Foreign Aid on Savings and Growth." London School of Economics and Political Science, Londres.

Burnside, C. y D. Dollar. 1997. "Aid, Policies, and Growth." Banco Mundial, Washington, D. C.

Cassels, A. 1997. "A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues, and Working Arrangements." OMS/ARA/97.12, OMS, Ginebra; Danish International Development Assistance, Copenhague; R. U. Department of International Development, Londres; European Commission, Bruselas.

Clemens, M. A., S. Radelet y R. Bhavnani. 2004. "Counting Chickens When They Hatch: The Short-Term Effect of Aid on Growth." Documento de trabajo 44, Center for Global Development, Washington, D. C.

Clements, B., S. Gupta, A. Pivovarsky y E. R. Tiongson. 2004. "Foreign Aid: Grants versus Loans." *Finance and Development* 41 (3): 46-9.

Collier, P. y D. Dollar. 1999. "Aid Allocation and Poverty Reduction." *European Economic Review* 46 (8): 1475-500.

Collier, P. y A. Hoeffler. 2002. "Aid, Policy, and Growth in Post-Conflict Societies." Banco Mundial, Washington, D. C.

Croce, E. y V. H. Juan-Ramón. 2003. *Assessing Fiscal Sustainability: A Cross-Country Comparison.* Washington, D. C.: Fondo Monetario Internacional.

Devarajan, S., A. Rajkumar y V. Swaroop. 1999. "What Does Aid to Africa Finance?" Documento de trabajo 2092, África Región, Banco Mundial, Washington, D. C.

Dunaway, S. y P. N'Diaye. 2004. *An Approach to Long-Term Fiscal Policy Analysis.* Washington, D. C.: Fondo Monetario Internacional.

Edwards, S. 2002. *Debt Relief and Fiscal Sustainability.* Documento de trabajo 8939 NBER. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research.

Feyziouglu, T., V. Swaroop y M. Zhu. 1997. "Foreign Aid Fungibility: A Panel Data Analysis." *World Bank Economic Review* 12 (1): 29-58.

FMI, 2001. *IMF Government Financial Statistics Manual 2001.* Washington, D. C.

Foster, M. 2005a. "MDG-Oriented Sector and Poverty Reduction Strategies: Lessons from Experience." Documento de discusión sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D. C.

———. 2005b. "Improving the Medium and Long-Term Predictability of Aid." Banco Mundial, Washington, D. C.

Foster, M., A. Brown, A. Norton y F. Naschold. 2000. *The Status of Sector Wide Approaches.* Londres: Centre for Aid and Public Expenditure (CAPE), Overseas Development Institute.

Foster, M., A. Keith, H. Waddington y A. Harding. 2003. *The Case for Increased Aid: Final Report to the Department for International Development.* Country Case Studies, Vol. 2. Essex, R. U.: Mick Foster Economics.

G-8 (Grupo de los Ocho). 2005. "Chairman's Summary." Discurso presentado en la cumbre del G-8, Gleneagles, Escocia, julio 6-8.

Hanson, K., M. K. Ranson, V. Oliveira-Cruz y A. Mills. 2001. "Approaches to Overcoming Health Systems Constraints at a Peripheral Level: A Review of the Evidence." Documento de trabajo CMH series WG5: 15, Commission on Macreconomics and Health, Londres.

Heller, P. 2005. "Understanding Fiscal Space." Documento de discusión sobre políticas del FMI: PDP/05/4, Fondo Monetario Internacional, Washington, D. C.

High Level Forum. 2005. *Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonization, Alignment, Results, and Mutual Accountability.* París.

Hill, P. S. 2002. "The Rhetoric of Sector-Wide Approaches for Health Development." *Social Science and Medicine* 54 (11): 1725-37.

Jeffreys, E., V. Walford y M. Pearson. 2003. "Mapping of Sector-Wide Approaches in Health." Institute for Health Sector Development, Swedish International Development Cooperation Agency, Londres.

Kumaranayake, L., C. Kurowski y L. Conteh. 2001. "Cost of Scaling Up Priority Health Interventions in Low-Income and Selected Middle-Income Countries: Methodology and Estimates." Documento de trabajo CMH WG5: 18, Commission for Macroeconomics and Health, Londres.

Lele, U., R. Ridker y J. Upadhyay. En preparación. "Health System Capacities in Developing Countries and Global Health Initiatives." Documento preparado para International Task Force on Global Public Goods, Washington, D. C.

Lewis, M. 2005. "Addressing the Challenges of HIV/AIDS: Macroeconomic, Fiscal, and Institutional Issues." Documento de trabajo 58, Center for Global Development, Washington, D. C.

McLaughlin, J. 2003. "Accelerating Progress towards the Health MDGs: Important Lessons Learned from Development Assistance." Banco Mundial, Washington, D. C.

———. 2004. "The Evolution of the Sector-Wide Approach (SWAp) and Explaining the Correlation between SWAps and Reform Initiatives." Banco Mundial, Washington, D. C.

Michaud, C. M. 2003. "Development Assistance for Health (DAH): Recent Trends and Resource Allocation." Documento preparado para la Second Consultation of the Commission on Macroeconomics and Health, OMS, Ginebra, octubre 29-30.

Nissanke, M. 2003. "Revenue Potential of the Tobin Tax for Development Finance: A Critical Appraisal." School of Oriental and African Studies: University of London. Documento informal.

OCDE. 2004. *Analysis of Aid in Support of HIV/AIDS Control, 2000–2002.* París.

Pack, H. y J. R. Pack. 1990. "Is Foreign Aid Fungible?" *Economic Journal* 100 (399): 188-94.

———. 1993. "Foreign Aid and the Question of Fungibility." *Review of Economics and Statistics* 75 (2): 258-65.

———. 1996. "Foreign Aid and Fiscal Stress: The Case of Indonesia." Universidad de Pensilvania, Filadelfia.

PHR*plus* 2005. "How the Global Fund Affects Health Systems." *PHRplus Highlights,* abril 5-6.

Preker, A., E. Suzuki, F. Bustero, A. Soucat y J. Langenbrunner. 2003. "Costing the Millennium Development Goals: Expenditure Gaps and Development Traps." Documento de discusión sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D. C.

Sagasti, F., K. Bezanson y F. Prada. 2005. *The Future of Development Financing: Challenges, Scenarios, and Strategic Choices.* Global Development Studies 1. Estocolmo: Palgrave Macmillan.

Tanzi, V. y H. H. Zee. 2000. "Tax Policy for Emerging Markets: Developing Countries." Documento de trabajo, Fondo Monetario Internacional, Washington, D. C.

UN Millennium Project. 2005. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals.* Londres: Earthscan.

Wagstaff, A. y M. Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

5
Mejorar los resultados en salud

Existe un gran respaldo internacional para aumentar el gasto público y el financiamiento de los donantes para acelerar el progreso hacia los ODM. Sin embargo, el incremento en el gasto público en salud y en el financiamiento de los donantes, aunque pueden mejorar los resultados en salud, en particular la mortalidad infantil y materna, probablemente no serán suficientes para lograr los ODM en salud para el año 2015. Para alcanzar estos objetivos se requieren amplios niveles de crecimiento económico e inversión, un cambio importante en la manera como los donantes entregan sus recursos y un gasto más eficiente en el sector de la salud.

Con tantos países que no lograrán los ODM en salud, la comunidad internacional está llegando al consenso de que el gasto corriente en salud en países en desarrollo es demasiado bajo y que se necesitan más recursos (*ver* capítulo 7). Estas discusiones dan por descontado, sin embargo, que el gasto y los recursos adicionales generarán automáticamente los resultados deseados en salud. Las discusiones usualmente ignoran las acciones adicionales necesarias para mejorar la capacidad de los países para absorber y movilizar recursos adicionales para lograr los ODM.

Este capítulo contiene nuevos resultados sobre el impacto del gasto público en salud y del financiamiento de los donantes en los resultados de salud. Estos resultados indican que el gasto público en salud tiene, en efecto, un impacto en la mortalidad de niños menores de cinco años y en la mortalidad materna, lo cual contradice los resultados presentados hasta ahora en la mayor parte de la literatura. Los resultados también muestran que el financiamiento de los donantes tiene un impacto directo en la mortalidad de niños menores de cinco años pero no así en la mortalidad materna. Sin embargo, el financiamiento de los donantes afecta indirectamente la mortalidad materna al aumentar el impacto del gasto público en salud en esta área.

Tales efectos del financiamiento de los donantes en los resultados de salud se pueden explicar en parte por la volatilidad y la fungibilidad de este tipo de financiamiento, así como por las dificultades que enfrentan los gobiernos para reasignar recursos en el corto plazo, después de que un donante ha reducido o descontinuado el financia-

miento. Este capítulo revisa tales efectos y sus implicaciones para alcanzar los ODM en mortalidad infantil y materna a lo largo de diferentes regiones. El capítulo finaliza abordando los temas fundamentales para mejorar las posibilidades de los países de alcanzar los ODM en salud. Estos temas incluyen estimular el crecimiento económico y la inversión multisectorial, así como también modificar el modo como los donantes ofrecen su financiamiento y como se utiliza el gasto público en salud, de manera que estos recursos críticos produzcan mejores resultados en salud. Tres lecciones clave surgen de esta discusión:

- Ni un incremento en el gasto público en salud, ni el crecimiento del PIB por sí solos son suficientes para lograr los ODM en salud. Aunque el gasto y el crecimiento afectan los resultados de salud, inversiones de largo plazo en infraestructura, educación, agua y saneamiento también son necesarias. Es más, el crecimiento del PIB es esencial no sólo porque genera mayor ingreso personal, que a su vez mejora directamente los resultados en salud, sino porque genera ingresos públicos que pueden apoyar un enfoque multisectorial de la inversión en salud.
- Los países receptores deben mejorar su capacidad de absorber y usar los recursos adicionales para la salud, fortaleciendo las políticas e instituciones que manejan el gasto público. Los recursos, aun cuando están disponibles, deben ponerse a disposición regularmente y a tiempo en los lugares donde los servicios de salud serán entregados; este esfuerzo requiere un manejo eficiente del gasto público desde el gobierno central hacia el gobierno local, y desde el gobierno local hacia los establecimientos que proveen los servicios. También implica un sistema apropiado de rendición de cuentas en todos los niveles públicos (el tema de la rendición de cuentas se profundiza en el capítulo 6).
- Los donantes deben evaluar cuidadosamente su papel y el impacto deseado en el contexto específico de cada país para mejorar la consistencia entre los objetivos de los donantes y del país receptor. La ayuda de los donantes en la actualidad tiene un impacto directo limitado en los resultados de salud, en parte por la fungibilidad, volatilidad y la asimetría en el proceso presupuestal (*ver* capítulo 4).[1] Para mejorar los resultados, los donantes deben:

  – Ser cuidadosos en el diseño de programas de ayuda y en la evaluación del impacto de sus fondos.
  – Otorgar seria consideración al apoyo directo a los presupuestos público, a través del apoyo al presupuesto general del gobierno. Los donantes deben acordar

1 La asimetría en el presupuesto se refiere a la dificultad que tiene un gobierno para reducir el gasto cuando los recursos disminuyen.

con los gobiernos en un programa, en lugar de financiar en forma directa proyectos que pueden desplazar los propios recursos del gobierno.
- Comprometerse a un financiamiento predecible en el largo plazo con el propósito de mejorar el apoyo presupuestario a los programas existentes del gobierno. Esta medida es especialmente importante dada la naturaleza recurrente de muchos de los gastos de salud, que los hace inapropiados para ser financiados mediante donaciones de corto plazo.
- Financiar proyectos directamente sólo en casos de grandes fallas de gobierno, especialmente en la administración del gasto público.
- Dar prioridad absoluta a la provisión de asistencia técnica en casos de fallas de gobierno en lo que se refiere a manejo del gasto público y capacidad pública.

Gasto del gobierno en salud

La relación teórica entre incrementos en el gasto público en salud y mejores resultados en la salud es compleja por varias razones. Primero, un aumento en el gasto público en salud puede resultar en una reducción en el gasto privado en salud, un hogar puede destinar fondos a otros usos cuando el gobierno aumenta su gasto básico en salud. Segundo, incrementos en el gasto público en salud pueden no ser eficientes (por ejemplo, el gasto destinado a equipo de alta tecnología o a hospitales avanzados pueden tener poco efecto en la salud pública si los indicadores de morbilidad muestran la necesidad de mayores recursos para la atención primaria). Tercero, incluso si los fondos adicionales se utilizan apropiadamente, pueden generar pocos beneficios si no existen otros servicios complementarios, internos y externos al sector (por ejemplo, caminos o servicios de transporte a hospitales y clínicas y fácil acceso a agua y saneamiento) (Wagstaff 2002a).

La literatura empírica no ha esclarecido mucho la relación entre el gasto público y los resultados de salud. Estudios iniciales (como los resumidos por Musgrove en 1996) no encontraron evidencia de que el gasto total en salud tuviese impacto en la mortalidad infantil. Filmer y Pritchett (1999) encontraron que el gasto público en salud representa menos de un séptimo del 1% de la variación en la mortalidad de niños menores de cinco años en un estudio transversal de países, pero el resultado no era estadísticamente significativo. Los autores concluyen que el 95% de la variación en la mortalidad de niños menores de cinco años puede explicarse por factores como el ingreso per cápita del país, el nivel educativo de las mujeres y la elección de la religión. Finalmente, usando un modelo similar al utilizado por Filmer y Pritchett, Wagstaff y Claeson (2004) mostraron más recientemente que buenas políticas e instituciones (medidas por el índice del Banco Mundial de evaluación de políticas e instituciones (CPIA, según sus siglas en inglés de *Country Policy and Institucional Assessment*) son determinantes importantes del impacto del gasto público en salud en los resultados.

En particular, a medida que la calidad de las políticas y las instituciones mejora (a medida que aumenta el índice CPIA), el impacto del gasto público en salud en la mortalidad materna, en el bajo peso de niños menores de cinco años y en la mortalidad por tuberculosis también aumenta y es estadísticamente significativo. Sin embargo, el impacto del gasto público en la mortalidad de niños menores de cinco años no es significativamente diferente de cero.

Nuevos resultados sobre el impacto de los fondos del gobierno y de los donantes

Como se discutió anteriormente, un gran porcentaje del financiamiento de los donantes se maneja directamente por los donantes, afuera del sistema presupuestario del gobierno. Un modelo desarrollado para este informe[2] intenta capturar el impacto directo e indirecto de estos recursos no incluidos en el presupuesto en los resultados en salud. Los niveles de financiamiento de los donantes y su volatilidad se incluyen en el modelo como variables explicativas.[3] Adicionalmente, la relación crítica y la interacción entre el financiamiento de los donantes y el gasto público en salud también se

2 Un modelo desarrollado para este informe hace varios ajustes al modelo de Filmer-Pritchett y Wagstaff-Claeson. El anexo 5.1 ofrece una explicación técnica detallada del modelo. El modelo realiza cuatro ajustes econométricos. Primero, el gasto público en salud y el ingreso se tratan como variables endógenas. Esto permite un vínculo circular entre los resultados de salud y el ingreso (los resultados en la salud pueden mejorar a medida que aumenta el ingreso, pero mejores resultados en salud también pueden generar más ingresos) y entre el gasto público en salud y los resultados (por ejemplo, mayores gastos pueden generar mejores resultados pero el gobierno puede aumentar el gasto con resultados pobres en salud). Segundo, las variables de financiamiento de los donantes se rezagan para tener en cuenta el hecho de que los compromisos de financiamiento se desembolsan en una fecha posterior, pero esto también resuelve el problema de endogeneidad del financiamiento de los donantes. Tercero, se realizaron pruebas de endogeneidad y de selección de instrumentos usando las pruebas de Staiger y Stock (1997) y de Hausman (1978). Cuarto, la presencia de heteroscedasticidad se probó y se corrigió (usando el método generalizado de momentos de mínimos cuadrados heteroscedásticos en dos etapas).

3 Como en otros estudios (Filmer y Pritchett 1999, Wagstaff 2002b, Wastaff y Claeson 2004), el modelo no incluye el gasto privado como parte de las variables independientes. Filmer y Pritchett (1999) explican que la principal razón para no estimar el nivel de salud como función del gasto privado en salud es que el gasto privado en salud está influenciado, en lugar de estar determinado, por la política. Los agentes económicos tienen gastos de bolsillo cuando se presenta un evento de salud, de modo que el gasto en salud y las variables dependientes son endógenas y es muy difícil separarlas. En cualquier caso, la ausencia del gasto privado en salud como variable explicativa puede generar un sesgo de variable omitida. Por eso, el gasto privado se incluyó en las estimaciones del modelo y mostró no ser estadísticamente significativo; su inclusión no generaba un cambio apreciable en otros coeficientes, de modo que el gasto privado se omitió del modelo para hacerlo comparable con otros modelos.

tienen en cuenta para capturar el impacto de la fungibilidad de la ayuda, con respecto al gasto financiado domésticamente.[4]

El impacto del gasto público en salud es de interés clave. A diferencia de otros resultados presentados en la literatura, este estudio encuentra que un incremento del 10% en el gasto público en salud tiene un impacto neto[5] mayor en la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años y en la mortalidad materna que un incremento del 10% en educación, carreteras o saneamiento. El gasto público tiene un impacto tan grande como el del ingreso en la mortalidad de niños menores de cinco años, pero tiene un impacto menor que aquel en la mortalidad materna.[6]

---

4 Existen dos temas relacionados con la variable de financiamiento de los donantes. El primero es la doble contabilidad de los fondos de los donantes. Las donaciones y los préstamos ofrecidos por varias agencias donantes (como el Banco Mundial y las Naciones Unidas) se entregan directamente al gobierno para el sector de la salud y otros propósitos y, en consecuencia, ya están contabilizados en la variable de gasto público en salud. La información respecto de la cantidad de fondos de donantes que se encuentra disponible actualmente para varios países, proveniente de diversas fuentes y que se reporta en el presupuesto, no está disponible fácilmente. Se usó información de OECD/DAC para proyectos específicos de salud que no se incluyen en el presupuesto. Pero esta medida genera un segundo tema: esta variable captura la cantidad de fondos prometida de los países DAC en un año calendario en particular, no la cantidad efectivamente recibida en donaciones. La cantidad efectivamente recibida puede demorarse unos años y también puede diferir de la cifra prometida inicialmente. Por esta razón, se rezaga el valor de la variable. Por ejemplo, para el análisis del año 2000, la variable financiamiento de los donantes es la cantidad de fondos per cápita proveniente de países DAC que fue prometida para salud en el año 1998 (en 2000 Int$).

5 Un cambio pequeño en el gasto público en salud (*Gh*) estará asociado con un efecto directo y un efecto indirecto. El efecto directo es el impacto marginal que un cambio en el gasto gubernamental puede tener en la mortalidad de niños menores de cinco años y en la mortalidad materna. Sin embargo, los gobiernos pueden usar sus recursos para influenciar otros indicadores de los ODM, como la nutrición, que pueden tener un impacto importante en la mortalidad de niños menores de cinco años; éste es el efecto indirecto. Explicado de otro modo, el coeficiente de *Gh* representa el cambio porcentual en el indicador de mortalidad de niños menores de cinco años o de mortalidad materna asociado con un cambio del 1% en *Gh*, manteniendo constantes el ingreso (*I*), la educación (*E*), las carreteras (*R*), el saneamiento (*S*) y el financiamiento de donantes internacionales (*DF*), pero dejando variar los otros indicadores de los ODM. Los coeficientes en el cuadro muestran el impacto neto de cambios en las variables independientes en la mortalidad de niños menores de cinco años y en la mortalidad materna. Para facilitar la exposición de los resultados, este impacto neto se llama elasticidad neta o simplemente elasticidad.

6 La tasa de mortalidad de niños menores de cinco años se mide como las muertes de niños menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad materna se mide como la tasa de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La medida de ingreso es el PIB per

Adicionalmente, por un aumento del 10% en el gasto público en salud, la reducción en la mortalidad materna es típicamente de un punto porcentual más que la reducción en la mortalidad de niños menores de cinco años. Por ejemplo, en Albania, un incremento del 10% en el gasto público en salud (o sea, desde el valor observado en la actualidad de Int$92 per cápita hacia Int$101,2) implica una reducción de 4,1% en la mortalidad de niños menores de cinco años, y una reducción de 5,5% en la mortalidad materna.[7] En términos absolutos, esto reduciría la mortalidad de niños menores de cinco años de 26 por 1.000 a 24,8 por 1.000 y la mortalidad materna de 55 por 100.000 a 52 por 100.000.

Otro resultado importante tiene que ver con el efecto del financiamiento de los donantes en los resultados relacionados con la salud. El financiamiento de los donantes puede tener un efecto importante en la mortalidad de niños menores de cinco años, pero sólo cuando es predecible y sostenible. Por el contrario, ni la cantidad ni la volatilidad del financiamiento de los donantes tienen un impacto directo en la mortalidad materna.[8] No obstante, el financiamiento de los donantes tiene un impacto indirecto en la mortalidad materna mediante su impacto en el gasto público. Este resultado probablemente se deba a la fungibilidad de la ayuda externa. Si el país receptor toma en cuenta los fondos externos que no tienen destinación específica en el presupuesto para la asignación de sus propios recursos y gasta más de su dinero en servicios de atención secundaria, como hospitales, que usualmente los donantes no financian, el mayor gasto en atención secundaria puede aumentar el efecto del gasto público en la mortalidad materna. El cuadro 5.1 presenta los resultados de la regresión para la mortalidad de niños menores de cinco años y para la mortalidad materna.[9]

---

cápita en dólares internacionales constantes del año 2000, educación es el porcentaje de la población con 15 o más años de edad que no sabe leer, saneamiento es el porcentaje de la población con acceso a servicios sanitarios, y carreteras se miden como los caminos pavimentados (en kilómetros) por unidades de área del país (en kilómetros cuadrados). El financiamiento de donantes se refiere al compromiso hecho por los donantes para financiar actividades de salud por fuera del presupuesto gubernamental, con un rezago de dos años. La volatilidad es la desviación estándar de los compromisos de los donantes per cápita entre 1994 y 1998.

7 Todas las medidas monetarias se convirtieron a dólares internacionales constantes en el año 2000.

8 Los resultados son resistentes a otras medidas de volatilidad del financiamiento de los donantes.

9 Los coeficientes del cuadro no son elasticidades en el sentido económico estricto, sino una medida de "elasticidad neta". No es posible separar el efecto directo e indirecto porque el coeficiente de la elasticidad parcial directa no está identificado en la estimación del modelo usado. Por ello, cuando se usa el término "elasticidad" de un indicador de resultado con respecto a otra variable, se refiere a la elasticidad neta. Además, para estimar la elasticidad del gasto

Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud

¿Será posible lograr los ODM, al menos en el indicador de mortalidad infantil en niños menores de cinco años y en mortalidad materna? ¿Cuáles son las implicaciones para el desarrollo de las políticas? Varias conclusiones pueden derivarse de este modelo y de otros trabajos existentes en la literatura sobre el tema.[10]

Ninguna de las regiones en desarrollo, según la clasificación regional del Banco Mundial, logrará los ODM en mortalidad de niños menores de cinco años (gráfico 5.1) si se mantienen inalterados los niveles actuales de financiamiento y crecimiento y la falta de coordinación entre sectores. Es más, el lento progreso observado entre 1990 y el 2000 implica que, para lograr la meta de mortalidad en menores de cinco años para el año 2015, la tasa anual de reducción de la mortalidad tendrá que ser mayor que el promedio de 4,2% que se necesitaba originalmente (esta meta está representada por la línea gruesa en el gráfico).[11] Por ejemplo, en el Asia oriental y el Pacífico, la mortalidad en niños menores de cinco años tendría que reducirse a una

---

gubernamental en salud en la mortalidad de niños menores de cinco años y en la mortalidad materna, el impacto del financiamiento de los donantes en el gasto del gobierno en salud también debe tenerse en cuenta (el término de interacción). Entonces, para estimar el impacto del gasto gubernamental en salud en la mortalidad de niños menores de cinco años o en la mortalidad materna se deben agregar algunos coeficientes. La interpretación del coeficiente de gasto gubernamental en el cuadro como elasticidades es correcta para la elasticidad promedio entre países (*ver* anexo 5.1, para más detalles). Wagstaff y Claeson (2004) reportan una elasticidad de la mortalidad en niños menores de cinco años con respecto al ingreso per cápita de entre -0,3 y -0,5%, mientras que Filmer y Pritchett (1999) tienen una estimación de -0,6% Sus estudios tratan el *Gh* como una variable endógena pero no así el PIB. Las estimaciones para cada país se presenta en el anexo 5.1.

Desde una perspectiva econométrica, la variable S (saneamiento) parece medirse con error y por eso el hecho de que no sea significativa se puede atribuir al sesgo de atenuación más que a otra cosa. Dos opciones para revisar esta hipótesis son usar una medida diferente de esta variable (preferiblemente de otra fuente), o encontrar alguna variable instrumental. En la actualidad, la información disponible no es suficiente para utilizar ninguna de estas opciones, de modo que la relación entre la falta de significación y el sesgo de atenuación no se sometió a ninguna prueba.

10 El análisis y los resultados son similares a los de Wagstaff y Claeson (2004) y las figuras 5.1 y 5.2 presentan un análisis semejante. Las diferencias se deben en su mayoría a que el coeficiente del impacto del gasto gubernamental en los resultados de salud es significativo en nuestro modelo, y a la presencia del financiamiento de los donantes.

11 La tasa promedio de reducción entre 1990 y 2015, necesaria para alcanzar la meta de mortalidad de niños menores de cinco años en todas las regiones, es de 4,2%. Sin embargo, dado el lento progreso observado entre 1990 y 2000, la reducción necesita ser aún mayor entre 2000 y 2015, esta reducción también debe ser mayor en algunas regiones que en otras.

Cuadro 5.1 *Resultados del modelo de regresión para la mortalidad de niños menores de cinco años y la mortalidad materna*

Variable	*Mortalidad en niños menores de cinco años*	*Mortalidad materna*
Intercepto	8,2591++ (0,08477)	9,9084++ (1,4544)
LnE	0,0651 (0,0427)	0,3082++ (0,0863)
LnR	–0,0868++ (0,0241)	–0,1019++ (0,0415)
LnC	0,0493 (0,1115)	0,1708 (0,1533)
LnVol	0,096++ (0,029)	0,0604 (0,0408)
LnPIB	–0,3689++ (0,1348)	–0,5320+ (0,2477)
LnGs	–0,3708++ (0,1082)	–0,4286+ (0,2026)
LnFD	–0,0429+ (0,0233)	–0,0348 (0,0367)
LnG5*FD	–0,0122 (0,01)	–0,0340+ (0,0175)
C^2	0,8216	0,7414
C^2 ajustado	0,8079	0,7215

Fuente: Estimación de investigadores del Banco Mundial.

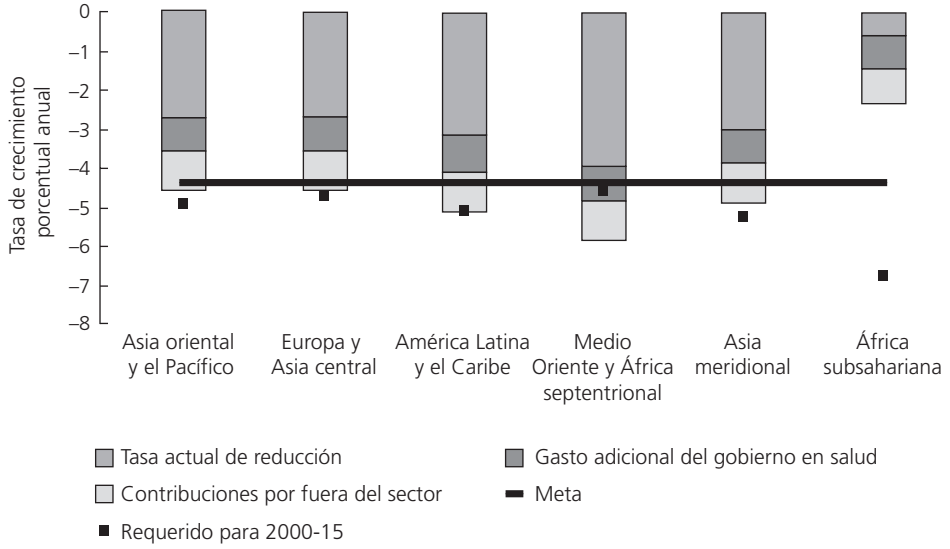
Nota: El error estándar de los parámetros se encuentra entre paréntesis. Las estimaciones están basadas en el modelo de regresión presentado en el anexo 5.1.

E = educación, C = carreteras, S = saneamiento, Vol = volatilidad del financiamiento internacional, PIB = Producto Interno Bruto per cápita, G5 = gasto del gobierno en salud, FD = financiamiento de los donantes.

** Valor P = 0,01 o menos; * Valor P = 0,05 o menos.

tasa de 5% al año entre 2001 y 2015 (pequeño cuadrado negro en el gráfico 5.1), esto es casi el doble de la tasa actual de 2,7%, como promedio en el período 1990-2000, y representada por el área sombreada superior en el gráfico. En el caso de África subsahariana, la tasa de reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años tendrá que acelerarse de menos de 0,5% por año –observado entre 1990 y 2000– a cerca de 8% al año entre 2001 y 2015 para lograr los ODM.

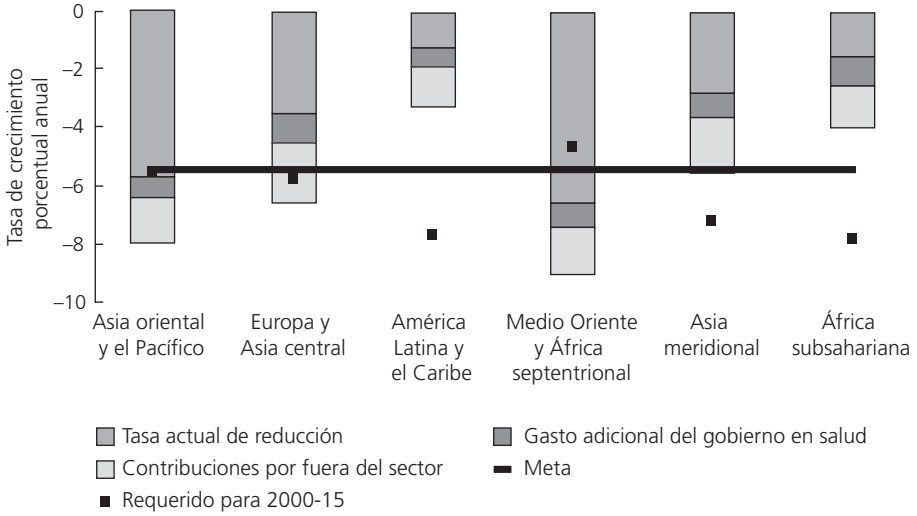
Gráfico 5.1 *Progreso hacia la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años, por región*



Fuente: Estimaciones del grupo de trabajo del Banco Mundial basadas en el modelo presentado en el anexo 5.1.
Nota: Las contribuciones por fuera del sector incluyen contribuciones de las variables de ingreso, educación, caminos, saneamiento y financiamiento internacional. Se asume que tales contribuciones, lo mismo que el gasto público en salud, crecen 2,5% anualmente. Se asume que la volatilidad del financiamiento internacional decrece a una tasa de 2,5% (para fines de 2015, el financiamiento internacional será un tercio menos volátil).
Los promedios regionales están ponderados por la población.

Las perspectivas son más optimistas en lo que se refiere a mortalidad materna (gráfico 5.2). Sin embargo, si se mantiene la tendencia actual, ésta no es suficiente para lograr los ODM, excepto en las regiones de el Medio Oriente, el África septentrional, y del Asia oriental y el Pacífico. Las tasas anuales de reducción de la mortalidad materna tendrían que cambiar en el Asia meridional de un 3% en la década de 1990 a cerca de 7% entre 2000-2015 y en Europa y Asia central de 4 a 6%. La tasa de reducción en África subsahariana y en la región de América Latina y el Caribe tendría que cambiar de menos de 2% por año a cerca de 8%. Para América Latina y el Caribe, este objetivo tan exigente tiene que ver con el bajo punto de referencia de la mortalidad materna observado en la región, en 1990. Las dificultades que puede tener la región en lograr este objetivo sugieren que los retornos de la entrega de servicios apropiados para reducir la mortalidad materna en las mujeres más marginadas son decrecientes. Se deben hacer esfuerzos para extender los servicios de salud a áreas remotas y para focalizarse en grupos que son difíciles de alcanzar.

Gráfico 5.2 *Progreso en la reducción de la mortalidad materna, por región*



Fuente: Estimaciones del grupo de trabajo del Banco Mundial basadas en el modelo presentado en el anexo 5.1.
Nota: Las contribuciones por fuera del sector incluyen contribuciones de las variables de ingreso, educación, caminos, saneamiento y financiamiento internacional. Se asume que tales contribuciones, lo mismo que el gasto público en salud, crecen 2,5% anualmente. Se asume que la volatilidad del financiamiento internacional decrece a una tasa de 2,5% (para final de 2015, el financiamiento internacional será un tercio menos volátil). Los promedios regionales son ponderados por la población.

Se necesita un esfuerzo multisectorial

Para lograr los ODM, se requiere un esfuerzo multisectorial además del crecimiento en el PIB real per cápita, sobre todo para la mayoría de los países en desarrollo. Por ejemplo, India ha disfrutado de un impresionante crecimiento del PIB per cápita de 3,8% por año en los últimos cuatro años y, sin embargo, las simulaciones de nuestro modelo indican que incluso con un crecimiento del ingreso tan impresionante no logrará el incremento de 15% en el PIB per cápita, entre 2000-2015, que necesita para lograr los ODM, si quiere alcanzar los mismos basándose exclusivamente en crecimiento económico.

Del mismo modo, los recursos destinados al gasto en salud son insuficientes por sí solos para lograr los objetivos. Por ejemplo, en Ruanda, el gasto público per cápita tendría que incrementar de US$3,1 por año en 2004 a más de US$56 (en dólares constantes del año 2000) en 2015. Sin crecimiento económico, el país gastaría más en salud que lo que recibe como ingresos del gobierno. Se necesita un enfoque multisectorial con inversiones en infraestructura, educación y salud. El crecimiento es

necesario, no sólo por el impacto directo del ingreso en los resultados de salud, sino también porque el financiamiento de este enfoque multisectorial requiere ese crecimiento y los ingresos que éste genera.

La combinación de un incremento en el gasto en salud y de crecimiento probablemente ayudará a los países de ingreso bajo a acercarse a los ODM de mortalidad de menores de cinco años y materna, pero para algunos países incluso esta fórmula no funcionará bien (gráfico 5.3). Kenia, Ruanda y Sudán, por ejemplo, no alcanzarán el objetivo de mortalidad en menores de cinco años, ni siquiera con incrementos ambiciosos en la tasa de crecimiento del ingreso real per cápita de 5% al año (por encima de su promedio en los últimos cuatro años de -1,1%, 3,3% y 3,9%, respectivamente), y aumentos similares en el gasto público en salud y en las otras variables explicativas del modelo (educación, carreteras, saneamiento y financiamiento de los donantes). Según el modelo, se necesitarían incrementos muy optimistas de 7% en el PIB real per cápita y en el gasto público en salud, junto con un incremento de 5% anual en las demás variables, para que estos países logren el objetivo. Para alcanzar los ODM de mortalidad materna en el año 2015, estos países requerirían un crecimiento igual de optimista en el PIB per cápita y en el gasto público.

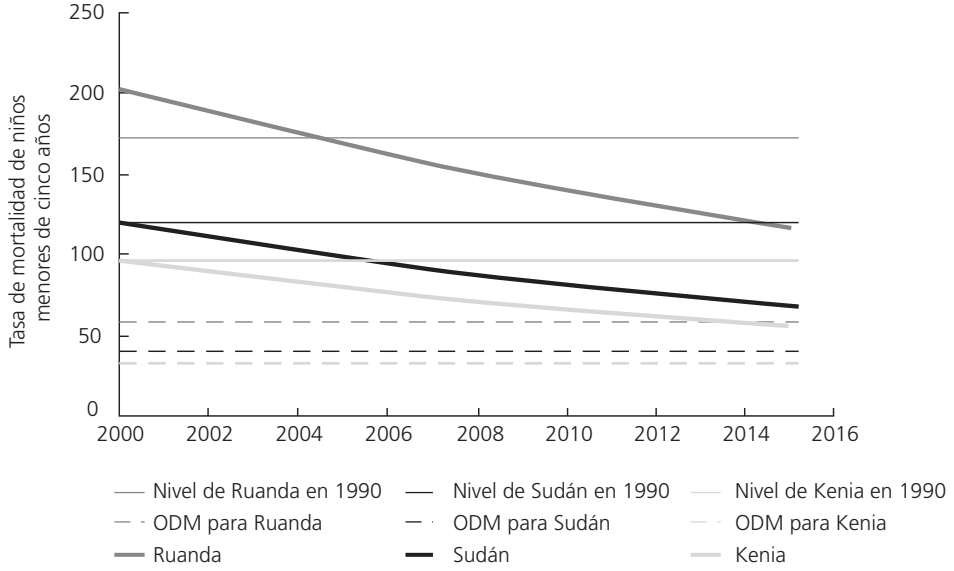
Los países que busquen lograr los ODM en salud mediante un enfoque multisectorial, combinado con mayor crecimiento, tendrán que enfatizar no sólo el aumento de la inversión en sectores que promueven directamente mejores resultados en salud, sino también llevar a cabo esfuerzos que influencien las tasas de crecimiento de la economía. Un trabajo reciente del Banco Mundial en esta área sugiere que esto implica esfuerzos en las áreas de comercio internacional, infraestructura, políticas e instituciones necesarias para atraer inversiones, así como mecanismos de protección de derechos de propiedad y un sistema judicial creíble (Leipziger y otros 2003; Paternostro, Rajaram y Tiongson 2004; Herrera y Pan 2005).

Los donantes y la previsibilidad de los recursos

El modelo descrito en el anexo 5.1 muestra que no existe un impacto directo del financiamiento de los donantes en las tasas de mortalidad materna. Por el contrario, el impacto en la mortalidad materna ocurre indirectamente, al permitir aumentos en los niveles y en la sostenibilidad del gasto público en salud. Del mismo modo, el financiamiento esporádico de los donantes no tiene impacto en la mortalidad de niños menores de cinco años.

Estos resultados se pueden explicar por la volatilidad y la fungibilidad del financiamiento de los donantes, así como por las dificultades de los gobiernos en reasignar los recursos de una prioridad a otra. Esto implica que los donantes no deben intentar adivinar las prioridades del país receptor. Se puede lograr un progreso más rápido

Gráfico 5.3 *Metas y tasas proyectadas de la mortalidad de niños menores de cinco años en Kenia, Ruanda y Sudán*



Fuente: Estimaciones del equipo de trabajo del Banco Mundial basadas en el modelo presentado en el anexo 5.1
Nota: Las proyecciones para los tres países asumen un cambio positivo de 5% por año en el gasto público en salud, educación, infraestructura, oferta de agua y saneamiento y financiamiento internacional.
La línea continua, por debajo de la línea punteada para Ruanda, implica que la mortalidad en niños menores de cinco años en 1990 estaba por debajo de la estimación del año 2000.

dando prioridad a programas públicos existentes, tales como las estrategias de reducción de la pobreza. Tales programas también deben ser multisectoriales, tener estrategias de crecimiento apropiadas e incluir esfuerzos para mejorar las políticas y las instituciones. El financiamiento de los donantes debe ser predecible, estable y sostenido por un largo período de tiempo.

Mejorar la calidad de las políticas e instituciones

Wagstaff y Claeson (2004) mostraron recientemente que las políticas e instituciones son importantes para que el aumento en el gasto tenga un efecto significativo en los resultados de la salud para alcanzar los ODM. Su trabajo muestra que el impacto del gasto público en salud en los resultados de salud está directamente relacionado con las políticas e instituciones de cada país, tal como se reflejan en el índice de evalua-

ción de las políticas y las instituciones del Banco Mundial (índice CPIA, *ver* capítulo 6). Los autores concluyen que un incremento en el gasto público en salud no tendrá impacto en los ODM en países con un CPIA inferior a 3,25 (en una escala de 1 a 5). La continuidad de las actividades actuales no será suficiente en esos países. Para lograr los ODM, es fundamental tener políticas fuertes y esfuerzos institucionales. Estos esfuerzos incluyen la concentración de asistencia técnica para mejorar la administración del gasto público, la capacidad administrativa, el monitoreo y la evaluación, y los mecanismos para asegurar la rendición de cuentas.

Anexo 5.1 Gasto público en salud, financiamiento de donantes y resultados en salud: datos y métodos

La discusión del capítulo 5 se basa, en parte, en las estimaciones de la siguiente ecuación en forma reducida:

$$\begin{aligned} \ln Y_m = {} & \beta_{m1} + \beta_{m2} \ln E + \beta_{m3} \ln R + \beta_{m4} \ln S + \beta_{m5} \ln DF \\ & + \beta_{m6} + \ln I + \beta_{m7} \ln Gh + \beta_{m8}\, DF \ln Gh + \beta_{m9} \ln V + \nu_m \end{aligned} \tag{1}$$

donde, Y_m es mortalidad en niños menores de cinco años o la mortalidad materna.[12] La forma funcional se basa en el supuesto de que los resultados en salud son una función del gasto público en salud (*Gh*), del ingreso nacional (*I*), la educación (*E*), las carreteras (*C*) y el saneamiento (*S*), así como del nivel de financiamiento de donantes que esta afuera del presupuesto publico (*FD*) y la volatilidad del mismo (*V*). El cambio porcentual en la mortalidad de niños menores de cinco años (o en la mortalidad materna), debido a un cambio porcentual en el gasto público (*Gh*), puede estimarse a partir de la ecuación (1) como $\beta_{m7} + \beta_{m8}$ In *FD*. Es necesario señalar que un cambio pequeño en el gasto público en salud puede estar asociado con un cambio directo en la mortalidad de niños menores de cinco años (o en la mortalidad materna), así como a un cambio en otros indicadores de salud de los ODM, como la proporción de niños menores de un año vacunados contra el sarampión, y la proporción de la población que usa una prevención efectiva en áreas con riesgo de contraer de malaria. Adicionalmente, cualquier cambio en estos últimos indicadores (que no están incluidos en

12 Este anexo está basado en el documento de trabajo "Government health expenditures, donor funding, and health outcomes" (2005) de Bokhari, Gottret y Gai. Para obtener una copia del documento puede enviar un correo electrónico a la dirección fbokhari@fsu.edu

el lado derecho de la ecuación) también causará un cambio, por ejemplo, en la mortalidad de niños menores de cinco años. De modo que nuestra medida de elasticidad ofrece el cambio porcentual neto en el indicador Y_m asociado con un cambio de 1% en el *Gh*, manteniendo *I*, *E*, *R*, *S*, *DF* y *V* constantes (esto significa que no se está controlando por una variación en los otros ODM de salud). Finalmente, se debe notar que tanto el ingreso como el gasto público en salud pueden estar correlacionados con el término de error. En la estimación se tiene en cuenta la endogeneidad potencial de estas variables mediante el uso de variables instrumentales, utilizando las técnicas de estimación del método generalizado de momentos.

Fuentes y descripción de los datos

Los datos de las variables se obtuvieron de diferentes fuentes para 113 países para el año calendario 2000. La fuente primaria es la base de datos del Banco Mundial, SIMA, que recopila variables de diferentes fuentes, incluyendo los Indicadores de Desarrollo Mundial, Base de datos de Indicadores del Milenio, Informe Mundial de la Salud y el Informe de Desarrollo Humano de Unicef.

La mortalidad de menores de cinco años es medida como la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad materna se mide como la tasa de mortalidad por 100.000 nacidos vivos. La medida de ingreso nacional es el PIB per cápita,[13] educación es el porcentaje de la población de 15 años o más que sabe leer, saneamiento es el porcentaje de población con acceso a instalaciones sanitarias mejoradas, y la medida de caminos es el número de kilómetros de caminos pavimentados por unidades de área del país (en kilómetros cuadrados). Los datos del gasto público en salud son en términos per cápita para el año 2000, y se obtuvieron de la OMS en su *Informe mundial de la salud de 2004*.

La información del financiamiento de donantes se obtuvo de el cuadro del Sistema de Reporte de Créditos de la base de datos en Internet de las Estadísticas de Desarrollo Internacional. Los compromisos de financiamiento provienen del Comité de Asistencia para el Desarrollo de los países pertenecientes a la OCDE. Esas donaciones son bilaterales y se usan en general para proyectos de salud específicos, no incluidos en el presupuesto. Como las donaciones bilaterales no se reportan en el presupuesto de salud del gobierno, esta variable se usó como una medida de los fondos de los donantes. Sin embargo, esta cantidad es la que el país donante le prometió al país receptor en un año calendario dado, no la cantidad efectivamente recibida. La cantidad efectivamente recibida tiene un retraso de algunos años y puede diferir de la cantidad

13 Todas las medidas monetarias se convirtieron a dólares internacionales constantes en el año 2000.

prometida. Por esta razón, se usó el valor rezagado de la variable. Por ejemplo, para el análisis del año 2000, la variable financiamiento de donantes es equivalente a los fondos per cápita para la salud que los países donantes pertenecientes al Comité de Financiamiento para el Desarrollo comprometieron en 1998. Para la volatilidad, se usó la desviación estándar de la variable del financiamiento de donantes entre 1994 y 1998. El cuadro A5.1 presenta las estadísticas básicas de los logaritmos de las variables usadas en los modelos.

Endogeneidad e instrumentos

A pesar de que muchas de las expresiones de la pobreza, como la falta de agua potable, el saneamiento, el acceso a servicios de salud y educación, pueden generar niveles altos de enfermedad, la teoría microeconómica sugiere también una causalidad revertida. Específicamente, la morbilidad y la mala salud de los individuos en un hogar afectan la capacidad de éstos de trabajar y, en consecuencia, su ingreso y pueden hacer que el hogar caiga en la pobreza. Del mismo modo, es posible que el gasto público esté correlacionado con el término de error, ya que los gobiernos pueden responder implícitamente a los malos resultados en salud de años anteriores al ajustar su nivel de gasto en salud actual. Entonces, la causa de la endogeneidad no es la causalidad revertida per se –el presupuesto público se determina al principio del año (con algunos desviaciones al final del año), mientras que los indicadores de salud se miden a final del año–, sino el sesgo de variable omitida. Específicamente, si los resultados actuales en salud están correlacionados con los resultados previos en salud, y si el gasto público actual en salud es implícitamente una función de resultados anteriores en salud, la ecuación (1) está mal especificada en la medida en que los resultados anteriores en salud no se incluyen en la ecuación.

Para corregir los problemas potenciales de endogeneidad del ingreso y del gasto público en salud, se estimó el modelo usando las técnicas de variables instrumentales. El instrumento usado para el ingreso nacional es el cociente entre consumo e inversión para cada país, ya que éste puede estar correlacionado con la variable PIB pero no con la mortalidad de niños menores de cinco años o con la mortalidad materna. Del mismo modo, el instrumento que usamos para el gasto público en salud (y su interacción con el financiamiento de los donantes) es el gasto militar de países vecinos (y su interacción con el financiamiento de donantes).

Además de estas variables, se utilizaron otros dos instrumentos. El Banco Mundial evalúa anualmente (y asigna un puntaje) a la calidad de las políticas e instituciones en cuatro áreas, con 20 criterios relacionados con el crecimiento económico y la reducción de la pobreza, para países que solicitan préstamos del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF, por las siglas en inglés de International Bank for Reconstruction and Development) y de la Asociación Internacional de Fomento

Cuadro A5.1 *Nombre de las variables y estadísticas descriptivas*

Variable	*Definición (N = 113)*	*Media*	*Mínimo*[a]	*Máximo*	*Desviación estándar*	*Mediana*
LnU5M	Logaritmo natural de la mortalidad de niños menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos	3,9892	1,3863	5,656	1,0009	3,912
lnMM	Logaritmo natural de la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	5,1603	0	7,6009	1,4905	5,0752
lnGDP	Logaritmo natural del PIB per cápita[b]	8,0187	6,1527	10,2681	0,9317	8,1634
lnGh	Logaritmo natural del gasto público en salud per cápita[b]	4,2694	1,3863	7,688	1,2735	4,4188
lnE	Logaritmo natural de la educación educación (porcentaje de la población con 15 o más años que sabe leer)	2,4028	–2,3026	4,4313	1,5535	2,7535
lnS	Logaritmo natural de saneamiento (porcentaje de la población con acceso a saneamiento mejorado)	4,1493	2,0794	4,6052	0,5381	4,3567
lnR	Logaritmo natural de carreteras (carreteras pavimentadas por unidad de área)	1,3805	–8,8307	6,2198	2,3687	1,5023
lnDF	Logaritmo natural del financiamiento de donantes para servicios básicos de salud, per cápita en 1998[b]	–0,4775	–8,3192	4,1263	2,702	0,2836
Lvol	Logaritmo natural de la desviación estándar del compromiso de los donantes entre 1994 y 1998	–0,0487	–9,1084	3,3009	2,251	0,4741
lnGh*DF	$(\ln Gh - \overline{\ln Gh}) \times (DF - \overline{DF})$	–1,1532	–34,0156	17,3859	5,2929	–0,6972

Fuente: Los autores.

a Logaritmo de cero se igualó a cero si los valores eran mayores a uno. Sin embargo, si un valor era menor que uno, el logaritmo de cero se igualó al logaritmo del valor mínimo.

b Convertido a dólares internacionales constantes para el año 2000.

(IDA, por las siglas en inglés de International Development Association).[14] De estos 20 criterios, 4 asignan un puntaje por país en una escala de 1-5 o 1-6 en los temas de manejo económico: manejo de la inflación y contabilidad monetaria, política fiscal, manejo de la deuda externa, y manejo y sostenibilidad de los programas de desarrollo. El promedio del puntaje en estos cuatro criterios se utilizó como un instrumento adicional para la variable PIB per cápita. Del mismo modo, los puntajes en tres criterios adicionales evalúan parcialmente las políticas de inclusión social y equidad: equidad de género, equidad en uso de recursos públicos y políticas para construir recursos humanos. El puntaje promedio de estos tres criterios se utilizó como un instrumento adicional para el gasto público en salud.

Resultados

Para cada uno de los indicadores (mortalidad en menores de cinco años y mortalidad materna), la ecuación (1) se estimó bajo diferentes supuestos sobre el término de error: (a) no hay correlación entre ninguna de las variables independientes y el término de error (no endogeneidad); (b) la variable gasto público en salud y su interacción con la variable de financiamiento de donantes se correlaciona con el término de error, pero la variable de ingreso no está correlacionada con el término de error (sólo *InGh* y *InGh*x*DF* son endógenas); y, (c) la variable ingreso también está correlacionada con el término de error (*InGh*, y *InGh*x*DF* son todas variables endógenas). Adicionalmente, para cada uno de los tres supuestos mencionados, la ecuación se estimó controlando y no controlando por la presencia de heteroscedasticidad. De modo que, para calcular los estimadores y errores estándar bajo el supuesto (a) se estimaron mínimos cuadrados ordinarios (OLS por las iniciales en inglés de *Ordinary Least Squares*) con el error estándar usual, así como mínimos cuadrados ordinarios heteroscedásticos (HOLS por las iniciales en inglés de *Heteroscedastic Ordinary Least Squares*). Del mismo modo, bajo los supuestos (b) y (c), se estimaron mínimos cuadrados en dos etapas (2SLS por las iniciales en inglés de *Standard Two-stage Least Squares*), así como también el método de Davidson y Mackinnon generalizado de momentos de mínimos cuadrados heteroscedásticos en dos etapas (GMM-H2SLS por las iniciales en inglés de general *Method of Moments Heteroscedastic Two-stage Least Squares*). Los métodos gráficos sugieren la presencia de heteroscedasticidad. De un modo más formal, la prueba estadística de White basada en la interacción de todos los términos generó un estadístico chi-cuadrado que es significativo en el rango de valores $p = 0{,}10$ a $0{,}15$. Los resultados

14 Las cuatro áreas generales son manejo económico, políticas estructurales, políticas para la inclusión social y la equidad y administración del sector público.

para ambos indicadores (mortalidad de menores de cinco años y materna) se resumen en el cuadro A5.2. Las seis columnas en el cuadro corresponden a estimaciones basadas en los supuestos (a), (b), y (c) con y sin heteroscedasticidad.

Instrumentos débiles, pruebas de Hausman y de sobreidentificación

La credibilidad de la estimación con variables instrumentales (2SLS y GMM-H2SLS) se basa en el uso de buenos instrumentos. Para establecer la relevancia empírica de estos instrumentos, se llevaron a cabo las pruebas de instrumentos débiles. En todas las regresiones de "primera etapa", la prueba estadística F conjunta para los instrumentos adicionales superaba casi siempre el valor recomendado de 10 (las pruebas estadísticas se presentan en la parte inferior del cuadro A5.2).

Adicionalmente, la validez de los instrumentos (bajo heteroscedasticidad) se probó mediante una prueba usual de sobreidentificación. De modo que, para la especificación (VI) para la mortalidad en niños menores de cinco años y la mortalidad materna, la hipótesis nula de que los instrumentos eran válidos no pudo rechazarse con los niveles de confianza usuales (para mortalidad de niños menores de cinco años, el estadístico J de Hansen era de 0,331, con un valor p igual a 0,954 y para la mortalidad materna, la prueba estadística era de 3,806, con un valor p igual a 0,283).

Finalmente, la prueba de Hausman se utilizó para probar la endogeneidad de las variables bajo los supuestos (b) y (c). Para 5 de las 6 pruebas realizadas, la hipótesis nula de no endogeneidad se rechazó.[15] El valor del estadístico de Hausman (bajo heteroscedasticidad) se presenta en el cuadro A5.3. La conclusión de la prueba es la misma cuando se incluye error homoscedástico. (Esta prueba genera seis pruebas estadísticas adicionales que no se incluyen en el cuadro A5.3). Utilizando las cinco pruebas restantes, *Gh* (y su interacción con *DF*), así como la variable de ingreso, se tratan como variables endógenas.

---

15 Existen tres pruebas estadísticas para cada indicador de la ecuación. De modo que la prueba estadística puede construirse comparando: 1) los coeficientes bajo el supuesto (a) donde ninguna variable es exógena con respecto al supuesto (b), donde sólo el gasto gubernamental en salud (y su interacción) son endógenos; 2) los coeficientes bajo el supuesto (a) donde ninguna variable es exógena respecto a aquellas bajo el supuesto (c), donde el ingreso y el gasto gubernamental (y su interacción) son endógenos, y 3) coeficientes bajo el supuesto (b), donde sólo el gasto gubernamental en salud (y su interacción) son endógenos respecto al supuesto (c), donde sólo el ingreso y el gasto gubernamental en salud (y su interacción) son endógenos. *Nótese* que la tercera prueba es una prueba incremental que prueba si, dado que el gasto público en salud (y su interacción con DF) son endógenos, el ingreso es endógeno.

Elasticidades

A partir de los resultados de las pruebas estadísticas anteriores, usamos los coeficientes en la última columna del cuadro A5.2 como los coeficientes "correctos".

Los coeficientes de las variables de educación y carreteras tienen el signo correcto, pero para la regresión de mortalidad en niños menores de cinco años, el coeficiente de educación en la especificación (VI) no es estadísticamente significativo. Una reducción de 10% en el analfabetismo reduce la mortalidad de niños menores de cinco años en 0,65% y la mortalidad materna en 3,1%. Del mismo modo, un incremento de 10% en la cantidad de carreteras pavimentadas, por unidad de área del país, reduce la mortalidad de niños menores de cinco años en cerca de 0,87% y la mortalidad materna en cerca de 1%. Se debe notar que los coeficientes de la estimación OLS sesgan estos resultados alejándolos de cero, exagerando así su impacto en estos dos indicadores de resultados de los ODM. Pese a esto, se trata de resultados importantes. En contraste, se espera que el signo de la variable de saneamiento sea negativo y significativo para los dos indicadores; y, sin embargo, el coeficiente no es significativo en ambas estimaciones. Un resultado similar (no significativo) se observa en otros estudios también; aunque es ciertamente posible que el saneamiento, tal como se definió en este caso, no tenga impacto en los indicadores de salud, este resultado es sospechoso. Es más probable que esta variable tenga errores en su medición y que por eso el que no sea significativa se deba a un sesgo de atenuación.

La elasticidad de la mortalidad en niños menores de cinco años con respecto al ingreso per cápita es de -0,3689 y en el caso de la mortalidad materna la elasticidad ingreso es de -0,532; ambas variables son estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 5%.

El coeficiente de la variable *Gs* es negativo y significativo en la mortalidad de menores de cinco años y materna, y aumenta en magnitud cuando se usa el método de variable instrumental. La mejor estimación puntual para el coeficiente de *Gs* es -0,37 para la mortalidad en niños menores de cinco años y -0,43 para la mortalidad materna. Debido a la interacción con la variable *FD*, las estimaciones de la elasticidad toman valores de entre -0,33 (para el país con menos fondos de donantes) a -0,55 (país con más fondos de donantes) con un valor medio de -0,37 para la mortalidad en niños menores de cinco años. Para la mortalidad materna, la elasticidad toma valores de entre -0,31 (para el país con menos fondos de donantes) a -0,93 (para el país con más fondos de donantes) con un valor medio de -0,43. La elasticidad específica para cada país se presenta en el cuadro A5.4.

La elasticidad de la mortalidad en niños menores de cinco años con respecto al financiamiento de donantes es negativa y significativa; sin embargo, la elasticidad de la mortalidad materna con respecto al mismo financiamiento no es estadísticamente significativa. Esto puede pasar porque el financiamiento bilateral no incluido en el

Cuadro A5.2 Resultados de la regresión

	Gh exógena y PIB exógeno		*Gh endógena y PIB exógeno*		*Gh endógena y PIB endógeno*	
	OLS	*H-OLS (II)*	*2SLS(III)*	*H2SLS(IV)*	*2SLS(V)*	*GMM-H2SLS(VI)*
Variable dependiente: logaritmo de la mortalidad de niños menores de cinco años						
Intercepto	7,9642++	8,2199++	7,0014++	7,4697++	8,0852++	8,2591++
	(0,6425)	(0,5516)	(0,9122)	(0,7742)	(1,0634)	(0,08477)
LnE	0,1158++	0,1203++	0,0795+	0,1005++	0,0614	0,0651
	(0,034)	(0,0331)	(0,0406)	(0,038)	(0,0417)	(0,0427)
LnR	–0,1088++	–0,1015++	–0,0986++	–0,0773++	–0,089++	–0,0868++
	(0,0201)	(0,0196)	(0,0206)	(0,0233)	(0,0216)	(0,0241)
LnS	–0,0379	–0,1238	–0,0081	–0,0595	0,0562	0,0493
	(0,0935)	(0,081)	(0,0948)	(0,093)	(0,1031)	(0,1115)
LnV	0,0896++	0,1051++	0,1047++	0,1106++	0,0981++	0,096++
	(0,0267)	(0,0258)	(0,0282)	(0,029)	(0,0289)	(0,029)
LnGDP	–0,4036++	–0,3902++	–0,1666	–0,2422+	–0,3395	–0,3689++
	(0,1004)	(0,0764)	(0,1812)	(0,129)	(0,1966)	(0,1348)
lnGh	–0,1684+	–0,1726‡	–0,4003‡	–0,3405‡	–0,3886++	–0,3708++
	(0,0793)	(0,07)	(0,1574)	(0,1204)	(0,1495)	(0,1082)
LnDF	–0,0218	–0,0312	–0,0314	–0,0387	–0,0416+	–0,0429+
	(0,0224)	(0,0223)	(0,023)	(0,0241)	(0,0242)	(0,0233)
LnGh x DFa	–0,0027	–0,0063	–0,0016	–0,0081	–0,011	–0,0122
-	(0,0082)	(0,0061)	(0,0109)	(0,0081)	(0,0119)	(0,01)
R^2	0,8315	0,8286	0,8176	0,8208	0,8077	0,8079
Variable dependiente: logaritmo de la mortalidad materna						
Intercepto	8,5353++	8,2238++	7,0755++	6,8036++	9,8304++	9,9084++
	(1,1557)	(0,884)	(1,6184)	(1,3032)	(1,9175)	(1,4544)
LnE	0,3968++	0,4467++	0,3442++	0,394++	0,307++	0,3082++
	(0,0612)	(0,0593)	(0,072)	(0,0752)	(0,0751)	(0,0863)
LnR	–0,1273++	–0,1241++	–0,1157++	–0,1085++	–0,093‡	–0,1019++
	(0,0362)	(0,0354)	(0,0365)	(0,0414)	(0,039)	(0,0415)
LnS	–0,0615	–0,0545	–0,0201	0,0209	0,1284	0,1708
	(0,1682)	(0,1249)	(0,1682)	(0,1462)	(0,1859)	(0,1533)
LnV	0,0641	0,0508	0,0861	0,0907‡	0,0679	0,0604
	(0,048)	(0,0391)	(0,0501)	(0,0438)	(0,0521)	(0,0408)
LnGDP	–0,3664‡	–0,3944++	–0,0161	–0,0398	–0,4675	–0,532‡
	(0,1805)	(0,1312)	(0,3215)	(0,2533)	(0,3545)	(0,2477)
lnGh	–0,2306	–0,1333	–0,5604‡	–0,5225‡	–0,498+	–0,4286‡
	(0,1426)	(0,1022)	(0,2792)	(0,2273)	(0,2696)	(0,2026)
LnDF	–0,0177	0,0108	–0,0312	–0,0283	–0,054	–0,0348
	(0,0403)	(0,0361)	(0,0409)	(0,0394)	(0,0436)	(0,0367)
LnGh x DFa	–0,017	–0,0155	–0,0103	–0,0106	–0,0352+	–0,034+
	(0,0147)	(0,0112)	(0,0193)	(0,0161)	(0,0215)	(0,0175)
R^2	0,7541	0,7502	0,7411	0,742	0,718	0,7215

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación cuadro A5.2)

	Estadísticos para primera etapa (para III y IV)		*Estadísticos para primera etapa (para V y VI)*		
Variable dependiente	LnGh	LnGh x DF[a]	LnGh	LnGh x DF[a]	LnPIB
R^2	0,691	0,7357	0,7166	0,7377	0,6837
Estadístico F de significación total	25,59	31,85	23,21	25,82	19,85
Prueba F para instrumentos débiles	11,48	63,96	9,7	42,27	12,36

Nota: Errores estándar de los parámetros entre paréntesis.

a. La variable usada en la regresión es $(\ln Gh - \overline{lnGh})x(DF\ x\ \overline{DF})$ donde $\bar{x}$ representa la media de la variable.
Valor p = 0,01 o menos, + valor p = 0,05 o menos, ‡ valor p = 0,1 o menos.

Cuadro A5.3 *Estadístico X^2 de Hausman (con errores heteroscedásticos)*

Para la ecuación de mortalidad de niños menores de cinco años		
II vs IV	5,1709	(Pr X^2 (2) ≥ 4,61) ≤ 0,1, se puede rechazar la hipótesis nula (a 10% de nivel de confianza)
II vs VI	9,0995	(Pr X^2 (3) ≥ 7,81) ≤ 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula
IV vs VI	16,05	(Pr X^2 (1) ≥ 3,84) ≤ 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula
Para la ecuación de mortalidad materna		
II vs IV	4,2918	(Pr X^2 (2) ≥ 4,61) ≤ 0,1, no se puede rechazar la hipótesis nula
II vs VI	12,9342	(Pr X^2 (3) ≥ 7,81) ≤ 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula
IV vs VI	3,8282	(Pr X^2 (1) ≥ 2,71) ≤ 0,1, se puede rechazar la hipótesis nula (a 10% de nivel de confianza)

presupuesto se destina generalmente a servicios de atención primaria y no a proyectos de atención secundaria.

Nótese que la elasticidad de la mortalidad materna con respecto a *Gh* es mayor en magnitud que la elasticidad de la mortalidad en niños menores de cinco años, para países que están por encima del valor promedio de financiamiento de donantes. Sin embargo, para países que están en la media o en un nivel inferior del promedio, la

Cuadro A5.4 *Elasticidad de la mortalidad de niños menores de cinco años y de la mortalidad materna con respecto al gasto público en salud*

	Mortalidad en niños menores de cinco años	*Error estándar*	*Valor - t*	*Valor - p*	*Mortalidad materna*	*Error estándar*	*Valor - t*	*Valor - p*
Albania	–0,414	0,1056	–3,9224	0,0002	–0,5494	0,1905	–2,8845	0,0048
Argelia	–0,3308	0,1204	–2,7483	0,0071	–0,3171	0,2286	–1,3869	0,1684
Argentina	–0,3305	0,1205	–2,7427	0,0072	–0,3162	0,2289	–1,3814	0,1701
Armenia	–0,3765	0,1071	–3,5142	0,0007	–0,4447	0,1999	–2,2247	0,0283
Azerbaidján	–0,3326	0,1196	–2,78	0,0065	–0,3221	0,2272	–1,4178	0,1592
Bangladesh	–0,3373	0,1178	–2,8617	0,0051	–0,3351	0,2236	–1,4986	0,137
Bielorrusia	–0,3324	0,1197	–2,7763	0,0065	–0,3216	0,2274	–1,4142	0,1603
Belice	–0,33	0,1207	–2,734	0,0074	–0,3148	0,2293	–1,373	0,1727
Benín	–0,4387	0,1094	–4,0103	0,0001	–0,6182	0,1924	–3,2128	0,0018
Bolivia	–0,421	0,1063	–3,9623	0,0001	–0,569	0,1904	–2,9889	0,0035
Botsuana	–0,3338	0,1192	–2,8017	0,0061	–0,3256	0,2262	–1,4391	0,1531
Brasil	–0,3302	0,1206	–2,7388	0,0073	–0,3156	0,2291	–1,3776	0,1713
Bulgaria	–0,3302	0,1206	–2,7387	0,0073	–0,3156	0,2291	–1,3776	0,1713
Burkina Faso	–0,3513	0,1131	–3,1073	0,0024	–0,3744	0,2137	–1,7518	0,0827
Burundi	–0,352	0,1129	–3,1189	0,0023	–0,3763	0,2133	–1,7642	0,0806
Camboya	–0,382	0,1063	–3,5925	0,0005	–0,4601	0,1976	–2,3284	0,0218
Camerún	–0,3537	0,1124	–3,1473	0,0022	–0,3809	0,2122	–1,7948	0,0756
Cabo Verde	–0,389	0,1056	–3,6836	0,0004	–0,4796	0,1952	–2,4576	0,0156
China	–0,3306	0,1204	–2,7457	0,0071	–0,3167	0,2288	–1,3844	0,1692
Colombia	–0,3309	0,1203	–2,7494	0,007	–0,3173	0,2286	–1,3879	0,1681
Comoras, Islas	–0,4526	0,1131	–4,0009	0,0001	–0,6571	0,1963	–3,3464	0,0011
Congo Rep. Dem. del	–0,3388	0,1173	–2,8889	0,0047	–0,3395	0,2225	–1,5259	0,1301
Congo, Rep. del	–0,3383	0,1175	–2,88	0,0048	–0,338	0,2229	–1,5169	0,1323
Costa Rica	–0,332	0,1199	–2,7693	0,0067	–0,3204	0,2277	–1,4073	0,1623
Costa de Marfil	–0,3773	0,107	–3,5261	0,0006	–0,447	0,1995	–2,2401	0,0272
Corea, Rep. de	–0,33	0,1207	–2,734	0,0074	–0,3148	0,2293	–1,373	0,1727
Croacia	–0,3318	0,1199	–2,7665	0,0067	–0,32	0,2278	–1,4046	0,1631
Chad	–0,3805	0,1065	–3,5709	0,0005	–0,4558	0,1982	–2,2992	0,0235
Chile	–0,3302	0,1206	–2,7384	0,0073	–0,3155	0,2291	–1,3772	0,1714
Dominica	–0,4091	0,1052	–3,8872	0,0002	–0,5357	0,1909	–2,8065	0,006
Dominicana, República	–0,4485	0,1119	–4,0075	0,0001	–0,6456	0,195	–3,3109	0,0013
Ecuador	–0,3402	0,1168	–2,9133	0,0044	–0,3433	0,2214	–1,5504	0,1241
Egipto, Rep. Árabe de	–0,3361	0,1183	–2,841	0,0054	–0,3318	0,2245	–1,478	0,1424
El Salvador	–0,3854	0,1059	–3,6379	0,0004	–0,4696	0,1964	–2,3914	0,0186

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación cuadro A5.4)

Eritrea	–0,3885	0,1057	–3,6769	0,0004	–0,4781	0,1953	–2,4477	0,0161
Estonia	–0,3361	0,1183	–2,8415	0,0054	–0,3319	0,2245	–1,4785	0,1423
Etiopía	–0,3623	0,11	–3,2927	0,0014	–0,4051	0,207	–1,9567	0,0531
Filipinas	–0,3519	0,1129	–3,118	0,0024	–0,3761	0,2133	–1,7632	0,0808
Gabón	–0,3877	0,1057	–3,6669	0,0004	–0,4759	0,1956	–2,4331	0,0167
Gambia	–0,3572	0,1114	–3,2072	0,0018	–0,3908	0,21	–1,8604	0,0657
Georgia	—0,3547	0,1121	–3,1648	0,002	–0,3838	0,2116	–1,8138	0,0726
Ghana	–0,425	0,1068	–3,9795	0,0001	–0,5801	0,1905	–3,0444	0,003
Guatemala	–0,3961	0,1052	–3,7657	0,0003	–0,4993	0,1932	–2,5849	0,0111
Guinea	–0,3803	0,1066	–3,5688	0,0005	–0,4554	0,1983	–2,2964	0,0237
Guinea-Bissau	–0,5249	0,1462	–3,5905	0,0005	–0,8589	0,2436	–3,5263	0,0006
Guinea Ecuatorial	–1,0837	0,5729	–1,8915	0,0613	–2,4185	0,9728	–2,4861	0,0145
Guyana	–0,33	0,1207	–2,734	0,0074	–0,3148	0,2293	–1,373	0,1727
Haití	–0,4115	0,1054	–3,9053	0,0002	–0,5425	0,1907	–2,8453	0,0053
Honduras	–0,3703	0,1083	–3,4206	0,0009	–0,4274	0,2028	–2,1076	0,0375
Hungría	–0,3329	0,1195	–2,7857	0,0063	–0,3231	0,227	–1,4234	0,1576
Islandia	–0,33	0,1207	–2,734	0,0074	–0,3148	0,2293	–1,373	0,1727
India	–0,3352	0,1186	–2,8262	0,0056	–0,3295	0,2252	–1,4633	0,1464
Indonesia	–0,3386	0,1174	–2,885	0,0048	–0,3388	0,2226	–1,5219	0,1311
Jamaica	–0,3317	0,12	–2,7636	0,0068	–0,3195	0,2279	–1,4018	0,1639
Jordania	–0,4269	0,1071	–3,9862	0,0001	–0,5853	0,1907	–3,0695	0,0027
Kazakistán	–0,383	0,1062	–3,6058	0,0005	–0,4629	0,1972	–2,3466	0,0208
Kenia	–0,3684	0,1087	–3,3902	0,001	–0,422	0,2038	–2,0709	0,0408
Kirguistán	–0,4729	0,1203	–3,9295	0,0002	–0,7137	0,2054	–3,4739	0,0007
Líbano	–0,3372	0,1179	–2,8602	0,0051	–0,3349	0,2237	–1,4971	0,1374
Lesotho	–0,33	0,1207	–2,734	0,0074	–0,3148	0,2293	–1,373	0,1727
Lituania	–0,3308	0,1204	–2,7487	0,0071	–0,3172	0,2286	–1,3873	0,1683
Macedonia	–0,4836	0,1249	–3,8722	0,0002	–0,7435	0,2117	–3,5123	0,0007
Madagascar	–0,3574	0,1113	–3,2105	0,0018	–0,3913	0,2099	–1,864	0,0651
Malawi	–0,3748	0,1074	–3,4892	0,0007	–0,44	0,2006	–2,1928	0,0306
Malasia	–0,33	0,1207	–2,7343	0,0074	–0,3149	0,2293	–1,3732	0,1726
Malí	–0,3402	0,1168	–2,9137	0,0044	–0,3434	0,2214	–1,5507	0,124
Mauritania	–0,4167	0,1058	–3,9388	0,0001	–0,5568	0,1904	–2,9246	0,0042
Mauricio	–0,3331	0,1195	–2,7881	0,0063	–0,3234	0,2268	–1,4257	0,1569
México	–0,3301	0,1206	–2,736	0,0073	–0,3151	0,2292	–1,3749	0,1721
Moldavia	–0,3457	0,1149	–3,0096	0,0033	–0,3587	0,2175	–1,6489	0,1022
Mongolia	–0,3722	0,1079	–3,4497	0,0008	–0,4327	0,2019	–2,1434	0,0344
Marruecos	–0,3354	0,1185	–2,8295	0,0056	–0,33	0,225	–1,4666	0,1455
Mozambique	–0,3914	0,1054	–3,7129	0,0003	–0,4864	0,1944	–2,5016	0,0139
Namibia	–0,5531	0,1632	–3,3882	0,001	–0,9376	0,2707	–3,464	0,0008

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación cuadro A5.4)

Nepal	–0,3384	0,1174	–2,8826	0,0048	–0,3385	0,2227	–1,5195	0,1317
Nicaragua	–0,3776	0,107	–3,5305	0,0006	–0,4478	0,1994	–2,2458	0,0268
Níger	–0,3569	0,1114	–3,2031	0,0018	–0,3901	0,2102	–1,8559	0,0663
Nigeria	–0,3306	0,1204	–2,7449	0,0071	–0,3165	0,2288	–1,3835	0,1695
Panamá	–0,3322	0,1198	–2,7733	0,0066	–0,3211	0,2275	–1,4112	0,1612
Paquistán	–0,3325	0,1197	–2,7785	0,0065	–0,3219	0,2273	–1,4164	0,1597
Perú	–0,3701	0,1083	–3,418	0,0009	–0,4269	0,2029	–2,1044	0,0378
Rumania	–0,3316	0,12	–2,7625	0,0068	–0,3194	0,228	–1,4008	0,1643
Rusa, Federación	–0,3354	0,1186	–2,8283	0,0056	–0,3298	0,2251	–1,4654	0,1458
Ruanda	–0,452	0,1129	–4,002	0,0001	–0,6555	0,1961	–3,3417	0,0012
Senegal	–0,4533	0,1133	–3,9995	0,0001	–0,659	0,1966	–3,3519	0,0011
Sierra Leona	–0,361	0,1104	–3,2706	0,0015	–0,4013	0,2078	–1,9315	0,0561
Singapur	–0,3301	0,1206	–2,7365	0,0073	–0,3152	0,2292	–1,3755	0,1719
Sudáfrica	–0,3465	0,1146	–3,0229	0,0032	–0,3608	0,217	–1,6628	0,0994
Sri Lanka	–0,3341	0,1191	–2,8064	0,006	–0,3263	0,226	–1,4437	0,1518
Saint Kitts y Nevis	–0,3521	0,1128	–3,1206	0,0023	–0,3766	0,2132	–1,766	0,0803
Santa Lucía	–0,3616	0,1102	–3,2816	0,0014	–0,4032	0,2074	–1,944	0,0546
San Vicente y las Granadinas	–0,3365	0,1181	–2,8479	0,0053	–0,3329	0,2242	–1,4848	0,1406
Sudán	–0,3461	0,1147	–3,0172	0,0032	–0,3599	0,2172	–1,6569	0,1006
Suazilandia	–0,33	0,1207	–2,7347	0,0073	–0,3149	0,2293	–1,3736	0,1725
Tadjikistán	–0,3406	0,1166	–2,9206	0,0043	–0,3445	0,2211	–1,5577	0,1223
Tanzania	–0,3675	0,1088	–3,3771	0,001	–0,4197	0,2042	–2,0552	0,0424
Tailandia	–0,3302	0,1206	–2,7375	0,0073	–0,3154	0,2291	–1,3764	0,1717
Togo	–0,3835	0,1062	–3,6123	0,0005	–0,4642	0,1971	–2,3556	0,0204
Trinidad y Tobago	–0,33	0,1207	–2,7347	0,0073	–0,3149	0,2293	–1,3737	0,1725
Túnez	–0,3333	0,1194	–2,7919	0,0062	–0,324	0,2267	–1,4295	0,1558
Turquía	–0,3301	0,1206	–2,7364	0,0073	–0,3152	0,2292	–1,3753	0,172
Turkmenistán	–0,3412	0,1164	–2,9318	0,0041	–0,3463	0,2207	–1,5691	0,1197
Uganda	–0,4131	0,1055	–3,9163	0,0002	–0,5469	0,1905	–2,8702	0,005
Ucrania	–0,3438	0,1155	–2,9774	0,0036	–0,3535	0,2188	–1,6157	0,1092
Uruguay	–0,3319	0,1199	–2,7671	0,0067	–0,3201	0,2278	–1,4052	0,1629
Uzbekistán	–0,3438	0,1155	–2,9772	0,0036	–0,3535	0,2188	–1,6155	0,1092
Venezuela, RB de	–0,3302	0,1206	–2,7386	0,0073	–0,3156	0,2291	–1,3775	0,1713
Vietnam	–0,3735	0,1077	–3,4692	0,0008	–0,4363	0,2013	–2,1676	0,0325
Yemen, Rep. de	–0,3325	0,1197	–2,7776	0,0065	–0,3218	0,2273	–1,4155	0,1599
Zambia	–0,3506	0,1133	–3,0949	0,0025	–0,3724	0,2142	–1,7386	0,0851
Zimbabue	–0,3979	0,1051	–3,7849	0,0003	–0,5044	0,1928	–2,6167	0,0102

diferencia en la elasticidad de la mortalidad de menores de 5 años y de la mortalidad materna con respecto a *Gh,* es muy baja (en algunos casos la elasticidad de la mortalidad de niños menores de cinco años es mayor que la elasticidad de la mortalidad materna). El hecho de que la elasticidad para *Gh* aumente en magnitud con el financiamiento de los donantes se explica por el signo negativo del término de interacción entre *Gh* y *DF*, que en el caso de la mortalidad materna es significativo a un nivel de confianza del 5%.

Que el financiamiento de los donantes aumente marginalmente la elasticidad de la mortalidad materna con respecto al gasto público, pero no la elasticidad de la mortalidad de niños menores de cinco años, genera confusión; especialmente porque el financiamiento de los donantes no parece tener ningún impacto directo en la mortalidad materna.

Referencias

Filmer, D. y L. Pritchett. 1999. "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?" *Social Science and Medicine* 49 (10): 1309-23.

Hausman, J. A. 1978. "Specification Tests in Econometrics." *Econométrica* 46 (6): 1251-71.

Herrera, S. y G. Pan. 2005. "Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach." Banco Mundial, Washington, D. C.

Leipziger, D., M. Fay, Q. Wodon y T. Yepes. 2003. "Achieving the Millennium Development Goals: The Role of Infrastructure." Banco Mundial, Washington, D. C.

Musgrove, P. 1996. "Public and Private Roles in Health." Informe técnico 339, Banco Mundial, Washington, D. C.

Paternostro, S., A. Rajaram y E. Tiongson. 2004. "How Does the Composition of Public Spending Matter?" Banco Mundial, Washington, D. C.

Wagstaff, A. 2002a. "Heath Spending and Aid as Escape Routes from the Vicious Circle of Poverty and Health." Documento preparado para la British Association for the Advancement of Science Festival of Science, Leicester, R. U., septiembre 12.

———. 2002b. "Intersectoral Synergies and the Health MDGs: Preliminary Cross-Country Findings, Corroboration, and Policy Simulations." Documento preparado para el Development Committee on Accelerating Progress toward the HNP MDGs, Washington, D. C., diciembre 6.

Wagstaff, A. y M. Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges.* Washington, D.C.: Banco Mundial.

6
Aumentar la eficiencia del gasto gubernamental

Mejorar las políticas y las instituciones en países en desarrollo es fundamental para alcanzar los ODM. Incluso si el gasto en salud aumenta dramáticamente, los objetivos pueden no alcanzarse si no se resuelven las debilidades en la capacidad institucional de los gobiernos. Para mejorar la efectividad del gasto gubernamental en salud, es necesario fortalecer los instrumentos usados para desarrollar, implementar y evaluar las políticas, como los documentos sobre estrategias de reducción de la pobreza, créditos para apoyar los programas de reducción de la pobreza, lineamientos de gasto de mediano plazo y revisión del gasto público; y las estrategias de descentralización necesitan asociarse fuertemente con las estrategias del sector. Las experiencias de países en el uso de estos instrumentos para atender las debilidades del desempeño del sector de la salud es, en el mejor de los casos, mixta, y es necesario hacer ajustes para que los instrumentos sean más efectivos.

En la comunidad internacional existe cierto consenso respecto a que los niveles de gasto actuales en salud en los países en desarrollo son muy bajos. Pero usualmente no se tiene en cuenta que se necesitan otras condiciones para que los países progresen. Un fuerte crecimiento del ingreso nacional, un incremento en la calidad y la capacidad de la infraestructura, tasas altas de alfabetismo y otro grupo de factores determinan los resultados en salud de un país. Adicionalmente, y aunque buena parte del debate internacional se concentra en la cantidad de recursos adicionales necesarios para cumplir con los ODM, también hay que examinar cuidadosamente hasta qué punto el ambiente de las políticas y la capacidad institucional de los países facilitan una distribución eficiente y equitativa de mayores recursos para el sector de la salud.

Este capítulo discute la importancia del ambiente de las políticas a nivel de país. Claramente, una buena administración pública y una capacidad institucional son importantes para que el gasto gubernamental sea efectivo. Posteriormente, el capítulo discute los instrumentos y las opciones de política a disposición de los gobiernos para mejorar el desempeño del gasto. Estos instrumentos incluyen los documentos sobre

estrategias de reducción de pobreza (DERP), los créditos de apoyo a la reducción de la pobreza (CARP), los lineamientos de gasto de mediano plazo (LGMP), las revisiones del gasto público (RGP) y las encuestas de seguimiento del gasto público (ESGP). Entre las recomendaciones se incluye:

- Asegurar que los PRSP establecen prioridades y criterios claros y que las prioridades estén reflejadas en los lineamientos y límites máximos enviados a los ministerios de línea para guiar la preparación de los presupuestos.
- Implementar un proceso iterativo de preparación del presupuesto en el cual los ministerios de línea preparen las propuestas de planes sectoriales y las asignaciones, examinados por autoridades centrales y ajustados de acuerdo con las prioridades nacionales.
- Asegurar que los MTEF reflejen el presupuesto anual para el primer año y que la contabilidad se construya de modo tal que puedan identificarse las prioridades de gasto para alcanzar los objetivos.
- Implementar una revisión anual del progreso a nivel sectorial e identificar las necesidades de financiamiento domésticas y externas para el período siguiente, teniendo en cuenta los tiempos del ciclo de preparación del presupuesto.
- Establecer un sistema para asegurarse de que los presupuestos se preparen cuidadosamente, estén de acuerdo con los objetivos nacionales, y reciban un tratamiento favorable en la versión final del presupuesto y en la entrega completa y a tiempo de los fondos. Este sistema debe mantenerse bajo la autoridad del Ministerio de Finanzas y del gabinete.
- Promover en los ministerios de línea la reubicación de recursos de áreas con baja prioridad, sin miedo de que los presupuestos se vean afectados, desarrollando un sistema para que el Ministerio de Finanzas ofrezca compromisos creíbles de mediano plazo de niveles o participaciones presupuestales.

La descentralización de algunas funciones básicas es considerada muchas veces como un medio para fortalecer la administración en el sector público y mejorar el desempeño general del sistema de salud. Este capítulo finaliza con una evaluación de experiencias de países con la descentralización; algunas recomendaciones son:

- Antes de llevar a cabo la descentralización, debe asegurarse un fuerte respaldo político en los niveles central y local, con sentido de propiedad por parte de las partes interesadas en lo que se refiere al plan de descentralización y al proceso de creación de capacidad organizacional.
- Respaldar los objetivos políticos con un marco legal e institucional apropiado, estructura de responsabilidad por la entrega de servicios y un sistema de transferencias intergubernamentales.

- Delinear responsabilidades entre las partes interesadas y definir formalmente las responsabilidades en la legislación, regulación y otros instrumentos de control.
- Aunque la descentralización generalmente implica una reducción en el papel del gobierno central en la entrega de servicios, ciertas funciones son probablemente más eficientes cuando se manejan a nivel central –tales como la investigación y la diseminación de los resultados de la investigación, los bienes públicos nacionales, la información de la salud, los estándares, las regulaciones y la acreditación. La descentralización requiere fuerte capacidad central para el monitoreo y el cumplimiento de las regulaciones y los estándares.
- Como los gobiernos locales pueden tener poca capacidad de generación de ingresos y, en consecuencia, dependen de las transferencias del gobierno central, es necesario determinar abierta y objetivamente las transferencias intergubernamentales, idealmente mediante una fórmula clara, simple y verificable.
- Establecer una relación entre el financiamiento local y la autoridad fiscal para cumplir con las responsabilidades y funciones de la entrega de servicios, de modo que los políticos locales puedan cumplir con sus promesas y afrontar los costos de sus decisiones.

Instituciones y políticas a nivel de país

Una de las restricciones más significativas del desempeño de los sistemas de salud en países en desarrollo es la debilidad de la administración del sector público, particularmente a nivel distrital o municipal (Mills, Rasheed y Tollman, en preparación). Dentro del sector de la salud, esta debilidad se manifiesta en mala planeación, presupuesto y seguimiento a nivel central y distrital, poca capacidad regulatoria, insuficientes vínculos con la sociedad civil y excesiva dependencia en sistemas de administración de los donantes (Hanson y otros 2004).

Mills, Rasheed y Tollman señalan que las restricciones en la capacidad institucional limitan los potenciales cambios que el sector de la salud puede hacer por sí solo. El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas afirma que alcanzar los ODM es básicamente un problema en financiero, pero también reconoce la necesidad de enfrentar las restricciones institucionales y propone un "plan de gobernabilidad" como un elemento clave para las propuestas de los países para alcanzar los ODM (Foster 2005). El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas también sugiere que este plan necesita abordar cómo se manejará el incremento en el financiamiento, así como el manejo del monitoreo presupuestal, las auditorías, la evaluación y el seguimiento (con un papel explícito para la sociedad civil), el acceso a los servicios para las mujeres y las minorías étnicas, y planes para luchar contra la corrupción y fortalecer el cumplimiento de la ley.

El *Informe sobre seguimiento mundial,* del Banco Mundial, enfatiza también la importancia de mejorar la gobernabilidad –en particular, mejorar la administración pública y controlar la corrupción (Banco Mundial 2005a). Aunque algunos aspectos de la gobernabilidad han mejorado en muchos países, en otros es necesario acelerar las reformas. En África subsahariana, por ejemplo, se observa un progreso prometedor en la representación política, pero el progreso ha sido menor en la administración del sector público y en la efectividad institucional (Banco Mundial 2005a). Tales temas institucionales y de administración afectan el acceso a servicios esenciales de salud en todos los niveles, desde el centro local de salud hasta niveles comunitarios y nacionales, de políticas públicas y de medio ambiente.

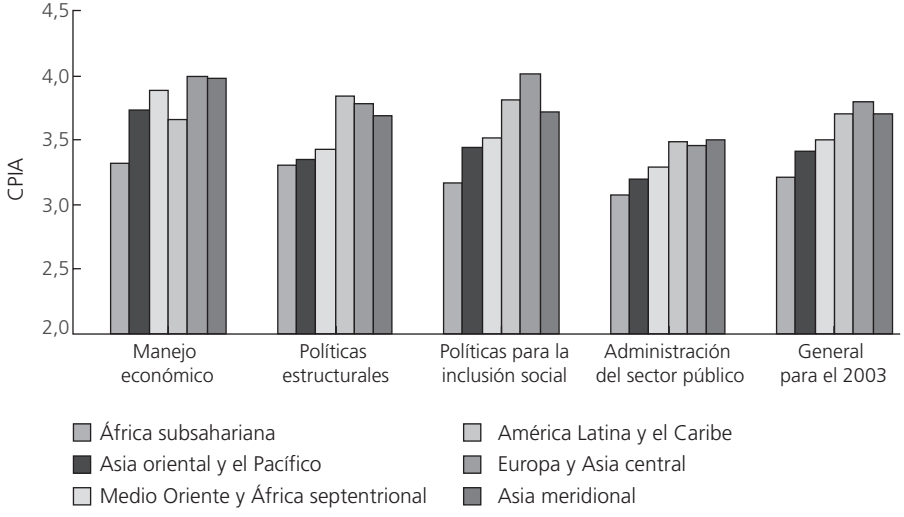
Los resultados de un estudio presentados en *Rising to the Challenges* (Wagstaff y Claeson 2004) que miden la calidad de las políticas y las instituciones en varios países, según el índice de evaluación de políticas e instituciones de un país (EPIP) (CPIA por las iniciales en inglés de *country policy and institutional assessment*), indica la importancia de las instituciones y de la gobernabilidad en facilitar políticas de salud efectivas. El índice CPIA evalúa cuán buenas son las políticas y las instituciones para promover la reducción de la pobreza, el crecimiento sostenido y el uso efectivo del financiamiento para el desarrollo. El índice cubre cuatro categorías generales: manejo económico, políticas estructurales, políticas para la inclusión social y la equidad, y administración pública e instituciones. Los países se clasifican según varios criterios de desempeño con un puntaje de entre 1 (desempeño bajo) a 5 (en el año 2004 el nivel superior se expandió a 6).

El análisis empírico encontró que la elasticidad de los resultados de salud con respecto al gasto en salud depende del puntaje del país en el índice CPIA. El gasto tiene un impacto más grande en los resultados de salud en países con mejor gobernabilidad. Por ejemplo, en el puntaje de 4 en el índice CPIA (una desviación estándar por encima de la media), el incremento de 10% en la participación del PIB destinado a gasto gubernamental en salud genera una reducción de 7,2% en la mortalidad materna. Para niveles menores de 3 en el CPIA, el impacto de un incremento en el gasto gubernamental no es estadísticamente significativo (no diferente de cero). Es claro que las políticas son importantes.

Al comparar los valores del índice CPIA entre regiones y a través del tiempo, se observa claramente que a pesar de haber habido un progreso general en el fortalecimiento de las políticas y las instituciones en los países, particularmente en África, la administración pública sigue siendo el componente más débil del CPIA (gráficos 6.1 y 6.2). En promedio, en todas las regiones, la capacidad de un país en gobernabilidad, manejo presupuestario y financiero, la movilización de recursos, la administración pública, la transparencia, la rendición de cuentas y la corrupción en el sector público fueron

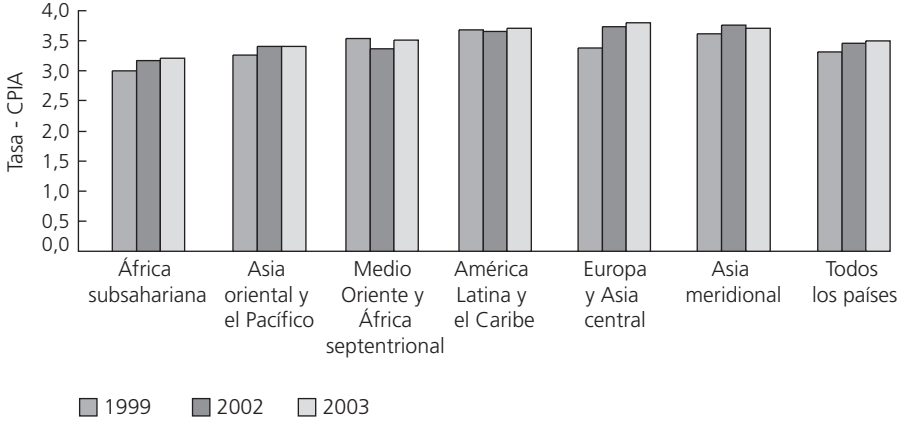
todas juzgadas como menos efectivas para el crecimiento y la reducción de la pobreza que las políticas e instituciones para el manejo económico, estructural o social.

Gráfico 6.1 *Puntajes de evaluación de políticas e instituciones por indicador y región, 2003*



Fuente: Datos del Banco Mundial.

Gráfico 6.2 *Puntajes de evaluación de políticas e instituciones por región y a lo largo del tiempo, 1999-2003*



Fuente: Datos del Banco Mundial.

Instrumentos de política para mejorar la administración del sector público

La importancia de las políticas y las instituciones es clara, pero ¿cuáles son los instrumentos o políticas disponibles para un gobierno para mejorar la administración del sector público? El contenido restante de este capítulo discute el papel de varios instrumentos, como PRSP, PRSC, MTEF, PER y PETS, para mejorar las funciones clave de administración del sector público. También se discute el papel de los mecanismos de focalización y la descentralización.

Documentos de estrategias para reducir la pobreza

A mediados de la década de 1990, el Banco Mundial y el FMI iniciaron un cambio radical en el enfoque y en las herramientas para ofrecer ayuda para el desarrollo a países pobres. Como respuesta a los altos niveles de endeudamiento en algunos de los países más pobres del mundo, y a las críticas respecto a la efectividad de los antiguos esquemas de ayuda para el desarrollo, el Banco Mundial y el FMI se concentraron en la condonación de la deuda, la reducción de la pobreza y en mejorar el crecimiento económico en los países más endeudados. La condición para la condonación de la deuda requiere que los países destinen el ahorro generado por no tener que pagar la deuda a programas sociales, como la educación y la salud.

Esta iniciativa se formalizó en 1999, cuando el Banco Mundial y el FMI estipularon que toda la asistencia condicional a los 81 países pobres elegibles, a través de la Asociación Internacional de Fomento (IDA por sus siglas en inglés de *International Development Association*) del Banco Mundial y la Facilidad para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza (por sus siglas en ingles PRGF, de *Poverty Reduction & Growth Facility*) del FMI, tendría que basarse en estrategias de reducción de pobreza definidas en un PRSP. Este nuevo enfoque buscaba fortalecer la apropiación del país, fortalecer el enfoque en la pobreza en los programas de país, ofrecer un marco comprensivo y coordinado para el Banco Mundial, el FMI y otros socios en el desarrollo, mejorar la gobernabilidad pública y la rendición de cuentas, y fortalecer la definición de prioridades. Los principios subyacentes en el proceso de un PRSP están determinados por cada país, implican una amplia participación, orientada a resultados y concentrada en resultados que beneficien a los pobres; comprensiva al reconocer la naturaleza multidimensional de la pobreza, orientada a alianzas, y basada en una perspectiva de largo plazo.

Los PRSP han hecho que la reducción de la pobreza sea la prioridad número uno para el desarrollo. Las estrategias macroeconómicas y sectoriales necesitan formularse alrededor de un PRSP. Por eso, las reformas al sistema de salud en países de ingreso bajo deben incluirse en un PRSP y concentrarse en los pobres. En agosto de 2005, 49

países habían desarrollado PRSP, que sirven como base para el financiamiento del Banco Mundial y del FMI en esos países.

Extensas evaluaciones de los PRSP presentan resultados mixtos (Banco Mundial 2004a, FMI 2003, FMI y Banco Mundial 2005). Las evaluaciones sugieren que:

- Los PRSP tienen la capacidad de promover el desarrollo de estrategias de largo plazo de los propios países para reducir la pobreza y promover el crecimiento, pero aún existen tensiones respecto a la propiedad de la estrategia (local o externa). Muchos socios en el desarrollo no han adaptado el proceso de sus programas de ayuda de manera coordinada alrededor de los PRSP. Mejores lineamientos de rendición de cuentas son necesarios tanto en los países receptores como en los donantes.
- A pesar de que la participación general en esfuerzos de desarrollo ha mejorado, todavía hay espacio para una mayor integración. Es más, los PRSP no han fortalecido los procesos institucionales domésticos de hacer políticas ni la rendición de cuentas.
- El proceso de un PRSP es un cambio positivo respecto a procedimientos anteriores porque promueve un enfoque de desarrollo basado en resultados, más énfasis en la reducción de la pobreza y una perspectiva de largo plazo.
- A pesar que el enfoque PRSP ha iniciado un cambio fundamental en la relación entre los países de bajos ingresos y los donantes, no se ha tomado como marco básico para una reforma estratégica, especialmente para guiar reformas estructurales, promover el crecimiento económico, establecer una relación entre PRSP y esquemas de gasto de mediano plazo y presupuestos, integrar estrategias sectoriales en el esquema macroeconómico, evaluar el impacto social de las estrategias macroeconómicas, entender la relación entre los aspectos macro y microeconómicos y relacionar objetivos operacionales de mediano y largo plazos.
- Las restricciones de capacidad han sido un impedimento serio para la efectiva implementación. No se ha prestado mucha atención a la creación de capacidad.
- El monitoreo y la evaluación es todavía una debilidad significativa.

Las evaluaciones específicas de los componentes de salud de los PRSP resaltan cuestionamientos similares (OMS 2004). El tratamiento de la salud en un nuevo PRSP ha tendido a ser más extenso, pero es demasiado pronto para evaluar el impacto, dada la relativa novedad del proceso y la curva de aprendizaje de los países y socios. Sin embargo, un estudio reciente del tratamiento de la salud adolescente y reproductiva en un PRSP ofrece algunas impresiones sobre algunas de las preocupaciones relacionadas con los componentes de salud de un PRSP (Banco Mundial 2004b). El estudio encontró que:

- A pesar de tener que cubrir muchos aspectos, los PRSP prestan un razonable nivel de atención a temas de salud reproductiva y de población. Sin embargo, el alcance

y la calidad varían enormemente, y no hay un PRSP que merezca ser tomado como ejemplo en lo que se refiere a temas de población y salud reproductiva.

- La participación de los grupos involucrados en temas de población y salud reproductiva en el proceso de un PRSP es desigual, y el proceso podría representar mejor los intereses de las mujeres, los jóvenes y los pobres. El proceso participativo puede fortalecerse y debe dar mayor participación a estos grupos y a la sociedad civil.
- Aunque los PRSP no son documentos de implementación, en los PRSP relacionados con temas de población y políticas de salud reproductiva faltan muchos elementos básicos de implementación. Sólo la mitad de las políticas reportadas especifican una institución responsable por su implementación, 44% de las políticas presentan un cronograma de implementación básico, y 17% de las políticas tienen un presupuesto. Muy pocas políticas (menos del 6%) incluyen los tres elementos.
- Las estrategias de asistencia a los países estudiadas abordan los temas de población y salud reproductiva, pero en menos detalle que en los PRSP.

En general, constituyen todavía un trabajo en acción. A pesar de que las estrategias de salud y de educación tienden a ser más desarrolladas que las de otros sectores –debido a los requerimientos del alivio de la deuda en los países muy endeudados, así como el papel clave que la salud y la educación desempeñan en la reducción de la pobreza y en alcanzar los ODM–, ha habido una tendencia a concentrarse en programas para enfermedades o intervenciones específicas y menos énfasis en problemas sistemáticos, como los recursos humanos. Los vínculos con otros sectores y con el crecimiento han sido débiles, en el mejor de los casos.

A medida que más entidades de desarrollo participan en el proceso, y a medida que se incrementan los recursos para el financiamiento del desarrollo que se canalizan mediante un PRSP, la efectividad de estos instrumentos de desarrollo y de los procesos dependerá de numerosos factores, incluyendo el compromiso de los países, la capacidad y la flexibilidad de los entidades participantes, así como de los compromisos financieros.

Crédito de apoyo a la reducción de la pobreza

El Banco Mundial estableció los PRSC, en mayo de 2001, como uno de los principales elementos del IDA para respaldar a los países de bajos ingresos en la implementación de sus estrategias de reducción de pobreza. Los PRSC son un enfoque programático a la política de préstamos para el desarrollo en países de bajos ingresos. Consisten generalmente en tres o cuatro tramos individuales anuales para respaldar los objetivos de desarrollo de mediano plazo de un gobierno. El objetivo primordial de un PRSC, y particularmente de reforzar el sentido de propiedad del país inmerso en esta inicia-

tiva, se planeaba lograr mediante diferentes objetivos que se refuerzan mutuamente (Banco Mundial 2005b):

- *Respaldo flexible en el mediano plazo.* Para respaldar un programa de reforma de mediano plazo que construya y se base en las prioridades y objetivos del PRSP del gobierno a través del financiamiento del Banco Mundial, diálogos de política y trabajo analítico.
- *Armonización entre los donantes.* Para respaldar un programa de reforma de mediano plazo en coordinación y armonización con los otros participantes en el desarrollo, particularmente con los donantes que proveen apoyo presupuestario y con el FMI mediante su Poverty Reduction Growth Facility.
- *Previsibilidad de los recursos.* Para mejorar la previsibilidad de los recursos en países con buen desempeño a través de compromisos de mediano plazos, que se desembolsan junto con la planeación doméstica, presupuestaria y con los procesos de revisión.
- *Apropiación por parte del país.* Para reforzar la apropiación del proyecto por parte del país usando condicionalidades y políticas específicas que reflejen un entendimiento con los gobiernos respecto de las prioridades de sus programas de reforma.

En la actualidad existen 18 países con PRSC, que representan menos de la mitad de los 49 países que tienen un PRSP completo. El PRSC ha surgido como una parte importante de nuevas operaciones y compromisos. En el año fiscal 2004, los PRSC representaban 46% de los préstamos de políticas para el desarrollo a los países más pobres (los elegibles para préstamos concesionales a través de IDA en el Banco Mundial). Pese a que el número de programas PRSC ha aumentado, el peso total de los préstamos de inversión del Banco Mundial no ha cambiado significativamente. Desde que se introdujeron los PRSC, la participación de los préstamos para políticas de desarrollo de IDA ha aumentado a un 27% de la totalidad de los préstamos para el desarrollo, incrementando desde 16% en el año fiscal 2000, pero igualando la participación promedio de los préstamos de políticas para el desarrollo observado a principios de la década de 1990.

Un estudio del Banco Mundial de los PRSC y una revisión de la experiencia de los países con los PRSP y PRSC, en el contexto del sector de la salud (Banco Mundial 2005b, Foster 2005), sugieren varias conclusiones importantes relacionadas con los PRSC:

- En general, los PRSC están alineados con los PRSP de un país, con alguna variación, dependiendo de cuán bien los PRSP prioricen y operacionalizen el programa de desarrollo de mediano plazo del gobierno. Un problema con esta relación es

que como un PRSP tiende a ser optimista, usar sus objetivos en un PRSP tiende a resultar en un fracaso en el cumplimiento de las condiciones de PRSP para el desembolso de los créditos.

- Los PRSP han ayudado a mejorar la coordinación entre los ministerios centrales y los de línea, y entre el gobierno central y local. Muchas reformas multisectoriales, junto con la preparación y ejecución del presupuesto, han requerido la colaboración estrecha de varias partes del gobierno.
- Desde el lanzamiento de los PRSP, ha habido un esfuerzo concertado en limitar a unas pocas acciones prioritarias el número de condiciones relacionadas con la agenda de reforma del país. Aunque el número de condiciones ha variado de tan alto como 44 en Vietnam a sólo 6 en Tanzania, el número promedio de condiciones PRSP ha bajado sustancialmente de 30 en el año fiscal 2001 a cerca de 12 en el año fiscal 2004.
- Pese a que el número de condiciones ha bajado, la extensión de la matriz de política ha aumentado. Los oficiales gubernamentales usualmente encuentran que la matriz de política está saturada, particularmente cuando está guiada por los esfuerzos de armonizar las preferencias específicas de los donantes. En algunos casos la matriz PRSP parece estar saturada de detalles específicos para algunos sectores. Esto es contrario a la intención de un PRSP de concentrarse en temas multisectoriales o en reformas que requieren apoyo multisectorial.
- Los objetivos o tramos de un PRSP deben seleccionarse apropiadamente. Los gobiernos no controlan los resultados (tasa de mortalidad y alfabetismo), sólo los insumos (construcción de escuelas, entrenamiento de enfermeras). Los PRSC no deben hacer a los gobiernos responsables por algo que está fuera de su control.
- La información en los resultados clave de un PRSC usualmente está desactualizada debido a la baja capacidad de monitoreo y evaluación de un país. Los PRSP necesitan ofrecer cierto apoyo a los gobiernos para fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación, incluyendo la relación entre los varios ministerios con el centro que los coordina.
- En la mayoría de los países PRSP, pero particularmente en África, el PRSP ha pasado a ser una plataforma útil para facilitar la coordinación y armonización de los donantes dentro de los lineamientos generales ofrecidos por el PRSP del país. El objetivo es que los gobiernos negocien efectivamente un programa comprensivo de reforma, con costos menores en términos de tiempo, esfuerzo, preparación, reportes y monitoreo.

Lineamientos de gasto de mediano plazo

Según el *Manual de manejo del gasto público* (*Public Expenditure Management Handbook*, 1998, p. 46), los lineamientos de gasto de mediano plazo (MTEF por las iniciales

en inglés de *medium-term expenditure framework*) "consiste en un paquete de recursos, una estimación de los costos corrientes y de mediano plazo de la política existente que se realiza de abajo hacia arriba y, finalmente, la compaginación de los costos con los recursos disponibles… en el contexto de un proceso presupuestal anual". El paquete de recursos es, fundamentalmente, un modelo macroeconómico que señala los objetivos fiscales y estima ingresos y gastos, incluyendo las obligaciones financieras de los gobiernos y los programas gubernamentales de alto costo, como una reforma al servicio civil.

Para complementar el modelo macroeconómico, los sectores trabajan en revisiones que se inician desde instancias inferiores que evalúan las políticas sectoriales y sus actividades (similar al enfoque de presupuestos con base cero), prestando atención en optimizar la asignación intersectorial. Los MTEF están recibiendo más atención en la formulación de estrategias de reducción de la pobreza, como instrumentos apropiados para incorporar las estrategias PRSP en los programas de gasto público. El cuadro 6.1 describe las características básicas de los MTEF.

En la práctica, no todos los MTEF se han concentrado suficientemente en lograr un cambio estratégico en el gasto público hacia las prioridades nacionales. Los MTEF en Camboya y Ghana, y en alguna medida en Tanzania, por ejemplo, están basados en un coste detallado realizado desde abajo hacia arriba, generando una gran cantidad

Cuadro 6.1 Etapas de preparación de un esquema de gastos de mediano plazo

Etapa	*Características*
Desarrollo de un marco macroeconómico y fiscal	Modelo macroeconómico que proyecta los ingresos y gastos en el mediano plazo (múltiples años)
Desarrollo de programas sectoriales	Objetivos sectoriales, resultados y actividades acordados Revisión y desarrollo de programas y subprogramas
	Costo estimado del programa
Desarrollo de un esquema de gastos sectoriales	Análisis de los *trade-offs* inter e intrasectoriales
	Construcción de consenso en la asignación estratégica de recursos
Definición de las asignaciones sectoriales de recursos	Límites superiores en el presupuesto sectorial de mediano plazo (aprobación del gabinete)
Preparación de presupuestos sectoriales	Programas sectoriales de mediano plazo basados en los límites superiores establecidos en el presupuesto
Aprobación política final	Presentación de estimaciones presupuestarias al gabinete y al Parlamento para su aprobación

Fuente: Banco Mundial 2002b.

de documentos que hacen difícil o imposible ver cómo los cambios en la asignación presupuestaria se relacionan con los objetivos de alto nivel y las metas. Adicionalmente, el esfuerzo dedicado a preparar un MTEF puede parecer inútil si el presupuesto anual no se implementa, y las prioridades de mediano plazo no se respetan. Camboya es un ejemplo extremo, donde los centros de salud reciben menos del 10% de su presupuesto.

Aunque no ha habido evaluaciones de la experiencia específica de los MTEF en el sector de la salud, es útil examinar la experiencia general de los gobiernos con los MTEF. Los MTEF no han sido un mecanismo tan útil para la planeación detallada del gasto. Un sistema de coste por actividades demasiado detallado hace más difícil establecer los vínculos con los objetivos de más alto nivel y oscurece las principales opciones estratégicas que deben tomarse (Camboya, Ghana, Malawi, Tanzania). Una segunda restricción es que el programa y las actividades según las cuales un MTEF se prepara son imposibles de conciliar con el modo como el presupuesto anual se lleva a cabo (Benín y Ghana). Esto hace difícil o imposible saber si la prioridades presupuestarias se han respetado en la ejecución del presupuesto, y es imposible llevar a cabo comparaciones desagregadas de los resultados alcanzados con los recursos utilizados.

Los problemas técnicos de reporte presupuestario se pueden resolver con una reforma al sistema de cuentas y mejoras en el sistema computarizado de administración financiera. Sin embargo, estas mejoras necesitan ser acompañadas de una presentación simplificada y estandarizada donde se identifican pocas actividades, permitiendo así una agregación más fácil para un análisis estratégico de cambio de prioridades.

Una evaluación de los MTEF para África no encontró evidencia clara de que los MTEF hayan sido exitosos en lograr los objetivos deseados (cuadro 6.2). Esta eva-

Cuadro 6.2 Evaluación preliminar del impacto de un esquema de gastos de mediano plazo en África

Resultados esperados	*Resultados observados*
Mejor balance macroeconómico, especialmente disciplina fiscal	No hay evidencia empírica clara de un mejor balance macroeconómico
Mejor asignación de recursos inter e intrasectoriales	Poca evidencia empírica de reasignación a sectores prioritarios
Mayor previsibilidad presupuestaria para los ministerios de línea	No existe evidencia empírica de vínculos con una mayor previsibilidad presupuestaria
Uso más eficiente del dinero público	No existe evidencia de que los MTEF estén suficientemente desarrollados como para generar ganancias de eficiencia en el gasto sectorial

Fuente: Banco Mundial 2002b.

luación sugiere que además de necesitar mejorar la calidad de los PRSP y PRSC, es necesario mejorar la calidad de los MTEF y relacionarlos mejor con las estrategias sectoriales. Aunque este ejemplo subraya los cambios que son necesarios, también hay ejemplos de buenas prácticas, obtenidas del análisis de 14 países que han implementado PRSP, PRSC y MTEF (Foster 2005). Este estudio encontró ejemplos de buenas prácticas en países donde:

- Las prioridades sectoriales de un PRSP y las eventuales asignaciones acordadas en el presupuesto son el resultado de un proceso iterativo en donde los ministerios de línea preparan las propuestas de planes sectoriales y las asignaciones, que son a su vez revisadas por las autoridades centrales, y ajustadas según las prioridades nacionales.
- El PRSP establece prioridades y criterios claros, y las prioridades se reflejan en las guías y en los límites superiores enviados a los ministerios de línea para guiar la preparación del presupuesto.
- El MTEF aprobado refleja el presupuesto anual del primer año, y el sistema de contabilidad se estructura, de tal modo que las prioridades de gasto de particular importancia para lograr los objetivos pueden identificarse.
- Existe un proceso anual para revisar el progreso a nivel sectorial y los requerimientos de financiamiento domésticos y extranjeros para el próximo período, que alimenta el ciclo de preparación del presupuesto del gobierno.
- El Ministerio de Finanzas ofrece compromisos de mediano plazo creíbles de niveles o participaciones para los presupuestos sectoriales, para promover que los ministerios de línea redistribuyan los recursos de áreas con poca prioridad, sin miedo de que su presupuesto se vea afectado por ello. La credibilidad se puede construir mediante un récord de éxitos de mediano plazo, en donde el primer año de la preparación del presupuesto toma como base el segundo año del MTEF anterior. Los acuerdos con los socios externos respecto a la participación de gasto que se destinará a la salud son comunes, y sirven para reforzar la confianza de los ministerios de línea sobre su participación dentro del futuro presupuesto.

Reportes del gasto público

Pocos países en desarrollo adoptan un enfoque comprensivo y sistemático en su proceso presupuestario. Las decisiones de asignación de los recursos públicos usualmente no reflejan una política económica sólida, y subsidios fiscales irresponsables suelen explicar gran parte del presupuesto público. En tales casos, los PER pueden ofrecen un análisis objetivo de los problemas de gasto público de un país.

Los PER usualmente analizan y proyectan los ingresos por impuestos, determinan el nivel y composición del gasto público, evalúan distribuciones inter e intrasecto-

riales (agricultura, educación, salud, carreteras), y hacen seguimiento de empresas públicas financieras y no financieras, la estructura de gobernabilidad y el funcionamiento de instituciones públicas. Los estudios de análisis del gasto público en los últimos diez años han sugerido que la calidad del análisis varía, pese a que su cobertura ha sido comprensiva. Los resultados generales sugieren que:

- La mayoría de los PER no examinan la racionalidad de la intervención pública. Los conceptos básicos de economía pública de fallas de mercado, bienes públicos y externalidades rara vez se usan para analizar la eficiencia de la asignación del presupuesto público.
- La mayoría de los PER no integran gastos de capital y recurrentes y entonces dejan de lado el tema de las implicaciones del presupuesto de capital en términos de costos futuros recurrentes. Esto genera incertidumbre respecto a la sostenibilidad de las políticas y proyectos. Este tipo de análisis segmentado refuerza el presupuesto guiado por el capital, que distorsiona el gasto público, favoreciendo los gastos de capital.
- Menos de un cuarto de los PER recientes se han concentrado adecuadamente en temas institucionales, como manejo presupuestario o incentivos en el sector público; la atención se limitó a un análisis económico incompleto (y usualmente superficial) del gasto público.

En particular, con respecto al sector de la salud, los PER ofrecen información importante sobre la ejecución presupuestaria. Por ejemplo, según un PER en Letonia, un presupuesto tardío e incierto en el sector de la salud limita la rendición de cuentas de las instituciones de salud a vivir dentro de los límites de su ingreso anual (Banco Mundial 2002a). La respuesta de las instituciones de salud a las restricciones presupuestarias en este contexto es postergar las decisiones de gasto esperando que el presupuesto aumente a medida que avanza el año fiscal. Cuando el esperado incremento no llega, las instituciones se ven forzadas a financiar el exceso de gasto, acumulando deudas con las agencias de impuestos y con los proveedores. Es más, cuando se producen cortes en el presupuesto, éstos se perciben como arbitrarios, realizados sin un análisis específico de los productos que no se lograrán o de donde se obtendrán ganancias de eficiencia. Los ingresos específicos para la salud se determinan con base en decisiones que explícitamente no cubren algunos elementos de los costos de atención de salud. Ante la ausencia de una decisión sobre cómo se financiaran tales costos, o alguna responsabilidad, los costos se trasladan a los consumidores de manera arbitraria o se financian con atrasos.

Los PER también han encontrado que los recursos desembolsados en el sector de la salud no siempre corresponden con los presupuestados mediante los MTEF. Por ejemplo, en Nicaragua, la ejecución presupuestaria total del gobierno central pro-

medió 106% en 1997-8, pero sólo 90% en el sector de la salud. Esta baja tasa se atribuye principalmente a una baja tasa de ejecución presupuestaria del capital de sólo 39%, que refleja problemas de capacidad de absorción.

Uganda ofrece un segundo ejemplo sobre cómo los PER pueden mostrar que los recursos desembolsados en la salud no corresponden con los presupuestados mediante los MTEF. En ese país, el desempeño del presupuesto para el sector de la salud fue de 87% en 2003, comparado con 90% en años anteriores. El mal desempeño se debió a pago de salarios menores de lo programado (75%) para hospitales de referencia distritales que, a su vez, resultaron en vacantes no ocupadas por déficit de personal. Los desembolsos no salariales recurrentes al sector de la salud fueron de 94%, debido a la entrega tardía de reportes de rendición de cuentas de los gobiernos locales al Ministerio de Salud (Banco Mundial 2004c).

Encuestas de seguimiento del gasto público

Los recursos gubernamentales para los servicios de salud fluyen a través de diferentes niveles de burocracia hasta llegar a las instituciones que entregan los servicios que son quienes asumen la responsabilidad del gasto.[1] Sin embargo, la información sobre el gasto público a nivel de la entrega de servicios se encuentra disponible raramente en países en desarrollo. Los PETS (PETS por las iniciales en inglés de *public expenditure tracking survey*) hacen un seguimiento de los recursos gubernamentales para determinar cuánto de los recursos destinados originalmente llega efectivamente a los puntos de entrega de servicios. Ellas ofrecen información sobre la fuga de fondos, corrupción y problemas en el despliegue de recursos humanos y en especie, como personal, libros y medicamentos.

Los PETS han destapado grandes fugas en el flujo de recursos en los sectores de educación y de la salud, y las encuestas han provocado que los gobiernos mejoren los mecanismos institucionales para atender esas fugas. Una encuesta en Uganda, en 1996, encontró que sólo el 13% de las donaciones anuales del gobierno central por estudiante llegó a las escuelas en 1991-5. El 87% desapareció en manos privadas o fue capturado por oficiales distritales para propósitos no relacionados con la educación. Casi tres cuartos de las escuelas recibieron muy poco o nada. Cerca del 20% de los salarios de los profesores fue pagado a profesores fantasma –profesores que nunca aparecieron en el salón de clase. En respuesta a estos resultados, el gobierno exigió mejorar el monitoreo y el reporte del flujo de fondos. Y a pesar de que en el 2001 las escuelas todavía no recibían todas las donaciones, las fugas se redujeron de un pro-

1 Esta sección sobre análisis de seguimiento del gasto público está basada en Dehn, Reinikka y Svensson 2003.

medio de 80% en 1995 a 20% en 2001; el cambio en la política explicó dos tercios de esta importante mejoría.

Un análisis de los PETS llevados a cabo en países de África encontró que las fugas de dinero de fondos no salariales eran de una escala masiva en los sectores de la salud y la educación. Los salarios y pagos adicionales también sufren de fugas, pero en mucho menor medida. Dado que la disponibilidad de libros y otros materiales de instrucción es clave para mejorar la calidad de la educación, el hecho de que entre el 87% (Uganda) y el 60% (Zambia) de los fondos para esos insumos nunca llegue a las escuelas, hace de las fugas una preocupación importante de política en el sector de la educación. Al diseñar medidas para reducir las fugas, la experiencia de los países muestra que puede ser más eficiente focalizar las reformas e intervenciones en lugares específicos donde hay problemas dentro de la jerarquía pública, en vez de establecer reformas más generales del sector público. Por ejemplo, los PETS indicaron que los gastos no salariales son más sensibles a fugas que los gastos salariales. Los estudios también demostraron que las fugas ocurren en niveles específicos del gobierno. Este conocimiento puede usarse para diseñar intervenciones más eficientes.

En Honduras se usó un PETS para evaluar el comportamiento de los empleados del servicio civil en los sectores de la educación y la salud. El estudio encontró que 2,4% del personal de la nómina salarial del gobierno en el sector de la salud no estaba trabajando. Cerca del 8,3% de los médicos generalistas y especialistas y 5,1% del personal eran trabajadores fantasma. El ausentismo también es un problema serio, 39% del personal estaba ausente del trabajo sin justificación alguna. Esto significó una pérdida de productividad de 10% en el tiempo total del personal.

Focalizar los gastos de salud

Cada vez más, los gobiernos están focalizando el gasto en salud hacia prioridades específicas. Las prioridades pueden estar determinadas por la ubicación geográfica, las necesidades específicas de atención de salud (inmunización, terapia antirretroviral), los niveles de ingreso de los hogares, las características demográficas (Coady, Grosh y Hoddinot 2004), entre otras. Esta sección ofrece una revisión de algunos resultados clave de tres tipos de mecanismos de focalización: geográfica, niveles de atención, y obstáculos. Los temas relacionados con el financiamiento de los donantes y las intervenciones focalizadas se estudian en el capítulo 4.

Focalización geográfica

En Mozambique, Zambezia recibe siete veces menos gasto gubernamental para la salud per cápita que Maputo. En Lesotho, el distrito más pobre recibe sólo 20% de

la cantidad que recibe la ciudad capital en asignaciones presupuestarias per cápita de gasto en salud. Esta desigualdad no se resuelve cuando se tienen en cuenta los servicios no gubernamentales. En Perú, las asignaciones per cápita en el presupuesto regional (que excluye las asignaciones a hospitales para enseñanza) son 66% más altas en Lima que en las regiones muy pobres. En Bangladesh, los distritos más desarrollados reciben más per cápita que los distritos menos desarrollados (Wagstaff y Claeson 2004).

Como se señala más adelante en la sección de descentralización, una fórmula de asignación de recursos bien diseñada y especificada, puede reducir las disparidades en el gasto del gobierno entre las regiones. Estas fórmulas tienen un elemento de equidad –aseguran que los pobres también se beneficien del gasto gubernamental. Pero también tienen un elemento de eficiencia –los recursos pueden ser desviados de áreas donde el beneficio marginal es muy bajo (como hospitales de alta tecnología en la ciudad capital) hacia áreas en donde el beneficio marginal es probablemente más alto (programas de inmunización en áreas rurales). Tales fórmulas han reducido las brechas regionales en los países desarrollados y se está empezando a usarlas en países en desarrollo. Se han usado, por ejemplo, como parte del programa de descentralización en Bolivia desde 1994, y en la asignación de los nuevos recursos disponibles por el alivio de la deuda, Bolivia distribuyó fondos a las municipalidades según indicadores de pobreza, con el mandato de que los municipios gastaran tales recursos en programas específicos de salud, educación y otros programas sociales.

Cambios en la asignación del gasto a través de niveles de atención

Los países en desarrollo destinan una participación sorprendentemente grande del gasto en salud a infraestructura secundaria y terciaria y a personal, a pesar de las bajas tasas de ocupación del sistema. Por ejemplo, en Armenia, los hospitales reciben más del 50% del presupuesto gubernamental en salud. Las clínicas e instituciones ambulatorias, los proveedores de servicios preferidos para personas enfermas en el 20% más pobre de la población, según datos de encuestas de hogares, reciben sólo 20% del gasto. Este patrón también se observa en países de bajos ingresos. En Tanzania, el gasto gubernamental en hospitales representa el 60% del presupuesto en el año 2000, comparado con 34% del gasto en instituciones proveedoras de servicios preventivos y de atención primaria. Los esfuerzos recientes del gobierno en cambiar esto llevó las proporciones respectivas a 43 y 48% en el año 2002.

Pero la simple redistribución del presupuesto hacia atención primaria no genera necesariamente mejores resultados del gasto gubernamental en salud, en la reducción de la mortalidad infantil y materna y de la mala nutrición. En muchos casos, los proveedores de servicios han fallado en ofrecer un servicio de calidad o en usar los recursos eficientemente. Entonces, a pesar de que muchas medidas básicas para lograr

los ODM pueden y son entregadas en los niveles primarios del sistema de atención de salud, la simple redirección del dinero hacia ellos no generará necesariamente mejores resultados. El truco es una reubicación del gasto junto con medidas para mejorar el desempeño de las instituciones proveedoras de servicios de atención primaria y de los hospitales distritales, y medidas para asegurar que los hogares efectivamente demanden las intervenciones relevantes.

Focalizar el gasto para remover los obstáculos

Otro enfoque es evaluar, a nivel de país, los obstáculos que tiene el sector de la salud para acelerar el progreso, identificar los mecanismos para removerlos, estimar los costos de removerlos y el probable impacto de su remoción en los resultados de los ODM. Siguiendo estas ideas se ha avanzado en varios países de África y en la India. En Malí, por ejemplo, se identificaron varios impedimentos para apoyar las prácticas en domicilios y para la entrega de servicios profesionales de atención periódicos y continuos. Entre ellos se incluyen el bajo acceso a insumos de atención de salud, y la necesidad de respaldo comunitario al servicio de atención en domicilio, la cobertura geográfica inadecuada de la atención preventiva profesional (inmunización, suplemento de vitamina A, y cuidados prenatales), escasez de parteras calificadas, y la inexistencia de mecanismos de pago efectivos para los pobres, para una atención profesional continua. La remoción de estos obstáculos podría costar cerca de US$12 per cápita entre 2002 y 2007, y podría reducir la mortalidad en niños menores de cinco años entre 20-40% y la mortalidad materna en 40-80%, dependiendo del nivel de pobreza de la región (Wagstaff y Claeson 2004).

Si las estimaciones de estos y de otros costos de los obstáculos son correctas (su validación tendrá que esperar los resultados de la implementación del programa), el mensaje es claro –es posible lograr mayores retornos del gasto gubernamental en términos del progreso en los indicadores de ODM, focalizando el gasto marginal en la remoción de las restricciones identificadas.

Coady, Grosh y Hoddinot (2004) ofrecen un resumen de programas focalizados en países en desarrollo. A medida que el ingreso y la desigualdad de un país aumentan, también se incrementa el desempeño de las medidas focalizadas contra la pobreza. La focalización parece funcionar mejor en países de ingreso alto, por su mayor capacidad de diseñar e implementar métodos de focalización más precisos. También funciona mejor en países con mayor desigualdad del ingreso, tal vez porque reconocen las mayores ganancias potenciales de la focalización y tienen más habilidad para diferenciar entre hogares a lo largo de los distintos niveles de la distribución del ingreso. La focalización también funciona mejor en países donde la rendición de cuentas del gobierno es mejor; esto es consistente con mayores niveles de rendición de cuentas para la efectividad de los programas de reducción de pobreza.

Una revisión de los programas de focalización de gasto en países en desarrollo (Coady, Grosh y Hoddinot 2004) enfatiza varias lecciones:

- La focalización puede funcionar. Los mejores programas pueden concentrar grandes niveles de recursos en individuos y hogares pobres. Por ejemplo, un programa de trabajos públicos en Argentina logró transferir 80% de los beneficios del programa al 20% más pobre.
- Las prácticas en diferentes lugares del mundo son variables. Aunque el desempeño promedio fue bueno, la focalización fue regresiva en aproximadamente 25% de los casos, de modo que una redistribución aleatoria de recursos habría generado mayores beneficios para los pobres.
- No existe un método preferido para todos los tipos de programas ni para todos los países. Más del 80% de la variabilidad en el desempeño de la focalización se debe a diferencias en los métodos de focalización, y sólo 20% a las diferencias entre los métodos.
- Las intervenciones que emplean pruebas de medias, focalización geográfica, y métodos de autoselección basados en requerimientos de trabajo están asociadas con una mayor participación de los beneficios destinados al 40% más pobre, comparado con la focalización que emplea la autoselección basada en el consumo.
- La implementación es determinante para los resultados. Una parte, pero de ningún modo la totalidad, de la variación se explica por el contexto del país. El desempeño de la focalización mejoró con la capacidad de implementación, el grado en que los gobiernos son responsables de sus acciones, y el grado de desigualdad. En general, usar más métodos de focalización produjo una mejor focalización. Sin embargo, factores no observables explican gran parte de las diferencias en el éxito de la focalización.

Descentralizar la atención de salud

La descentralización de actividades básicas suele verse como un medio para mejorar el desempeño. Las motivaciones detrás de la descentralización son muchas. Desde un punto de vista político, la descentralización se ve como el acercamiento del proceso de toma de decisiones a la población, aumentando así la "democratización". Desde un punto de vista de eficiencia, se ve como una manera de remover niveles de burocracia y deseconomías de escala y de incorporar información local al proceso de toma de decisiones. Esta sección revisa la evidencia sobre el impacto de la descentralización en el desempeño de los sistemas de salud.

En general, la descentralización en el sector de la salud se refiere a la transferencia de autoridad del gobierno central a los gobiernos locales. La descentralización puede tomar diferentes formas (Bossert y Beauvais 2002):

- *Desconcentración* es la transferencia de la autoridad de toma decisiones al nivel regional, distrital o de oficinas subdistritales dentro de la estructura del Ministerio de Salud.
- *Devolución* es la transferencia de la autoridad de toma de decisiones desde el gobierno central a los gobiernos provinciales o municipales.
- *Delegación* es la transferencia de la autoridad de toma de decisiones del gobierno central hacia agencias semiautónomas.
- *Privatización* es la transferencia de la propiedad desde los gobiernos centrales, provinciales o municipales hacia entidades privadas.

Cada forma de descentralización tiene diferentes implicaciones para el nivel de autonomía de la autoridad subnacional. Es más, al evaluar el impacto de la descentralización, es importante hacer seguimiento de cuáles funciones son descentralizadas y cuáles no. Bossert y Beauvais (2002) identifican las siguientes funciones básicas de los sistemas de salud: finanzas (recolección de ingresos y asignación de gasto), organización del servicio (autonomía hospitalaria, mecanismos de pago, contratos con el sector privado), recursos humanos (determinación de salarios, contratación y despidos, términos de trabajo), reglas de acceso (focalización), y reglas de gobernabilidad (regulación, monitoreo). Entonces, al evaluar las experiencias de los países con la descentralización en el sector de la salud, es importante considerar la forma de descentralización, así como los poderes de toma de decisiones que son descentralizados.

Los defensores de la descentralización afirman que mejora el desempeño de los sistemas de salud a través de varios canales (Bossert y Beauvais 2002; Khaleghian 2004, Hutchinson y LaFond 2004, Chernichovsky y Chernichovsky, en preparación). Primero, se considera que la descentralización mejora la eficiencia técnica al hacer que los gobiernos locales sean más conscientes de los costos y al permitirles más libertad en la contratación de proveedores. Segundo, una mayor eficiencia asignativa se obtiene alineando mejor la combinación de servicios y gastos con las preferencias de la comunidad local. Tercero, se considera que la descentralización mejora la equidad, ya que las autoridades locales tienen mayor capacidad de focalizar el gasto y los servicios hacia los grupos vulnerables. Cuarto, también promueve innovaciones en la entrega de servicios mediante la experimentación y la adaptación de servicios y modelos financieros a contextos únicos. Finalmente, se considera que la descentralización mejora la calidad, la transparencia, la rendición de cuentas y la legitimidad, a medida que la participación de la comunidad en la toma de decisiones aumenta.

Sin embargo, los críticos de la descentralización señalan las potenciales deseconomías de escala y la menor inversión en bienes públicos clave a nivel local, como la investigación y el desarrollo (Khaleghian 2004). Tener estructuras administrativas separadas que manejen la entrega de servicios de salud y el financiamiento, a nivel

subnacional, genera duplicaciones e ineficiencias. La distribución de riesgo puede ser más difícil cuando se trata de pequeñas poblaciones cubiertas por un mecanismo de financiamiento particular. Es más, no existe evidencia clara de que los gobiernos locales sean mejores para focalizar los grupos marginales que el gobierno central. Puede que las élites "capturen"a las autoridades descentralizadas y eviten que sirvan a los intereses de los más necesitados.

El impacto de la descentralización

Examinando la evidencia del impacto de la descentralización en la eficiencia y la equidad, es particularmente interesante estudiar dos áreas clave del sistema de salud: la entrega del servicio de salud y el financiamiento. Varios analistas han señalado la escasez de evaluaciones sólidas de las políticas de descentralización y la necesidad de mayor investigación en el área.

La entrega de servicios de salud. En general, la evidencia respecto del impacto de la descentralización en la entrega de servicios de salud es débil, con pocos estudios examinando servicios específicos. En general, las experiencias parecen específicas para el país, y es difícil extraer conclusiones generales del impacto de la descentralización en la eficiencia técnica.

Khaleghian (2004) muestra que la descentralización (medida por la presencia de gobiernos subnacionales con ciertos poderes, tratada como una variable binaria) aumenta la tasa de cobertura de inmunización en países en desarrollo. En promedio, países con gobiernos descentralizados tienen una tasa de cobertura de inmunización 8,5% más alta. Los resultados surgen de datos de panel y dependen mucho de la variación entre países. Esta relación, sin embargo, no se observa en países de ingreso medio; los autores ofrecen varias explicaciones para esto. Por ejemplo, en países de ingreso bajo las autoridades locales pueden tener más control sobre los programas de atención de salud que las autoridades locales en los países de ingreso medio, aun cuando ambos estén descentralizados. Adicionalmente, los miembros de la comunidad pueden jugar un papel más importante y pragmático en las campañas de inmunización en países de ingreso bajo que en los de ingreso medio.

Hutchinson y LaFond (2004) encontraron que en Uganda la descentralización les otorgaba a los gobiernos distritales la libertad de contratar con ONG para la entrega de servicios. Las ONG ofrecieron servicios de alta calidad a menor costo en sus instalaciones. Ellos encontraron resultados similares en Camboya: las ONG fueron más eficientes que las instituciones gubernamentales en la provisión de servicios –tanto en calidad, como en cantidad (recuadro 6.1). En estos casos, la descentralización se asoció con un incremento en la eficiencia técnica del servicio. Otros países han reportado mejoras en la eficiencia técnica o en la calidad, gracias a la descentralización. En

Recuadro 6.1 *Contratación de organizaciones no gubernamentales en Camboya*

Camboya ha experimentado con dos modelos de contratación de servicios de salud. Los distritos fueron seleccionados aleatoriamente y asignados a los distintos grupos "contratar hacia afuera" (dos distritos), "contratar hacia adentro" (tres distritos), o "grupo de control" (cuatro distritos). En el grupo de "contratar hacia fuera", a las ONG se les asignó la responsabilidad total de la entrega de servicios específicos en el distrito, incluyendo la compra de medicamentos y la contratación o despido del personal. En el grupo de "contratación hacia adentro", las ONG trabajaban dentro del sistema existente para fortalecer las estructuras administrativas del distrito. Los distritos de control recibieron sólo un pequeño subsidio para la entrega del servicio. Utilizando datos de encuestas a hogares e instalaciones, 2,5 años más tarde, se observó que los distritos con contratos tuvieron un mejor desempeño que los distritos de control, en términos de los indicadores predefinidos de cobertura, como inmunización y atención de partos.

El modelo de contratación hacia afuera se desempeñó mejor que el modelo de contratación hacia adentro. Gran parte del incremento en la utilización del servicio de salud observado en los distritos con contratación hacia afuera se atribuyó al incremento en el uso de parte de hogares de estatus socioeconómico bajo. Como el flujo de fondos difería entre los distritos (los distritos con contratación hacia afuera recibían mayores pagos per cápita), algunas de las diferencias observadas pueden ser reflejo de diferencias en el acceso a y en los niveles de recursos disponibles.

Fuente: Mills, Rasheed y Tollman, en preparación.

Tanzania, el uso de servicios por institución era considerablemente más alto en los distritos descentralizados (Hutchinson y LaFond 2004).

Según Mills, Rasheed y Tollman (en preparación), la evidencia del efecto de la descentralización en la eficiencia asignativa es mixta. En algunos casos la descentralización no generó un mejor alineamiento de la oferta de servicios de salud con las necesidades de la población. En Filipinas y Uganda, por ejemplo, el gasto se reasignó a servicios curativos, y fuera del servicio primario a nivel local (Bossert y Beauvais 2002). El gasto en niveles de atención altos es muy visible, y es mejor visto políticamente por los gobiernos distritales, incluso cuando hay evidencia de que los servicios de atención primaria son más necesarios en los países en desarrollo examinados.

También existen ejemplos donde la descentralización ha generado una mejor asignación del gasto entre servicios. En Bolivia, por ejemplo, un análisis de los patrones del gasto después de la descentralización, mostró que el mayor conocimiento de los gobiernos locales de las necesidades de sus poblaciones generó reasignaciones de

gasto que, a su vez, mejoraron el acceso a los servicios de atención de salud (Hutchinson y LaFond 2004). La descentralización mejoró la equidad en Chile y Colombia. En estos países, el presupuesto del sector de la salud fue devuelto a los gobiernos municipales y provinciales con base en una fórmula per cápita ajustada por varios factores. La brecha en el gasto de salud entre los deciles de ingreso se redujo como resultado de la descentralización. El gasto en salud de los gobiernos locales en el 10% más rico bajó de 41 veces respecto al 10% más pobre antes de la descentralización, a 12 veces después de la descentralización.

Una de las principales razones del éxito en mejorar la equidad en Chile y Colombia son la aceptación y el uso de una fórmula clara para la asignación de los recursos a los gobiernos locales, que tiene en cuenta las diferentes necesidades de atención de salud. Un segundo factor crítico es la adecuada capacidad institucional a nivel local. En todas las experiencias positivas asociadas con la descentralización, éste fue uno de los factores clave (Hutchinson y LaFond 2004). La evidencia indica claramente que tener un administrador local de servicios de salud que esté altamente calificado y con un equipo de trabajo adecuado, con acceso a sistemas de información de calidad, es una condición necesaria para una descentralización efectiva.

Las restricciones de capacidad han limitado la efectividad de muchos esfuerzos de descentralización. Estas restricciones incluyen limitaciones en el número absoluto de recursos humanos y en el nivel de entrenamiento y preparación de los mismos para sus nuevas funciones. Para implementar exitosamente un sistema descentralizado, la capacidad de liderazgo de los nuevos administradores debe fortalecerse, así como la capacidad institucional de los nuevos sistemas a nivel local. Es claro que la construcción de capacidad debe ocurrir antes y durante la descentralización.

Financiamiento de la salud –generación de ingresos y gasto. Bossert y Beauvais (2002) examinan las experiencias de descentralización, desde la devolución hasta la delegación en Ghana, Filipinas, Uganda y Zambia. Ellos encontraron que en todos los países el gasto en salud aumentó a nivel local y bajó a nivel central como resultado de las reformas de descentralización. Sin embargo, un mayor gasto a nivel local no resultó en un aumento significativo en la generación de ingresos a este nivel, sino en un incremento en las transferencias del gobierno central.

Con la descentralización llega una necesidad creciente de controlar los costos a nivel local. Un foco de costos que debe controlarse es lógicamente el de los salarios para los trabajadores del sector de la salud, que son un determinante importante del gasto del sector de la salud. Por ejemplo, los salarios consumen hasta el 80% del gasto gubernamental en salud en países en desarrollo (Joint Learning Initiative 2004). Sin embargo, los esfuerzos a nivel local para reducir los costos asociados con los salarios del sector de la salud usualmente están restringidos por los sindicatos, que ejercen presión política para no cambiar los términos de trabajo o de la contratación

y despido de los trabajadores. Adicionalmente, la evidencia sugiere que el control continuo de parte del nivel central sobre los salarios y los niveles de personal limita severamente la autonomía fiscal local y restringe los esfuerzos de control de costos (Bossert y Beauvais 2002).

La descentralización de la generación de ingresos hacia los gobiernos distritales disminuye la habilidad de las autoridades centrales de reasignar el gasto. Esto tiene el potencial de incrementar la desigualdad regional en el gasto en salud. Por ejemplo, muchos países de Europa oriental han devuelto la generación de ingresos a los gobiernos regionales. La evidencia indica que en muchos de estos países la proporción de ingresos regionales que se recolecta y redistribuye por la autoridad central ha sido inadecuada, y la desigualdad regional ha aumentado significativamente desde la descentralización (Langenbrunner, en preparación).

Principales lecciones de la descentralización

Una revisión de las experiencias de países (Hutchinson y LaFond 2004) indica que las principales lecciones relacionadas con la descentralización en el sector de la salud tienen que ver con la gobernabilidad, la entrega de servicios y el financiamiento:

Gobernabilidad

- La descentralización requiere un fuerte respaldo político a nivel central y local. Los participantes deben tener sentido de pertenencia con el plan de descentralización y con el proceso de construcción de capacidad organizacional.
- Los objetivos políticos deben ser respaldados por los marcos legal e institucional, la estructura de responsabilidad de entrega de servicios y el sistema de transferencias fiscales intergubernamentales.
- El cambio en el papel y responsabilidad de los diferente actores del sector de la salud, particularmente los oficiales de salud de los gobiernos locales, debe ser acompañado de entrenamiento y planes de construcción de capacidad.
- La descentralización debe ser acompañada de una clara delineación de responsabilidades y mecanismos de rendición de cuentas entre los diferentes participantes, y debe ser codificada formalmente en la legislación, regulaciones y otros instrumentos de control.
- Para que la descentralización sea exitosa, debe haber voluntad del gobierno central en compartir el poder y del gobierno local y las comunidades de asumir nuevas responsabilidades. En muchos países, los servidores públicos han rechazado la descentralización por miedo a perder su estatus cuando tales esfuerzos implican la transferencia de personal del gobierno central a niveles subnacionales.
- Las instituciones de investigación deben monitorear y evaluar aspectos prácticos del proceso de descentralización.

Entrega de servicios

- Aunque la descentralización generalmente implica una reducción del papel del gobierno central en la entrega de servicios, ciertas actividades, como la investigación y la diseminación de resultados, la provisión de bienes públicos, el desarrollo y el cumplimiento de estándares y regulaciones, y los procedimientos de acreditación, probablemente son más eficientes cuando se ejecutan a nivel central.
- Las comunidades deben tener información sobre el desempeño del sector público que les permita reaccionar y asignar responsabilidades a los políticos y empleados públicos. Por ejemplo, los costos de los servicios ofrecidos a nivel comunitario, las opciones de entrega y la disponibilidad de recursos deben ser transparentes, de modo que el proceso de toma de decisiones pueda ser informado y significativo.
- Debe haber mecanismos de control creíbles que les permitan a las comunidades expresar sus preferencias, de modo que haya incentivos para que estas comunidades participen.
- La descentralización se ha motivado en muchos casos por consideraciones teóricas, en lugar de evidencia empírica. La medición de las ganancias de eficiencia en un servicio descentralizado es una pregunta empírica que aún queda por responderse, particularmente en países en desarrollo, donde los programas de descentralización han sido más ambiciosos y se han implementado más recientemente.

Financiamiento

- Incluso bajo un sistema descentralizado, los gobiernos locales pueden tener poca capacidad de generación de ingresos y, en consecuencia, es probable que continúen dependiendo de las transferencias intergubernamentales del gobierno central. Las transferencias del gobierno central deben determinarse abierta y objetivamente; idealmente mediante una fórmula clara, simple y verificable.
- El financiamiento local y la autoridad fiscal deben estar asociados con las responsabilidades y funciones de la entrega de servicios, de modo que los políticos locales puedan cumplir con sus promesas y responsabilizarse de sus decisiones.

Referencias

Banco Mundial. 1998. *Public Expenditure Management Handbook.* Washington, D. C.

———. 2002a. "Republic of Latvia Public Expenditure Review." Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, Washington, D. C.

———. 2002b. "Medium-Term Expenditure Frameworks: From Concept to Practice. Preliminary Lessons from Africa." Documento de trabajo 28, Región África, Washington, D. C.

———. 2004a. *The Poverty Reduction Strategy Initiative: An Independent Evaluation of the World Bank's Support through 2003.* Washington, D. C.

———. 2004b. "A Review of Population, Reproductive Health, and Adolescent Health and Development in Poverty Reduction Strategies." Health, Nutrition, and Population Team, Washington, D. C.

———. 2004c. *The Republic of Uganda Country Integrated Fiduciary Assessment 2004,* Volume II: *Public Expenditure Review 2004.* Poverty Reduction and Economic Management, Washington, D. C.

———. 2005a. *Informe sobre seguimiento mundial 2005: ODM del consenso a una acción más dinámica.* Bogotá: Banco Mundial y Mayol.

———. 2005b. "A Stock Taking of Poverty Reduction Support Credits." Operations Policy and Country Services, Washington, D. C.

Bossert, T. y J. Beauvais. 2002. "Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda, and the Philippines: A Comparative Analysis of Decision Space." *Health Policy and Planning* 17 (1): 14-31.

Chernichovsky,D. y M. Chernichovsky. En preparación. *Decentralization in the Health Care System: A Framework for Design and Implementation.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Coady, D., M. Grosh y J. Hoddinot. 2004. *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Dehn, J., R. Reinikka y J. Svensson. 2003. "Survey Tools for Assessing Performance in Service Delivery." En F. Bourguignon y L. Pereira da Silva, eds., *The Impact of Economic Policies on Poverty and Income Distribution: Evaluation Techniques and Tools.* Washington, D. C.: Banco Mundial; Nueva York: Oxford University Press.

FMI. 2003. *Evaluation of Poverty Reduction Strategy Papers and the Poverty Reduction and Growth Facility.* Washington, D. C.

FMI y Banco Mundial. 2005. *2005 Review of the Poverty Reduction Strategy Approach: Balancing Accountabilities and Scaling Up Results.* Washington, D. C.

Foster, M. 2005. "MDG-Oriented Sector and Poverty Reduction Strategies: Lessons from Experience." Documento de discusión sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D. C.

Hutchinson, P. L. y A. K. LaFond. 2004. *Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sectors.* Bethesda, Md.: PHR*plus.*

Joint Learning Initiative. 2004. *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis.* Global Equity Initiative, Harvard University, Cambridge, Mass.

Khaleghian, P. 2004. "Decentralization and Public Services: The Case of Immunization." Documento de trabajo 2989, Banco Mundial, Washington, D. C.

Langenbrunner, J. En preparación. *Health Care Financing and Purchasing in ECA: An Overview of Issues and Reforms.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Mills, A., F. Rasheed y S. Tollman. En preparación. "Improving the Performance of Health Systems." En D. Jamison, J. Berman, A. Meacham, G. Alleyne, M. Claeson, D. Evans, P. Jha, A. Mills y P. Musgrove, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2da. ed., Washington, D. C.: Banco Mundial; Nueva York: Oxford University Press.

OMS. 2004. *PRSPs: Their Significance for Health, Second Synthesis Report.* Ginebra.

Wagstaff, A. y M. Claeson. 2004. *The Millennium Goals for Health: Rising to the Challenges.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

7
Financiamiento de la salud en países de ingreso bajo

La pobreza magnifica la necesidad de atención de salud y, al mismo tiempo, reduce la capacidad de financiarla. Los países de bajos ingresos enfrentan el 56% de la carga de enfermedad global pero sólo representan 2% del gasto mundial en salud (Banco Mundial 2005; Mathers, López y Murria, en preparación). Con niveles de gasto de cerca de US$30 per cápita en promedio, más de la mitad en gastos de bolsillo, los países de bajos ingresos tienen muchos problemas para ofrecer a sus ciudadanos un paquete básico de servicios esenciales y una protección financiera módica contra los efectos empobrecedores de una enfermedad catastrófica. La mayoría de los países de bajos ingresos, en particular en África, están muy lejos de alcanzar los ODM en salud. Para mejorar la equidad y eficiencia de sus sistemas de financiamiento de salud y lograr los ODM, los países de ingreso bajo necesitarán mejorar la eficiencia y equidad de sus instituciones, particularmente la administración del sector público, aumentar significativamente los niveles actuales de gasto gubernamental mediante mayor movilización de recursos domésticos, mejoras en la eficiencia del gasto público e incrementos en la ayuda externa sostenible y fundamentada en préstamos; mejorar la protección financiera en la medida que sea posible mediante mecanismos apropiados de distribución de riesgo adaptados a las circunstancias específicas de cada país, y mejorar la eficiencia técnica y asignativa de las decisiones de compras gubernamentales en salud. Los países de bajos ingresos enfrentan elecciones difíciles y no existe una solución común a todos o soluciones mágicas.

Todos los países quieren un sistema de atención de salud que ofrezca buenos resultados de salud, servicios accesibles, consumidores y proveedores satisfechos, y equidad médica y financiera. Estos objetivos son difíciles de lograr en países de bajos ingresos,

en donde las restricciones presupuestarias son fuertes a niveles bajos de gasto, en particular en el sector público. Como el progreso en los ODM en salud ha fluctuado en países pobres, existe más presión internacional para aumentar los esfuerzos. Como el gasto en salud se hace usualmente a través de gastos de bolsillo y existe una capacidad limitada para incrementar el gasto público doméstico, se espera que los donantes internacionales financien la mayor parte de tales esfuerzos. Pero incluso si los donantes hacen un compromiso de largo plazo, el gasto en salud tendrá que ser absorbido eventualmente por los recursos domésticos de cada país. Es más, la ayuda de los donantes para la salud probablemente se concentrará en África subsahariana, dadas las enormes necesidades en salud y las exigentes circunstancias económicas, y en otros pocos países de bajos ingresos afuera de la región, dejando que los demás países encuentren sus propias soluciones.

Este capítulo revisa las condiciones que permiten expandir el gasto en salud desde la perspectiva de eficiencia, equidad y sostenibilidad en el contexto de países de bajos ingresos (países con INB de menos de US$766, Banco Mundial 2005b). Se examinan los mecanismos para aumentar los recursos para la salud y las mayores restricciones de cada método en países de bajos ingresos. Se estudian también los mecanismos de financiamiento públicos y privados para reunir ingresos para la atención de salud. Siete lecciones importantes emergen de este análisis:

- Como el crecimiento económico es una precondición para lograr los ODM, los países de ingreso bajo no deben poner en riesgo los objetivos de crecimiento y equidad, cuando consideran opciones sobre impuestos adicionales y asignación de recursos que pueden generar ingresos adicionales para la salud. Aunque los países de ingreso bajo deben dar prioridad a aumentar su capacidad de recaudación de impuestos de manera equitativa y efectiva, no se debe esperar que los ingresos por impuestos ofrezcan, en el corto plazo, los ingresos adicionales necesarios para lograr los ODM.
- En países de bajos ingresos, un sistema de aseguramiento financiado mediante pagos por nómina salarial tiene muchas de las limitaciones de los impuestos generales, y será difícil para muchos países lograr las condiciones necesarias que aumenten la probabilidad de una implementación exitosa de esquemas de aseguramiento en salud y garantizar su sostenibilidad.
- En muchos países pobres fuertemente endeudados, el alivio de la deuda es importante tanto para el crecimiento como para la solvencia. La reducción de la deuda, sin embargo, no genera nuevos recursos para esos países, de modo que ellos no deben contar sólo con el alivio de deuda para aumentar el gasto público en los sectores sociales.
- Para aumentar efectivamente los gastos corrientes en salud, los fondos de los donantes deben ser en forma de financiamiento al presupuesto, predecibles y por

períodos largos de tiempo (20 años o más en algunos países). Sin un compromiso de asistencia de largo plazo, los países de bajos ingresos pueden no estar en condiciones de manejar los costos recurrentes, ni las contingencias fiscales generadas por esos incrementos.

- Los donantes y los gobiernos deben considerar cuidadosamente los costos de oportunidad de sus decisiones de asignación de recursos: ¿Qué otros usos pueden generar crecimiento o aumentar los productos y resultados en otros sectores que, a su vez, mejoren los resultados de salud? El mejor modo de abordar la asignación del gasto general es mediante estrategias explícitas por país, como se describe en los documentos de estrategias de reducción de pobreza y en los lineamientos de gasto de mediano plazo. Los países deben estudiar cuidadosamente el impacto distributivo de sus limitados recursos.
- Los países de bajos ingresos tienen mayor probabilidad de generar un impacto grande y equitativo en los resultados de salud, si seleccionan un paquete básico universal de bienes públicos, incluyendo algunos servicios de tratamiento que hayan probado ser efectivos para lograr los ODM. Otras intervenciones deben considerarse de manera focalizada.
- La capacidad de los países de bajos ingresos de absorber eficientemente recursos adicionales puede ser un problema. Para construir capacidad, los donantes deben trabajar dentro de los programas y mecanismos administrativos de los gobiernos, en lugar de hacerlo a través de iniciativas independientes. Los países de bajos ingresos, por su parte, necesitan mejorar la planeación del gasto público, su administración y monitoreo, particularmente actualizando los sistemas de administración financiera y de compras, mejorando la rendición de cuentas de acuerdo con resultados y fortaleciendo los sistemas judiciales. La descentralización, la focalización y la contratación pueden ayudar a mejorar la equidad y la eficiencia de la administración del gasto público.

Gasto en salud por región

Como se discutió en el capítulo 1, los países de bajos ingresos en todas las regiones gastan mucho menos en salud que los países de altos ingresos, dependen mucho más de gastos privados, en especial de gastos de bolsillo directos. Las graves restricciones institucionales, fiscales, económicas y políticas limitan el uso de medios organizados de financiamiento (que incluyen ingresos por impuestos, aseguramiento social en salud, aseguramiento comunitario en salud, y aseguramiento voluntario en salud). El patrón básico de un bajo gasto en salud, la fuerte dependencia del financiamiento mediante gastos de bolsillo y la limitada capacidad de movilización doméstica de recursos, se presenta en los países de bajos ingresos de todas las regiones.

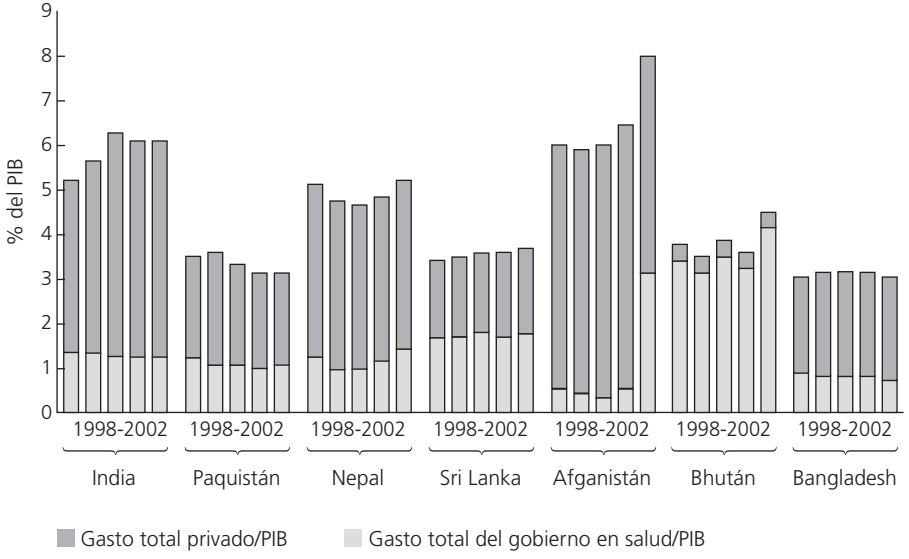
Asia

En países de bajos ingresos, en Asia meridional, es difícil estimar el gasto total en salud porque el gasto de bolsillo de los hogares en salud, la mayor fuente de financiamiento, no está bien cuantificado. Según las estimaciones de la OMS, en el año 2002 el gasto total en salud (la suma del gasto privado y público en salud) apenas superó el 6% del PIB en Afganistán e India, cerca del 5% en Nepal, 3,5% en Bhután y Sri Lanka, y un poco más del 3% en Bangladesh y Paquistán (gráfico 7.1).

En promedio, en estos países, las fuentes públicas de ingreso para la salud representan menos del 25% del gasto total en salud, mientras que más del 75% restante proviene de fuentes privadas en la forma de gastos de bolsillo (capítulo 1). Hay tres excepciones en este patrón: Sri Lanka, Bhután y Bangladesh. En Sri Lanka, las fuentes de financiamiento públicas para los servicios de la salud son importantes, representando más de la mitad del gasto total. En Bangladesh, la participación del gasto del sector público en el gasto total en salud es de cerca de 35%, porque el financiamiento de los donantes es más significativo que en otros países de bajos ingresos del Asia meridional (cerca de 13,5%).

Al analizar las tendencias, se puede ver también que en países de ingreso bajo, en Asia meridional, la proporción de los gastos de bolsillo en el gasto total en salud se

Gráfico 7.1 *Gasto público y privado en salud en Asia meridional, 1998-2001*



Fuente: OMS 2001.

ha mantenido estable o creciente, mientras que la participación de las fuentes de gobierno ha ido decreciendo. Por ejemplo, en India, la participación privada en el total de los recursos para la salud aumentó de 73,5% a 78,9% durante 1998-2002 (Government of India Ministry of Statistics 1998, 2001). Casi todo ese porcentaje es pagado directamente por los pacientes en el momento en que se entregan los servicios. Por el contrario, en el mismo período, el gasto gubernamental en salud y bienestar familiar en India bajó de 9,2% a 7,3% del gasto público total, y en 2002/3 fue igual a sólo US$3,50 per cápita. La participación del gasto gubernamental en salud también ha bajado en Nepal y Sri Lanka y se ha estancado en Paquistán. Los gobiernos del Asia meridional no parecen estar en capacidad de responder a las expectativas de mayores niveles de servicio, mejores estándares de calidad y mayor diversificación de la atención que acompaña un incremento sostenido en la población, el ingreso y los niveles de educación.[1]

La situación en países de bajos ingresos del Asia oriental es muy similar a la de Asia meridional, el gasto privado promedio ponderado por la población representa el 67% del gasto total en salud, y la mayoría son gastos de bolsillo (92% en promedio). En países de bajos ingresos, como Vietnam, donde la participación del gasto privado en salud es 5% del PIB –e incluso más en Camboya, donde llega al 6%–, el gasto privado en salud está compuesto casi totalmente de gastos de bolsillo. Los datos de la OMS también muestran una tendencia creciente del gasto privado en Vietnam, estancamiento en la República Democrática de Laos y una pequeña reducción en Camboya durante 1998-2002. Mongolia es un caso especial, los recursos privados representan menos de 30% del gasto total en salud (y están tendiendo a bajar aún más). También en Papúa Guinea, donde se estima que las fuentes privadas representan menos del 15% del gasto total en salud.

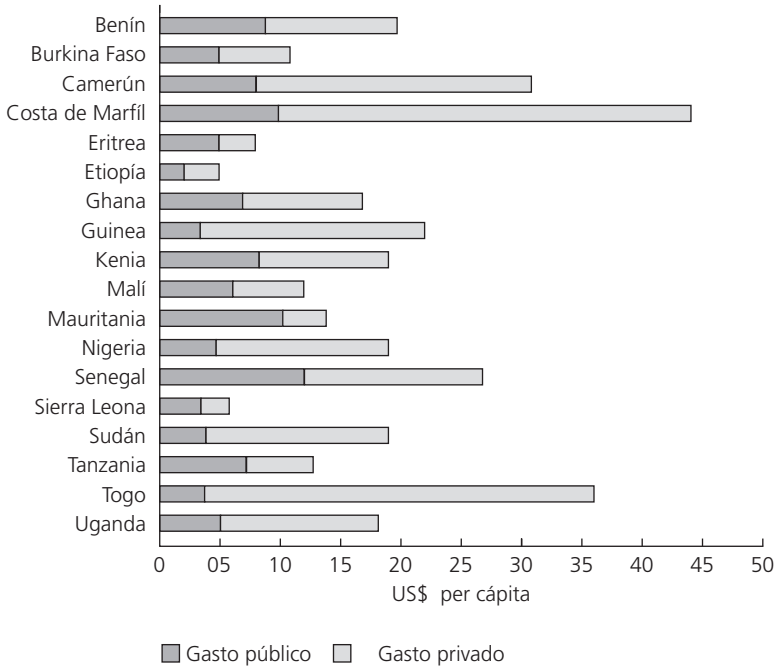
África

En África subsahariana, el gasto gubernamental en salud es también extremadamente bajo, pero como el financiamiento de los donantes es una fuente importante de recursos para el sector de la salud en estos países, en promedio, la suma de estas dos fuentes de ingreso es significativa (capítulo 1). Sin embargo, el gasto privado excede el gasto público en salud (*ver* capítulo 1 y gráfico 7.2). Aun más, el gasto de bolsillo de los hogares representa 80% del gasto privado y casi 50% del gasto total en salud.

---

1 Sri Lanka es el único país de ingreso bajo del Asia meridional, donde los recursos públicos de financiamiento de la salud son de una magnitud importante, representando la mitad del gasto total.

Gráfico 7.2 *Gasto público y privado en salud en Africa subsahariana, 2002*



Fuente: Bitran, en preparación.

Sin embargo, con un ingreso per cápita bajo, perspectivas difíciles de crecimiento, pocas posibilidades de movilización de recursos a nivel local, grandes deficiencias en personal del sector, y la mayor carga de enfermedad mundial, África enfrenta decisiones difíciles en lo que se refiere a financiamiento de la salud. África asume el 25% de la carga de enfermedad mundial y el 60% de la población mundial que vive con el VIH/SIDA. Pero sólo representa menos de 1% del gasto mundial en salud y tiene el 2% de la fuerza de trabajo mundial en el sector de la salud (United Nations Population Division 1998; OMS 2004; OMS y Unaids 2004; Joint Learning Initiative 2004). En esta región, incrementar el nivel del gasto en salud y mejorar la eficiencia es un problema literalmente de vida o muerte.

Otras regiones

La mayoría de los países de bajos ingresos de Europa y Asia central, América Latina y el Caribe, el Medio Oriente y África septentrional tienen patrones de gasto en salud

públicos y privados similares a los observados en países de bajos ingresos de Asia y África. El gasto en salud proveniente de fuentes privadas en Haití y Tayikistán es superior al 60%, son mayormente gastos de bolsillo, y no muestran ninguna reducción reciente. Pero la importancia relativa del gasto privado en salud es un poco menor, cerca del 50%, en países de América Latina que han sido recientemente calificados como de ingreso medio bajo (Bolivia, Honduras y Nicaragua).

En Kirguistán y Uzbekistán, dos países de bajos ingresos en la región de Europa y Asia central, la proporción del gasto total en salud proveniente de fuentes privadas es menor, alrededor del 50%, que la de otros países de la región que están clasificados como de ingreso medio bajo (como Armenia, Azerbaidján y Georgia), donde la proporción es de cerca de 70%. Estas diferencias pueden reflejar los diferentes grados de reducción en el gasto público en salud después del colapso de la Unión Soviética. Por ejemplo, Armenia y Georgia enfrentaron una de las más grandes reducciones en el gasto público en salud en la década de 1990 (Bonilla-Chacin, Murrugarra y Temourov 2005).

El costo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Para integrar los ODM en salud en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza, los países deben estar en condiciones de estimar los costos. Se debe prestar más atención a las estimaciones de costos relativos que a las absolutas, al corto plazo en lugar del largo plazo, a las fuentes de financiamiento local en lugar de a la ayuda externa, y a la propiedad nacional en lugar de a las prioridades guiadas por los donantes (Vandemoortele y Roy 2004). Esta orientación local e inmediata requiere alinear los planes de salud que se han desarrollado considerando los ODM, los lineamientos de gasto de mediano plazo de cada país y su estrategia de reducción de la pobreza. Es más, requiere reconocer las restricciones presupuestarias y las prioridades multisectoriales.

Métodos de estimación

La mejor metodología para estimar los costos de alcanzar los ODM es todavía un tema de debate. Algunos métodos propuestos se resumen en el anexo 7.1.

El cuadro 7.1 ofrece un conjunto de estimaciones preliminares a nivel de país para remover los obstáculos y acelerar el progreso hacia los ODM en salud (el método MBB), los costos necesarios para lograr los ODM (estimaciones de UN Millennium Project), estimaciones adicionales del gasto para lograr los ODM en países seleccionados a partir de mediciones de elasticidad (estimación de elasticidad) y gastos adicionales en salud per cápita, bajo un marco de asignación óptimo (MAMS). (*Ver* anexo 7.1, para una información detallada sobre estas estrategias de estimación de costo.)

Las estimaciones ilustran órdenes de magnitud y no deben compararse directamente unas con otras ni entre países; cada metodología tiene un objetivo de estimación diferente, y los números para cada país no son comparables entre metodologías.

Cuadro 7.1 *Estimaciones alternativas de costo anual para lograr los objetivos de Desarrollo del Milenio en salud (US$2.000 per cápita)*

País	*Modelo*	*Costo estimado para el año especificado*
Malí (una región)	MBB	$3,9 (2003)
	Elasticidad	$6,8 (2003)
Madagascar (Toamasina)	MBB	$2,4 (2003)
	Elasticidad	$6,7 (2003)
Etiopia[a]	MBB/MP	412,0 (2015)
	Elasticidad	$11,0 (2015)
	MAMS	$15,0 (2015)
Bangladesh	MP	$20.6 (Promedio, 2005-15)
	Elasticidad	$16,9 (Promedio, 2005-15)
Camboya	MP	$22,5 (Promedio, 2005-15)
	Elasticidad	$37,4 (Promedio, 2005-15)
Ghana	MP	$24,7 (Promedio, 2005-15)
	Elasticidad	$23,7 (Promedio, 2005-15)
Uganda	MP	$32,1 (Promedio, 2005-15)
	Elasticidad	$40,6 (Promedio, 2005-15)
Tanzania	MP	$34,7 (Promedio, 2005-15)
	Elasticidad	$66,9 (Promedio, 2005-15)

Fuentes: Estimaciones MBB de Soucat y otros 2004 y estimaciones por país usando la herramienta MBB. Estimaciones MP de UN Millennium Project 2004a. Estimaciones MAMS de Bourguignon y otros 2004. Estimación del grupo de trabajo del Banco Mundial.

MBB por sus iniciales en inglés de *marginal budgeting for blottlenecks* (presupuesto marginal para obstáculos); MP para la evaluaciones de necesidades de los ODM; MAMS por iniciales en inglés de *maquette for multisectoral analysis* (maqueta de análisis multisectorial).

Nota: Las estimaciones de la elasticidad son de gasto per cápita del grupo de trabajo del Banco Mundial usando el modelo del anexo 5.1. Las estimaciones de la elasticidad en el cuadro están basadas en los supuestos de gasto de un incremento de 1% por año en el PIB per cápita, incremento de 5% en educación, carreteras, agua y saneamiento. Para una descripción del modelo, *ver* el anexo 7.1.

a La estimación MBB se refiere al escenario de acceso total con cobertura de hasta 90% de la población en servicios clínicos.

El modelo MP estima un costo unitario promedio per cápita, e incluye todos los ODM en salud, incluyendo tratamiento antirretroviral y la cobertura esencial universal de atención hospitalaria durante el parto. MBB estima los costos de remoción de los obstáculos en diferentes niveles de entrega de servicios de salud: para Madagascar y Malí, la necesaria expansión del servicio es esencialmente a nivel de los hogares y comunitario, donde el impacto marginal de cada dólar gastado en la mortalidad de niños menores de cinco años y materna se espera que sea alto. Cuando se agrega cobertura adicional hospitalaria para madres y tratamiento para el VIH/SIDA, al costo MBB per cápita, los costos per cápita pueden llegar a US$25-35. Finalmente, el análisis de elasticidad mide el gasto per cápita bajo ciertos supuestos de crecimiento del PIB, reducción del analfabetismo, y mejor acceso a saneamiento y carreteras. En el modelo de elasticidad, los gastos per cápita son especialmente altos para países en donde la mortalidad de niños menores de cinco años aumentó entre 1990 y 2000.[2]

Cerrando la brecha de financiamiento

Sin importar el método de estimación que se use, la conclusión de todas las estimaciones de los costos de los ODM es la misma: la brecha financiera entre los costos para lograr los ODM y las posibilidades de que los países de bajos ingresos logren movilizar los recursos domésticos necesarios para alcanzarlos es muy grande. La brecha puede cerrarse sólo con financiamiento externo. Por eso, todos los estudios de estimación de costos de los ODM concluyen que el gasto público en salud debe aumentar y que este gasto adicional debe financiarse mayormente con el apoyo de los donantes, especialmente en los países menos desarrollados (CMH 2001; UN Millennium Project 2005).

Para presentar una medida de esta brecha, en el gráfico 7.3 se presenta el gasto gubernamental en salud actual y proyectado como porcentaje del PIB, para 10 países de ingreso bajo en África subsahariana. El gasto proyectado per cápita para cada país se obtiene del modelo presentado en el capítulo 5, bajo los supuestos de que el PIB per cápita crecería a un ritmo de 1% por año y que todas las otras variables independientes en el modelo (educación, carreteras, agua, saneamiento y financiamiento de donantes) crecen a 5% por año.

---

2 Una metodología alternativa establece una frontera de "producción", usando el nivel de gasto en salud (total y público) para 20% de los países con mejor desempeño en indicadores de salud como mortalidad en niños menores de cinco años, mortalidad materna y prevalencia de VIH, seleccionados de una muestra de 135 países (Preker y otros 2003). La brecha se calcula en el gasto entre cada país y la frontera de producción, ajustando por la población y controlando por el nivel de ingreso (medido por el PIB per cápita). La metodología se usó para estimar la brecha de gasto global para lograr los ODM, que se estima entre US$25 y US$70 mil millones, al agregar la brecha de gasto de los países individuales.

Para estos países, el cociente de gasto gubernamental en salud con respecto al PIB tendría que crecer de un promedio de 2,3% del PIB en 2000 (Banco Mundial 2005a) a un promedio de 30% en 2015 para lograr el objetivo de mortalidad de menores de cinco años. Para varios de los países, el nivel de gasto público con respecto al PIB al final del 2015 tendría que ser mucho mayor que el 20%, muy por encima del cociente de ingreso total por impuestos con respecto al PIB (Kenia, Lesotho, Tanzania y Zambia). A todos los otros países, excepto Nigeria, se les proyecta un gasto público en salud bien por encima del 8% del PIB. Estas estimaciones obviamente no son realistas, y sugieren que el incremento en el gasto tendrá que provenir de donaciones internacionales, y que estas donaciones tendrán que sostenerse por largos períodos de tiempo. Un estudio independiente sugiere que en los casos de Etiopía y Tanzania, duplicar la ayuda como porcentaje del PIB requeriría un financiamiento de donaciones por 20 años antes de que esas donaciones puedan sustituirse con ingresos adicionales provenientes de impuestos, bajo supuestos razonables de mayores ingresos domésticos (Foster 2003).[3]

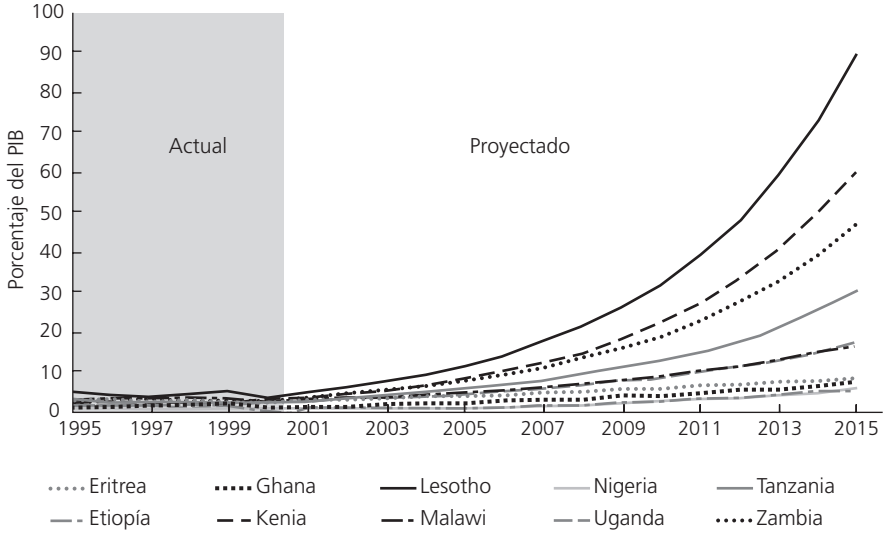
Un modo como los países de ingreso bajo pueden mejorar su planeación en salud es desarrollar informes de estrategia de reducción de la pobreza bajo diferentes escenarios de asistencia al sector de la salud. Por ejemplo, existe una fuerte presión de algunos defensores de que los gobiernos produzcan los planes de salud y una estrategia más general de reducción de la pobreza de acuerdo con las "necesidades", sin consideración de restricciones presupuestarias, bajo el supuesto de que cualquier brecha será financiada por los donantes si los países llevan a cabo esfuerzos razonables de movilización de ingresos (UN Millennium Project 2005). Otros resaltan que, para ser una guía de acción útil, el documento de estrategia de reducción de la pobreza debe estar relacionado con el proceso presupuestario nacional, estableciendo prioridades claras para guiar el plan de gasto público y con presupuestos basados en evaluaciones realistas de los recursos disponibles.

Claramente, múltiples escenarios para el documento de estrategia de reducción de la pobreza son útiles para la planeación. Al desarrollar múltiples escenarios basados en ingresos y escenarios de financiamiento externo diversos, como en el caso de las estrategias de asistencia al país, algunos países han mostrado cómo el informe de la estrategia de reducción de la pobreza puede usarse como una guía para distribuir los

---

3 Obviamente, un supuesto más ambicioso de crecimiento del PIB real reduciría el gasto en salud como porcentaje del PIB. Sin embargo, es probable que los porcentajes sean más altos, a menos que se asuman tasas de crecimiento del PIB muy ambiciosas. Si el PIB per cápita crece a un promedio de 3% por año en términos reales, el gasto promedio en salud como porcentaje del PIB en los países del gráfico 7.3 tendría que aumentar de 2,3% en 2000 a 16% en 2005. Ghana, Kenia, Tanzania y Zambia todavía estarían gastando más de lo que recolectan por concepto de impuestos.

Gráfico 7.3 *Estimación de gasto gubernamental en salud necesario para lograr los ODM en mortalidad infantil en 10 países de África, 1995-2015*



Fuente: Estimación del grupo de trabajo del Banco Mundial.

recursos que esperan tener y como herramienta para requerir apoyo adicional –un escenario "alto" se usa para atraer financiamiento adicional, mostrando lo que podría lograrse con él, mientras que un escenario medio o bajo, establece cómo el plan de gastos debe ser priorizado en el caso de que existan menos recursos disponibles. El Banco Mundial y el FMI han respaldado a aquellos países que deseaban adoptar este enfoque. Un argumento fuerte que se puede utilizar para invitar a todos los países a que lo usen.

En cualquier caso, dada la volatilidad y la baja previsibilidad de la ayuda de los donantes (capítulo 4), la necesidad de que los países eventualmente sostengan su propio incremento del gasto, y la necesidad de una planeación realista y de definición de prioridades, es importante analizar los mecanismos alternativos de financiamiento disponibles para los países de bajos ingresos y los principales factores que limitan su expansión.

Fuentes públicas de ingresos para la salud

En principio, los gobiernos tienen varios mecanismos para aumentar el gasto en salud de manera sostenible; esto es, aumentar el espacio fiscal disponible para el sector de la

salud. Los ingresos adicionales pueden obtenerse con la recaudación de nuevos impuestos o mediante el fortalecimiento de la administración de impuestos. Los gastos de poca prioridad pueden reducirse para hacer espacio para los de mayor prioridad. Los recursos pueden tomarse prestados de fuentes locales o externas, o ser liberados mediante reducción de la deuda. Los gobiernos pueden beneficiarse del espacio fiscal que surge de la recepción de donaciones de fuentes externas. Finalmente, los gobiernos pueden usar su poder de señoraje (hacer que el banco central emita dinero para otorgar un préstamo al gobierno). Las siguientes secciones analizan las restricciones en la generación de tal espacio fiscal tanto desde la perspectiva del sector de la salud como de las restricciones que enfrentan los países de bajos ingresos en agrupar y asignar los recursos.

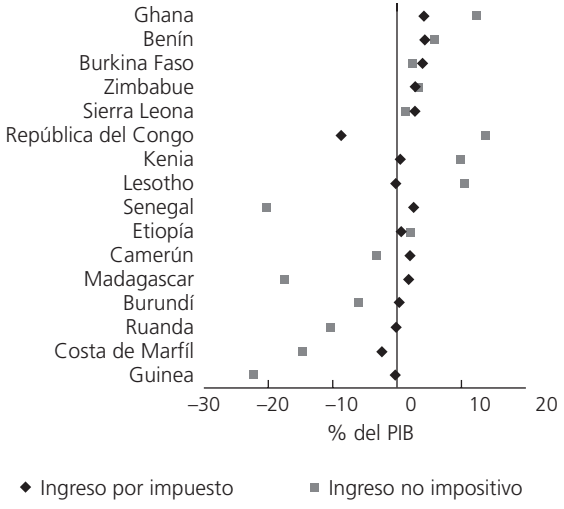
Recaudación de impuestos

Un modo de aumentar el espacio fiscal es aumentar la disponibilidad de recursos domésticos, recaudando ingresos por impuestos. Sin embargo, aumentar el ingreso mediante una reforma tributaria puede ser más fácil de decir que de hacer. Como se presentó en el capítulo 2, la baja base impositiva y de otros recursos y las lentas tasas de crecimiento de los países de bajos ingresos implican que un incremento en el gasto total en salud proveniente de fuentes de financiamiento domésticas será muy lento, a menos que se produzcan cambios drásticos en la capacidad de generación de ingresos del país. No obstante, algunos países, como Benín, Ghana y Zimbabue, han mostrado que tales esfuerzos son posibles y que pueden respaldar también un incremento en el gasto del sector.

La evolución de los ingresos de impuestos y de otras fuentes en 16 países de África durante la década de 1990 muestra que estos países tenían, en promedio, una base impositiva baja y pocos ingresos de otras fuentes, representando sólo el 16% del PIB en 1999. Este promedio, sin embargo, esconde grandes diferencias entre los países, cuatro de ellos con participaciones superiores a 25% (República del Congo, Kenia, Lesotho y Zimbaue), siete de entre 15 y 20% (Benín, Burundi, Camerún, Costa de Marfil, Etiopía, Ghana y Senegal), y cinco por debajo de 15% (Burkina Faso, República del Congo, Guinea, Madagascar, Ruanda y Sierra Leona). La evolución de los ingresos de impuestos y de otras fuentes como proporción del PIB en la década de 1990 también varió entre los países: bajó en cinco países, creció menos de 2% por año en otros cuatro países y creció más rápido (por encima de la tasa de crecimiento de la población) en seis países (gráficos 7.4 y 7.5).

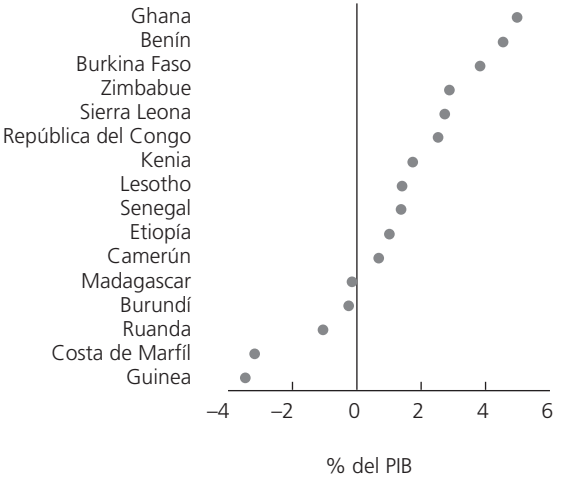
Un cociente bajo de impuestos con respecto al PIB implica que los países en desarrollo tienen espacio para aumentar el ingreso proveniente de impuestos y acomodar un incremento en el gasto, incluyendo el de la salud. Los países en desarrollo pueden reemplazar bases impositivas distorsionadas y muy pequeñas que tienen tasas impo-

Gráfico 7.4 *Cambio porcentual anual de ingreso por impuestos y otras fuentes en África subsahariana en la década de 1990*



Fuente: Base de datos de los Indicadores Mundiales de Desarrollo y la Poverty Reduction and Growth Facility (PRGF) del FMI.

Gráfico 7.5 *Cambio porcentual anual en el ingreso total en África subsahariana en la década de 1990*



Fuente: Base de datos de los Indicadores Mundiales de Desarrollo y la Poverty Reduction and Growth Facility (PRGF) del FMI.

sitivas diferenciadas y numerosas excepciones, con una base impositiva más grande que genere mayores ingresos con menores tasas y que no discriminen contra las diferentes fuentes y usos del ingreso. Al hacer esto, pueden obtenerse ganancias de eficiencia, y mayor simplicidad administrativa y equidad horizontal.

Sin embargo, no se deben subestimar las dificultades prácticas de implementar una reforma tributaria. El aumento de los ingresos mediante una reforma tributaria afecta muchos intereses y no puede hacerse sin esfuerzo, especialmente cuando se necesita un cambio institucional en la autoridad impositiva, cuando los sectores rural e informal son importantes, cuando las fronteras son grandes, y las élites ricas son políticamente poderosas. Es poco probable que los países lleven a cabo una reforma tributaria sólo con el fin de acomodar gasto adicional en salud, dentro de sus restricciones presupuestarias.

Reasignación presupuestaria

Los gobiernos pueden decidir reasignar recursos de gastos con baja prioridad para crear el espacio fiscal necesario para la salud. Pero esta opción también es difícil. Desde un punto de vista económico, los beneficios sociales marginales del gasto de gobierno deben igualarse a sus costos marginales. En consecuencia, en teoría, el gasto puede reasignarse de usos públicos no productivos a otros más productivos (o de usos que generen un beneficio marginal menor por dólar utilizado a otros que produzcan un mayor beneficio marginal por dólar utilizado). Sin embargo, esto pocas veces funciona en la práctica. En primer lugar, los gobiernos no tienen una función de optimización, entonces es difícil probar que un gasto sea improductivo, más allá de las "inversiones en elefantes blancos", como subsidio a los ricos o nóminas salariales excesivamente grandes. Segundo, la reasignación del gasto implica reducir el gasto de una institución particular o programa. Esto automáticamente genera tensiones políticas o regionales. Es especialmente difícil cuando la reasignación del gasto incluye reducciones en los salarios.

Por supuesto, las ineficiencias son múltiples y deben ser abordadas. Por cada rupia que llega a los pobres en el programa de subsidio de arroz en el estado indio de Andhra Pradesh en 1996, 3,6 rupias se filtraban a hogares no pobres (Radhakrishna 1997). Aunque difíciles, los cambios son posibles. A finales de la década de 1980, sólo 30% de la inversión pública promedio en Bolivia era para sectores sociales, el resto mayormente para compañías del sector público. Pero en el 2000 ocurrió lo contrario: sólo 25% de la inversión del gobierno fue a otros sectores y 75% se invirtió en sectores sociales. Este cambio, sin embargo, tomó cerca de 10 años y un gran cambio estructural, incluyendo la privatización de la mayoría de las empresas públicas (petróleo, energía, telecomunicaciones, carreteras, aerolíneas y otros). En consecuencia,

aunque la reasignación de recursos es posible, se necesita apoyo político y bastante tiempo para que ocurran impactos importantes.

Alivio de la deuda

Los países pueden aumentar su espacio fiscal mediante préstamos adicionales. Sin embargo, numerosos países de bajos ingresos ya tienen una carga de deuda grande y no tienen mucho espacio para solicitar préstamos adicionales. Es más, para incrementar los servicios de salud se requiere incrementar el gasto corriente (como salarios), que no debe financiarse con deuda sino con fuentes permanentes de financiamiento. El complemento a préstamos adicionales es obtener una reducción en la deuda para liberar recursos locales que pueden usarse para inversiones adicionales y gastos corrientes en el país.

En principio, la Iniciativa de Alivio de Deuda para Países Pobres Fuertemente Endeudados es un mecanismo para aumentar la disponibilidad financiera para los sectores sociales en países seleccionados. La iniciativa tiene características importantes para ayudar a resolver las restricciones y mejorar los resultados en salud, nutrición y población. El alivio de la deuda está basado en la entrega de resultados medibles. La reducción de la deuda y el incremento en el gasto en sectores sociales están basados en la estrategia de reducción de la pobreza de cada país, teniendo en cuenta la visión de la sociedad civil y las restricciones presupuestarias generales. Los informes de estrategia para la reducción de la pobreza deben analizar las restricciones generales que afectan la capacidad de absorción, y no sólo los sectores sociales donde ocurre el gasto.

Los países son elegibles para la iniciativa si reciben préstamos concesionales de la Asociación Internacional de Fomento (IDA) y tienen niveles insostenibles de deuda, aun después de utilizar todos los mecanismos tradicionales de alivio de deuda. En la actualidad, 42 países son elegibles, y otros 38 se espera que califiquen para el alivio de deuda. Los países llegan al punto decisivo, la primera etapa de alivio de la deuda, luego de tres años de estabilidad macroeconómica y de la preparación de un informe interino o completo de estrategia para reducir la pobreza. En esta etapa comienzan a recibir un alivio "interino". Simultáneamente, se establecen los criterios para finalizar el acuerdo. Los países deben mantener la estabilidad macroeconómica, finalizar un uniforme de estrategia de reducción de la pobreza e implementarlo exitosamente durante un año y, adicionalmente, deben definir indicadores de desempeño para reformas estructurales y sociales. Una vez que un país cumple con estos criterios, se programa el resto del alivio de la deuda, que es irrevocable. En la actualidad, 27 países, incluyendo 23 de África, han alcanzado el punto de decisión y están recibiendo algún alivio interino. A mayo de 2005, nueve países africanos habían completado el programa (Benín, Burkina Faso, Etiopía, Malí, Mauritania, Mozambique, Nigeria, Tanzania y Uganda).

La iniciativa ofrece a los países elegibles un ahorro sustancial en los pagos de servicio de la deuda. El alivio prometido a 27 países que han completado la primera etapa o están en el período interino, junto con otros mecanismos de alivio de deuda, representa una reducción de dos tercios del stock de deuda de los países (FMI/IDA 2004). Pero, desde una perspectiva del gasto, lo que es más relevante es si los países beneficiados tienen acceso a recursos para gastos adicionales como resultado del alivio de la deuda. Los pagos del servicio de la deuda en relación con los ingresos fiscales en estos 27 países han bajado de un promedio de 24% en 1998-9 a 15% en 2003, y se espera que bajen a menos de la mitad del promedio de 1998-9 en 2006. Existen grandes variaciones entre países. Un estudio reciente de 23 países africanos muestra que los cocientes de servicio de deuda, respecto a los ingresos del gobierno en 2003, variaban de 6,1% en Ruanda a 30% en Gambia y Malawi (Hinchliffe 2004).

Una pregunta importante es si los recursos adicionales generados por el alivio de la deuda se han usado para aumentar el gasto en los sectores sociales. El progreso en esta área lo miden IDA y el FMI como el porcentaje del gasto en reducción de la pobreza con respecto al PIB y al gasto total. La definición de gasto para reducción de la pobreza es específica para cada país e incluye, por ejemplo, gasto en salud básica, educación primaria, agricultura, infraestructura, vivienda, saneamiento básico y VIH/SIDA. La definición de este gasto para cada país se establece en el informe de estrategia de reducción de la pobreza. Según el informe de estado de implementación del FMI e IDA del 2004, en los 27 países pobres con alto nivel de endeudamiento el gasto para reducir la pobreza ha aumentado en promedio de 6,4% del PIB en 1999 a 7,9% del PIB en 2003 (Hinchliffe 2004).

Como se esperaba, el incremento también varía entre países. Según Hinchliffe (2004), mientras que el gasto en reducción de pobreza aumentó en promedio de 39% en 1999 a 48% en 2003 como porcentaje del ingreso total en 23 de los 27 países pobres más industrializados, aumentó 76% en Mozambique y bajó 27% en Chad. Para 20 países de los cuales se tiene información, 13 tuvieron incrementos significativos en la participación de los recursos totales destinada a reducir la pobreza. Las excepciones fueron Benín, Madagascar y Nigeria, en donde la participación se mantuvo más o menos constante y Chad, Ghana, Santo Tomé y Príncipe, y Zambia, en donde cayó.

Sin embargo, las comparaciones entre países tienen poco sentido, dado que la definición de gasto para reducir la pobreza cambia sustancialmente entre países. La tendencia ha sido que los países amplíen la definición de "sectores prioritarios". Esta definición más amplia puede esconder fácilmente lo que ocurre con el gasto en educación y en salud en particular. Un análisis de Hinchliffe (2004) de la tendencia del gasto en salud como participación del gasto total del gobierno, entre 1998 y 2002 en 20 países pobres altamente endeudados (cuadro 7.2), muestra que la participación aumentó en promedio de 6,2 a 8,1%. De los 20 países, 13 tuvieron incremento. Las

Cuadro 7.2 *Participación del gasto en salud en el gasto total del gobierno en 20 países pobres altamente endeudados, 1998-2002*

	1998	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*
Benín	6,5	8,0	3 7,2	8,8	8,1
Burkina Faso	9,8	5,4	5,6	5,9	8,1
Camerún	3,2	3,4	4,8	5,5	7,8
Etiopía	5,8	4,3	3,4	4,8	4,4
Ghana	2,7	3,3	3,0	3,7	5,7
Gambia	—	—	12,8	14,6	16,3
Guinea	4,4	4,4	4,2	7,5	6,5
Guinea-Bissau	—	—	4,3	3,5	—
Madagascar	3,6	2,8	2,7	4,4	2,7
Malawi	9,6	8,0	6,6	8,3	9,3
Malí	5,2	4,4	6,1	7,1	3,3
Mauritania	6,8	6,7	5,4	7,1	9,3
Mozambique	11,1	11,3	12,1	11,2	12,0
Níger	9,0	11,7	11,9	—	—
Ruanda	1,9	2,6	2,9	3,3	3,1
Senegal	4,9	5,2	5,8	8,7	11,7
Sierra Leona	—	4,7	5,4	6,8	8,1
Tanzania	—	8,5	7,3	9,1	10,1
Uganda	6,7	6,5	7,4	8,6	9,6
Zambia	6,9	5,5	4,7	4,7	6,9
Mediana	6,2	5,1	5,5	5,9	8,1

Fuente: Hinchliffe 2004.

— No disponible.

excepciones son Guinea-Bissau, donde no hay suficientes datos para establecer una tendencia; Malawi y Zambia, donde la participación se mantuvo esencialmente constante, y Burkina Faso, Etiopía, Madagascar y Malí, donde la participación bajó.

Los países de bajos ingresos han reconocido la necesidad de mayores inversiones en salud. En la Declaración de Abuja en 2001 sobre el VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas, los líderes de África prometieron un incremento en el gasto en salud a 15% del presupuesto gubernamental. Lograr esta alta proporción de gasto en salud será un proceso lento, como lo muestran los datos en el cuadro 7.2. El alivio de la deuda en países pobres es importante, pero si el país no tenía recursos para pagar la deuda en primer lugar, puede también tener dificultades para cumplir con los aumentos en el gasto en la pobreza requeridos por el programa. Aunque el alivio de la deuda puede generar ahorros significativos en el pago de la deuda, no genera automáticamente flujos adicionales de recursos para los países receptores. De los 20 países en el cuadro 7.2, sólo 4 reportaron un gasto en salud de

10% o más del total del gasto gubernamental en 2002. La reasignación del gasto entre sectores es un proceso político difícil, especialmente en un contexto de recursos escasos, como se discute posteriormente en este capítulo.

Financiamiento de donantes

Como se discutió en el capítulo 1, la ayuda para el desarrollo en salud representa cerca del 20% del gasto en salud ponderado por países en los países de ingreso bajo. Juega un papel especialmente importante en África subsahariana: los 12 países en los cuales el financiamiento externo excede 30% del gasto en salud en el año 2000 estaban en África (OMS 2001).

Sin embargo, la ayuda oficial para el desarrollo en general y la ayuda para la salud en particular tienen serios problemas (capítulo 4). Entre ellos se incluyen la falta de previsibilidad, la mayor atención en enfermedades o intervenciones específicas, el mayor número de nuevos actores y donantes, la falta de respuesta y de flexibilidad a las crisis, y la falta de rendición de cuentas por parte de los donantes ante la ausencia de resultados y progreso. La volatilidad es especialmente dañina, así como el hecho de que los compromisos son un mal predictor de los desembolsos futuros. Esto limita la habilidad de cualquier gobierno de una planeación apropiada. Los compromisos son pensados para el corto plazo (tres años en el mejor de los casos), pero mayores gastos corrientes en salud requieren recursos de largo plazo. Sólo una pequeña participación de la ayuda (cerca del 20%) se ofrece como apoyo al presupuesto; el resto del financiamiento se otorga como apoyo a proyectos específicos, como respaldo por fuera del presupuesto para programas de enfermedades o intervenciones específicas, o incluso en forma de asistencia técnica que no se registra en la balanza de pagos del país receptor. La coordinación de los planes de salud es extremadamente difícil, sino imposible, bajo tales circunstancias.

A pesar de estos problemas, el financiamiento de los donantes parece ser la única alternativa en el corto plazo para incrementar los gastos en salud en muchos países de bajos ingresos, especialmente en África. No obstante, es necesario un esfuerzo adicional para aumentar la efectividad del financiamiento –aumentar la duración de los recursos, reducir la volatilidad y mejorar la armonización. Es particularmente importante para los donantes no adivinar las preferencias de los países donantes, sino financiar las brechas existentes en los programas del país.

Servicios nacionales de salud

Los sistemas de servicio nacional de salud tienen tres características principales (*ver* recuadro 3.1): el financiamiento proviene generalmente de ingresos generales, ofre-

cen (o al menos intentan ofrecer) cobertura a toda la población, y usualmente (aunque no necesariamente) proveen atención de salud mediante una red de proveedores públicos. La mayoría de los países de bajos ingresos tienen servicios nacionales de salud administrados por el Ministerio de Salud. Los servicios nacionales de salud financian un paquete básico de servicios públicos de salud para toda la población y algún nivel de protección financiera contra enfermedades catastróficas, para al menos algunos segmentos de la población. El financiamiento también incluye gastos de bolsillo y compras de servicios privados, aseguramiento privado y comunitario limitados, y esquemas de distribución de riesgo comunitarios.

Los problemas con los sistemas nacionales de salud han sido bien documentados (Banco Mundial 2004b, Wagstaff y Claeson 2004). Entre ellos se incluyen problemas de administración, rendición de cuentas, corrupción, incentivos, falta de financiamiento, y mala asignación de gastos. Los países pobres con muy pocos recursos tienen instituciones débiles (capítulo 6 y secciones posteriores de este capitulo) y recursos limitados para financiar servicios esenciales y ofrecer protección financiera (capítulo 1). Los resultados son un acceso limitado y poca calidad en los servicios de salud, así como limitada protección financiera contra gastos catastróficos en salud, particularmente para los pobres en áreas rurales. Todavía más complicado es el hecho de que sólo una de las tres funciones básicas de financiamiento (la recaudación de ingresos), está bajo el control total del Ministerio de Salud.

Recaudación de ingresos. Los sistemas nacionales de salud reciben su financiamiento de los ingresos generales del país. Por tanto, cuanto se recauda y la proporción de esa cantidad que se asigna a la salud está más allá del control del Ministerio de Salud. La existencia de financiamiento de donantes significativo por fuera del presupuesto gubernamental para actividades de salud puede motivar a los ministerios de Finanzas a destinar los recursos domésticos a usos diferentes a los de la salud, reduciendo así la adicionalidad de este financiamiento y los recursos totales destinados al Ministerio de Salud. Adicionalmente, los ingresos impositivos y el sistema de recaudación están por fuera del control del Ministerio de Salud; el ministerio tiene poca habilidad para afectar la equidad de la recaudación de ingresos.

Distribución de riesgo. Dado que la recaudación de ingresos está fuera del control del Ministerio de Salud y toda la población está en general cubierta por el sistema nacional de salud, el subsidio al riesgo y la equidad estarán determinados por las decisiones del Ministerio de Salud respecto a la asignación de recursos y a las funciones de compra y entrega de servicios. La distribución del riesgo y las funciones de prepago son centrales a la creación de subsidios cruzados entre los individuos de riesgo alto y bajo (subsidio al riesgo), así como entre ricos y pobres (subsidio a la equidad).

Asignación de recursos y compras. Para un presupuesto dado, la asignación de recursos y las compras son las funciones endógenas clave de un Ministerio de Salud. El modo como el Ministerio de Salud distribuye sus recursos determina en gran medida la calidad, la eficiencia, el acceso y la equidad de los servicios. Los ministerios de Salud deben determinar, con sus propias restricciones de economía política, qué comprar, cómo comprarlo y de quién comprarlo. Pese a que estas funciones son fundamentales para lograr acceso, equidad y eficiencia en el sistema de salud, las mismas no están bajo el control exclusivo del Ministerio de Salud.

Los sistemas nacionales de salud se han asociado generalmente con la entrega de servicios de salud mediante proveedores públicos. Los problemas de captura por parte de sindicatos médicos, la mala apropiación de los fondos públicos, la falta de rendición de cuentas y las desigualdades interregionales en la distribución de instalaciones y de personal se han asociado con la entrega de servicios del sector público. Estos problemas pueden generar un acceso físico inequitativo a los servicios para los pobres, particularmente en áreas rurales. Los subsidios del lado de la oferta pueden hacer aún más pobres a los pobres. Por cada dólar de servicio subsidiado en todo el sistema, un dólar menos está disponible para subsidiar los servicios para los pobres, quienes usualmente sólo tienen acceso a un paquete limitado de beneficios. Como resultado de esto, los pobres buscan cobertura adicional en el sector privado, lo que los hace aún más pobres. Sin embargo, la provisión pública de los servicios no es una característica inherente de todos los servicios nacionales de salud, la separación del financiamiento de la provisión, como en Ruanda (*ver* recuadro 7.2), pueden generar los incentivos apropiados para mejorar la eficiencia y la equidad de los servicios.

Aseguramiento social en salud

Sistemas de aseguramiento social en salud se han establecido en más de 60 países en todo el mundo (*ver* capítulo 3). Algunos países de bajos ingresos, especialmente en África, están considerando introducir o implementar sistemas de aseguramiento social. Por ejemplo, Tanzania implementó su Fondo de Aseguramiento Nacional de Salud en 2001, y Ghana pasó una Ley de Aseguramiento Nacional de Salud en 2003. Kenia introdujo el Fondo de Aseguramiento Hospitalario Nacional en 1966, pero en la actualidad está considerando su reforma.

Cuando los países de ingreso bajo y medio proponen adoptar o reformar los sistemas de aseguramiento social en salud, los objetivos más comunes, según OIT (2001), son:

- Movilizar fondos para gastos de atención de salud (inducir un nuevo "impuesto").
- Mejorar la cobertura de aseguramiento (eliminar barreras a los servicios de atención de salud y proteger a los hogares contra grandes gastos en salud).

- Mejorar la equidad (redistribuir el ingreso y asegurar el acceso equitativo a los servicios médicos).
- Construir instituciones democráticas y participativas (promover la solidaridad y la cohesión social, dar poder a los ciudadanos, fortalecer las organizaciones de la sociedad civil).

Si estos objetivos de política pública pueden alcanzarse mediante un sistema social de aseguramiento, sobre todo en países de bajos ingresos, es todavía una pregunta abierta. Las condiciones necesarias discutidas en el capítulo 3 son especialmente difíciles de alcanzar en países de bajos ingresos.

Primero, aunque algunos países tienen las condiciones económicas necesarias, un crecimiento rápido y una creciente formalización del mercado laboral, otros están experimentando estancamiento económico y tienen grandes sectores informales. Aún más restricciones para el desarrollo de esquemas de aseguramiento social surgen en economías que dependen de exportaciones de materiales sin procesar, productos agrícolas o productos con precios internacionales, en los cuales una fuerza laboral competitiva es fundamental para que el país sea competitivo. Adicionalmente, los hacedores de política deben entender bien las implicaciones de equidad del crecimiento más lento que podría resultar de la implementación de un sistema de aseguramiento social en salud, ya que la población que puede beneficiarse de introducir tal sistema probablemente no sea la misma que la afectada por un crecimiento más lento, o la población que se beneficia de los servicios contratados por el gobierno.

Segundo, las economías con grandes áreas rurales enfrentarán desafíos difíciles al introducir sistemas de aseguramiento social. Algunos países de América Latina, como Bolivia, Ecuador y Perú, que tienen poblaciones rurales grandes y sectores informales grandes, han tenido dificultad en incrementar la cobertura más allá del 25% de la fuerza laboral, a pesar de tener esquemas de seguridad social establecidos por más de 60 años. La cobertura se ha expandido en algunos países de América Latina (Colombia, por ejemplo) con subsidios públicos a la demanda para una población predeterminada. Tales subsidios deben analizarse desde las perspectivas de equidad, eficiencia y sostenibilidad.

Tercero, la capacidad administrativa es una restricción importante en países de bajos ingresos. Los hacedores de política deben considerar el costo de oportunidad de usar escasos recursos administrativos en el desarrollo y administración de sistemas de aseguramiento social de salud, que es probable que concentre la cobertura entre la población con empleo formal y se expanda lentamente hacia otros grupos, usualmente más necesitados. Más importante, un sistema de aseguramiento social en salud debe tener muy buena gobernabilidad para funcionar apropiadamente. La estructura de supervisión y los sistemas necesarios para lograr la calidad requerida de gobernabilidad son difíciles de encontrar en países de bajos ingresos.

Fuentes privadas de ingreso para el sector de la salud

El gasto privado desempeña un papel importante en el financiamiento de la salud en países de bajos ingresos, donde el gasto privado equivale invariablemente a gastos de bolsillo, no aseguramiento privado. Lo mismo es cierto para muchos países de ingreso medio bajo como China. La principal consecuencia de esto es que los hogares tienen dificultades en el acceso a los servicios de salud, o están expuestos al riesgo de empobrecimiento debido a gastos catastróficos en salud.

La evidencia sugiere que la exposición al riesgo de gastos médicos catastróficos, como resultado de la limitada cobertura de aseguramiento, hace que los hogares rurales ahorren más dinero y lo mantengan en activos líquidos (Wagstaff y Claeson 2004). Este tipo de autoaseguramiento es parcialmente exitoso en suavizar el consumo cuando ocurren cambios bruscos en el ingreso (por varios factores incluyendo las enfermedades). Por ejemplo, en la India, se ha estimado que casi un cuarto de las personas admitidas en hospitales estaban por encima de la línea de pobreza cuando fueron admitidas, pero estaban por debajo de la línea de pobreza al finalizar su tratamiento, a causa de los gastos de salud en que incurrieron. En Vietnam, se estima que los gastos en salud han llevado a 3,5% de la población a la pobreza absoluta en 1993 y en 1998 (Wagstaff y Van Doorslaer 2003). El riesgo de un empobrecimiento a gran escala es claramente mayor a medida que el país sea más pobre.

La habilidad de los países de bajos ingresos de ofrecer protección financiera a la población es limitada, dadas las pocas oportunidades de distribución de riesgo, así como por los limitados recursos públicos y privados para financiar el gasto en salud.

¿Es posible que una mejor agrupación de recursos privados –ya sea mediante aseguramiento privado o comunitario–, mejore la protección financiera en países de bajos ingresos? Los dos tipos de sistemas de aseguramiento voluntario tienen restricciones importantes en su potencial, las cuales requieren esfuerzos sostenidos para superarlas.

Aseguramiento voluntario en salud

El aseguramiento voluntario en salud puede ser un mecanismo para asegurar y agrupar recursos privados para financiar gastos de salud (*ver* capítulo 3). Sin embargo, en países de bajos ingresos, el manejo de riesgos privado y comunitario y los esquemas de aseguramiento están en una etapa inicial de desarrollo. El aseguramiento voluntario representa menos del 5% del gasto en salud en países de bajos ingresos, y juega un papel importante en suplementar la atención privada para grupos de ingresos medio y medio alto. Esta sección resalta algunos de los argumentos en contra y a favor del aseguramiento voluntario en salud que se discutieron en el capítulo 3. Conviene señalar, sin embargo, que los mismos no se han comprobado en su mayoría en el contexto de países de ingreso bajo.

Potenciales ventajas. Desde la perspectiva de países de bajos ingresos, existen algunas buenas razones de política pública para explorar el desarrollo de sistemas de aseguramiento de salud voluntarios, tanto privados como comunitarios:

- Movilizar recursos adicionales para financiar el sistema de atención de salud.
- Reducir la probabilidad de que costos catastróficos pueden llevar a aquellos más vulnerables a condiciones de pobreza.
- Liberar recursos públicos al inducir a los individuos, particularmente a los que están en el grupo más alto de ingreso, a optar por salir del sector público hacia un sector privado de mayor calidad.

Si los pobres tienen mayor acceso al aseguramiento voluntario en salud, pueden obtener mejor acceso a los servicios de salud. Sin embargo, esto aún no se ha comprobado en países de bajos ingresos. El cuadro 7.3 resalta el pequeño porcentaje de gasto privado en salud proveniente de la agrupación de fondos en planes de prepago, en diferentes países de bajos ingresos.

Otra ventaja posible del aseguramiento voluntario en salud es que podría promover a los individuos que opten por el sistema privado en lugar del sector público, dependiendo del alcance de la cobertura. Adicionalmente, como el aseguramiento privado se concentra generalmente en los grupos de ingreso alto, una expansión de la

Cuadro 7.3 Participación del gasto privado en salud y plan prepagado de aseguramiento en el gasto privado en salud de países seleccionados

País	*Gasto privado en salud (% del gasto total en salud)*	*Planes de aseguramiento prepagados (% de gasto privado en salud)*
Kenia	78,6	9,5
Nigeria	76,8	0,0
Ghana	40,4	0,0
India	82,1	—
Paquistán	75,6	0,0
Sri Lanka	51,1	1,1
Indonesia	74,9	8,2
Vietnam	71,5	4,2

Fuente: OMS 2004.

— No disponible.

cobertura de aseguramiento en estos grupos puede permitir una mejor focalización del gasto público en los pobres (Gertler y Sturm 1997). Sin embargo, existe poca evidencia de que esto ocurra en países de la OCDE con amplia cobertura de aseguramiento voluntario, y el sistema financiado públicamente de forma usual continúa jugando un papel importante para aquéllos con cobertura voluntaria (OCDE 2004). Adicionalmente, tal retiro del sistema público puede generar menor respaldo político al sistema público por parte de quienes ya no lo usan, en detrimento de aquéllos para quienes el mismo es su única opción.

Además de lo anterior, los costos administrativos y regulatorios necesarios para establecer y mantener un mercado de aseguramiento voluntario en salud no son insignificantes. Las barreras regulatorias, culturales y sistémicas también contribuyen al bajo nivel de penetración del sistema de aseguramiento privado voluntario en salud, y en ocasiones no son fáciles de abordar. El cuadro 7.4 presenta algunas de las barreras en el desarrollo de un mercado voluntario de aseguramiento en salud, en India. Una barrera clave es la gran necesidad de capital. Otros países de bajos ingresos pueden enfrentar algunas o todas estas barreras. Por eso, es importante evaluar la potencialidad de un mercado de aseguramiento voluntario en salud, teniendo en cuenta el contexto cultural, histórico y económico de cada país.

Esquemas comunitarios de aseguramiento en salud

Los esquemas comunitarios de salud se han desarrollado como una respuesta de la comunidad a la ausencia de mecanismos alternativos de protección financiera (OIT 2002).[4] En África subsahariana la mayoría de los esquemas de aseguramiento comunitario se basan en la participación voluntaria de los individuos y tienen menos de 500 miembros (*ver* capítulo 3). La población cubierta por estos esquemas es todavía relativamente pequeña en la mayoría de los países de bajos ingresos.

Hay excepciones, como Ruanda, donde el gobierno y más de 90 esquemas comunitarios han decidido subsidiar las primas para los pobres para fomentar la cobertura de un paquete definido de servicios. Como resultado, la cobertura ha aumentado al 4% de la población total. Sin embargo, la evidencia muestra que la mayoría de los esquemas comunitarios no alcanzan a los más pobres. Otra excepción es el esquema Yeshashvini en el estado indio de Karnataka. El esquema se concentra en la protección financiera para tratamientos quirúrgicos y funciona como un servicio "sin transacciones con dinero en efectivo" para 2,1 millones de agricultores asegurados en una

4 Para una discusión detallada de las restricciones organizacionales, institucionales y administrativas de esquemas de aseguramiento comunitarios, *ver* Dror y Preker (2002).

Cuadro 7.4 *Barreras a la expansión el esquema de aseguramiento voluntario en India*

Tipo de barrera	*Tema clave*	*Implicaciones*
Barrera regulatoria	Alto requerimiento de capital[a]	Altas primas necesarias para compensar las inversiones, pero los volúmenes serán bajos, debido a las sensibilidades a los precios
		Necesidad de crecer muy rápido para no perder
Barreras sistémicas		
Actitud del consumidor	No hábito de de prepago	Altos costos de marketing para educar a los consumidores sobre el seguro
		Altos costos de transacción en términos de distribución (más del 72% de la población vive en áreas rurales)
	Alto nivel de fraude	Altas tasas de reclamos por los productos existentes
Escenario competitivo	Bajas primas	Productos Mediclaim[b] evaluados a niveles muy bajos para el nivel de beneficios ofrecido –han distorsionado los estándares y las expectativas
No preparación de proveedores	Proveedores no estandarizados	No estandarización de protocolos de tratamiento y calidad, a través de registro o acreditación
		No existe manera de controlar los reclamos, dado que los precios varían (la tarifa por servicio es el medio de pago primario del sistema de pago a proveedores)
		No existe infraestructura de tecnología de la información
		Una base grande de pequeñas prácticas limita una red rápida (el tamaño promedio de los hospitales es de 22 camas)
		Es fácil para los proveedores perpetrar el fraude
No preparación de quienes pagan	No existe información socioeconómica de salud	No es posible diseñar esquemas rentables debido a la falta de datos comprensivos sobre los requerimientos de salud y sobre los patrones de uso de diferentes segmentos socioeconómicos

Fuente: McKinsey & Company 2002. Health Care in India –The Road Ahead. Nueva Delhi, India: Confederation of Indian Industry.

a Requerimiento de capital mínimo para obtener una licencia para operar una compañía de seguros en el país es de 1 mil millones de rupias (Rs) o alrededor de $23 millones a la tasa corriente de cambio de US$1 = Rs 43,6.

b Mediclaim es el producto más popular de aseguramiento privado de salud; con más del 95% de participación en el mercado de aseguramiento privado. Es primariamente un producto de aseguramiento hospitalario y quirúrgico. Mediclaim es usado por los mayores aseguradores para atraer otras líneas de negocios de seguros, por lo que Mediclaim se está vendiendo a menos del costo del riesgo asegurado.

red de dos hospitales públicos y 73 hospitales privados, a lo largo de todo el estado. Un gerente externo administra el sistema, cuyas responsabilidades incluyen enrolar a los miembros, procesar reclamos y desarrollar una red de proveedores.[5]

Realidades en la búsqueda de mayor distribución de riesgo y protección financiera

Como se discutiera mas arriba, los países de bajos ingresos tienen niveles absolutos de gasto en salud bajos y una alta proporción de gastos de bolsillo individuales. La pregunta se mantiene: ¿Pueden los países de bajos ingresos financiar de manera realista la cobertura universal de un paquete básico de servicios esenciales y ofrecer protección financiera a su población? Tanto el alcance como la profundidad de la cobertura (el porcentaje de la población con cobertura formal pública y privada y el porcentaje de gasto de bolsillo) deben evaluarse. En teoría, los servicios nacionales de salud cubren a todos y pueden parecer como que ofrecen cobertura universal. En la práctica, esto no significa necesariamente que los servicios están disponibles o son accesibles. En efecto, en la mayoría de los países, los servicios se racionan mediante restricciones a la oferta y a la demanda (disponibilidad de servicios en ciertas áreas, listas de espera, necesidad de pagos ilegales).

Los países de ingreso alto tienen altos niveles absolutos de gasto en salud y una participación pequeña de gastos de bolsillo -20% o 10%, cuando se pondera por países (*ver* capítulos 1 y 9). El riesgo de salud de la población se distribuye, y los hogares tienen protección financiera. Al mirar la protección financiera y el nivel de cobertura en países de bajos ingresos, donde los gastos de bolsillo son de alrededor del 60% del gasto total en salud (40% si se pondera por país), se podría inicialmente[6] usar el 20% del gasto de bolsillo en países de ingreso alto como una medida de protección financiera y de cobertura, y hacerse la siguiente pregunta: ¿Cuántos países de bajos ingresos alcanzan ese nivel? Una revisión del nivel de gasto por país de 2002 muestra que, de los 58 países de bajos ingresos para los cuales hay información disponible (OMS 2005), tal vez 7 cumplirían con este criterio, casi todos ellos son islas pequeñas

5 El esquema básicamente apalanca un mecanismo institucional existente con el objetivo de minimizar la selección adversa y el riesgo moral al restringir la cobertura a miembros de la cooperativa y asegurar un gran número de miembros (2,21 millones se aseguraron en marzo 2005); reduce los costos de transacción en la provisión de cobertura de aseguramiento para las personas en áreas rurales, que están levemente pobladas; y facilita la administración, dado que se usa el sistema de administración existente para manejar el esquema.

6 Dejando de lado los bajos niveles de gasto absoluto, que claramente hacen más difícil ofrecer grandes cantidades de protección financiera contra los costos de enfermedades catastróficas.

en el Pacífico.[7] En otras palabras, casi ningún país de bajos ingresos, sin importar el mecanismo de distribución de riesgo que tenga, ha logrado ofrecer a su población niveles altos de protección financiera.

Estos resultados refuerzan la necesidad de que los países de bajos ingresos usen los mecanismos públicos y privados más apropiados que tengan a su alcance, dadas sus circunstancias particulares, para ofrecer equitativa, eficiente y sosteniblemente acceso universal a un paquete esencial de salud pública y servicios curativos y ofrecer protección financiera, en la medida de lo posible, especialmente para los pobres. No existen modelos ideológicamente correctos o una solución que se pueda aplicar a todos los países. La propuesta de aumentar la ayuda y la asistencia para el desarrollo en salud es, probablemente, una condición necesaria para ayudar a los países a ofrecer acceso universal a los servicios esenciales y protección financiera, pero en ausencia de políticas apropiadas y de focalización, esto no será suficiente. Dadas las extremas restricciones de recursos en la mayoría de los países pobres, todos los instrumentos disponibles, incluyendo las tarifas a usuarios, merecen consideración.

Tarifas a los usuarios

En políticas de salud pocos temas son tan controversiales como las tarifas a los usuarios.[8] La mayoría de los países de África subsahariana imponen tarifas a los usuarios de los servicios de salud. En China, las tarifas son generalizadas y representan una porción importante del financiamiento total de la salud. Camboya ha impuesto recientemente de manera formal tarifas a usuarios. En Europa oriental y Asia central, las tarifas informales a usuarios han proliferado para cubrir el déficit de financiamiento público generado por la transición económica.

En la década de 1980, la permanente falta de financiamiento público para servicios básicos de salud, particularmente para atención primaria y medicamentos, generó una expansión de las tarifas a los usuarios. Las tarifas eran consideradas mecanismos apropiados de financiamiento para obtener recursos en las instalaciones públicas, para mejorar la calidad de los servicios y los resultados de salud. Los países que las han adoptado, otros defensores de las tarifas y la literatura en el tema reconocieron que la introducción de las mismas podría limitar el acceso de los pobres, así como limitar la utilización de servicios de salud preventivos y primarios. En consecuencia, los documentos de política recomendaban que las tarifas estuvieran acompañadas

---

7 Los siete países que cumplen con el nivel mínimo son Timor Oriental, Islas Solomón, Papúa Nueva Guinea, Bhután, Santo Tomé y Príncipe, Mozambique y Lesotho. La información para Mozambique es sospechosa y no consistente con datos de otras fuentes.

8 Esta sección se basa en Bitran (en preparación).

de un sistema apropiado de deducciones y excepciones para los pobres, en servicios preventivos y en algunos servicios de atención primaria de salud.

Dado el énfasis actual en que los países logren los ODM, el reconocimiento de que las restricciones del lado de la demanda son uno de los impedimentos para lograr esos objetivos, el poco progreso (especialmente en África) en la reducción de la pobreza, y el incremento actual y propuesto en la ayuda de donantes para la salud, ha habido un gran impulso por parte de diferentes instituciones de desarrollo para eliminar las tarifas a usuarios. Infortunadamente, gran parte del debate se ha opacado por interpretaciones retóricas y selectivas de la evidencia mundial, y por la falta de claridad sobre el contexto y las definiciones, incluyendo la confusión entre objetivos e instrumentos, así como la falta de entendimiento de cómo las tarifas a servicios públicos son una pequeña parte del gasto de bolsillo total de los consumidores.

Distinción entre objetivos e instrumentos. El objetivo de la mayoría de los defensores de la eliminación de las tarifas (Save the Children 2005) es mejorar el acceso, especialmente de los pobres, a servicios esenciales de salud en países de bajos ingresos. Sin embargo, las tarifas de usuario son uno de los muchos instrumentos usados para proveer los ingresos necesarios para lograr este objetivo (otros mecanismos incluyen la movilización de ingresos locales, la ayuda externa, y una mayor eficiencia asignativa y técnica en el gasto). La discusión política acerca de la abolición de tarifas a usuarios generalmente no aborda la pregunta más general de ingresos. En otras palabras, cómo recaudar ingresos suficientes para asegurar el acceso a servicios esenciales y la protección financiera para la población de un país, de manera equitativa, eficiente y sostenible es un tema que debe abordarse mediante una evaluación completa de todos los instrumentos de financiamiento públicos y privados.

Distinción entre tarifas de servicios públicos y gastos de bolsillo en salud. No existe claridad en la definición precisa de la tarifa para el usuario, así como no existe una distinción clara entre las tarifas y los gastos de bolsillo por el uso de servicios de salud. En la definición clásica de finanzas públicas, las tarifas a los usuarios son un cobro por los servicios que ofrece el sector público. Otros definen las tarifas como pagos por el servicio sin distinción de quién lo provee (sector público y privado). Cualquiera que sea la definición, existen otros costos directos e indirectos y pagos en que incurren los hogares por el uso de los servicios de salud. Entre ellos se incluye el costo de oportunidad del tiempo de los individuos y las familias, en forma de pérdidas de salarios, trabajo en el hogar, estudio, etc.; los costos de transporte para la visita al proveedor del servicio de salud, y el costo en que incurren los pacientes y sus acompañantes en comida y alojamiento mientras están buscando y recibiendo la atención (recuadro 7.1). Adicionalmente, el debate nunca tiene en cuenta que una gran proporción de los pagos de los usuarios que se realizan en las instalaciones proveedoras de servicios son

informales o "por debajo de la mesa", como en India y China, y no van a desaparecer por sí solos con la aprobación de la legislación (Lewis 2000).

Argumentos a favor y en contra de las tarifas a los usuarios. Gran parte del debate se ha concentrado en los pagos directos a los proveedores públicos que se requieren a los hogares por los servicios de salud. Tales pagos incluyen cobros por el uso de servicios provistos o cubiertos por el sector público (la abolición de estos cobros públicos es el punto central del debate), y los cobros a los consumidores hechos por proveedores privados por la compra directa de servicios, incluyendo medicamentos, atención médica y exámenes de diagnóstico. Mientras que tanto los proveedores públicos como los privados pueden cobrar tarifas, las normas regulatorias (ley, decreto presidencial u otra) pueden eliminar la tarifa cobrada a los servicios de cobertura pública. Los cobros por servicios no públicos financiados privadamente se mantienen. Es muy raro que un país limite la capacidad de sus ciudadanos de comprar un servicio privado de salud.[9] La eliminación de las tarifas de usuarios en las instalaciones públicas puede no generar una reducción significativa en el gasto de bolsillo, dado que las tarifas a usuarios cobradas por los programas públicos probablemente sean pequeñas en relación con todos los otros pagos (directos e indirectos) en que incurren los usuarios. Adicionalmente, si la calidad de los servicios en las instalaciones públicas (que anteriormente recolectaban las tarifas) se reduce como resultado de esta medida, los consumidores pueden decidir utilizar las instalaciones privadas y pagar tarifas más altas, resultando en un incremento, en lugar de una reducción, de los gastos de bolsillo. El cuadro 7.5 resume algunos de los argumentos a favor y en contra de las tarifas a usuarios.

La evidencia del impacto de las tarifas en el acceso a servicios de calidad por parte de la población pobre no es clara (Bitran, en preparación; Banco Mundial 2004b; Pearson 2004; Wilkinson y otros 2001). Esta evidencia muestra que en los casos en los cuales las tarifas se han eliminado, la demanda de los pobres ha aumentado en algunos lugares y ha bajado en otros. También muestra que la demanda puede ser elástica e inelástica al precio. Esta evidencia diversa y aparentemente contradictoria puede provenir de las diversas circunstancias en donde se han realizado los estudios y por el uso de diferentes métodos de investigación.

---

9 Una decisión reciente de la Corte Suprema de Canadá ha cuestionado la validez de las restricciones que algunas provincias canadienses imponen sobre la capacidad de las personas de comprar un seguro privado de salud, que cubra servicios de salud de provisión privada. En este caso, la corte determinó que el gobierno de Quebec no puede evitar que las personas paguen por un seguro privado por servicios de salud de proveedores privados, externos, al sistema de reembolso público (*Chaoulli v. Quebec*, junio 9, 2005).

Recuadro 7.1 *Pago por servicio de salud*

El sistema de salud impone muchos pagos a los individuos y a los hogares. En el gráfico se representan como óvalos. Algunos pagos son indirectos, no conectados con el acto de obtener atención de salud, mientras que otros, conocidos como pagos de usuarios, están directamente relacionados con la búsqueda de atención de salud. Existen muchos tipos de pagos de usuarios. La eliminación de las tarifas a usuarios de las instalaciones de salud gubernamentales puede reducir en parte los pagos de los usuarios pero no elimina otros pagos como los de transporte, comida y alojamiento. Y la remoción de tales pagos del usuario, si no se compensan apropiadamente con otro financiamiento público al proveedor, puede incrementar la carga financiera de los pacientes, forzándolos a incurrir en pagos privados adicionales para comprar los insumos médicos necesarios u otra atención de salud en otra institución.

Pagos indirectos

Algunos de los pagos se realizan sin importar el uso efectivo del servicio de salud por parte de las personas (los óvalos más oscuros). Entre ellos se incluyen los impuestos que pagan los individuos y los hogares, parte de los cuales eventualmente el gobierno usa para financiar el sistema de salud. También incluyen las contribuciones que las personas realizan al sistema de aseguramiento, obligatorio o voluntario, y a otros esquemas de prepago. Finalmente, también incluyen pagos o contribuciones a las cooperativas locales de salud. Como estos pagos no se relacionan directamente con el consumo de los servicios de salud por parte de los individuos, se llaman pagos indirectos de atención de salud.

Pagos directos

Estos pagos, presentados con óvalos blancos en el gráfico, también se denominan pagos de los usuarios, porque ocurren cuando se utiliza el servicio. Un primer tipo de pago de los usuarios, que no implica un desembolso efectivo de dinero, es el costo de oportunidad del tiempo. Representa el ingreso y otros costos económicos en que un individuo o familia incurre porque tiene que destinar tiempo buscando y recibiendo atención de salud, en lugar de usar ese tiempo en sus actividades habituales, como trabajo, estudio y labores del hogar. Un segundo pago es el que se hace en transporte para ir y volver del proveedor del servicio de salud. Un tercer pago consiste en el costo en que incurren el paciente y las personas que lo acompañan en comida mientras se busca y recibe la atención de salud. Un cuarto pago incluye el desembolso que se hace por el alojamiento cuando se recibe atención médica. Un quinto tipo de pago es el que se hace por las compras de medicamentos y otros insumos médicos relacionados con el problema médico para el cual se buscó la atención. El sexto y séptimo son las tarifas al usuario que cobra el proveedor; estas tarifas pueden ser de dos tipos. Hay tarifas que el proveedor debe enviar al Ministerio de Finanzas del país y que no son retenidas por el proveedor, y en consecuencia no están disponibles para mejorar la calidad del servicio o para financiar otros costos de provisión. Estas tarifas tienden a existir sólo con

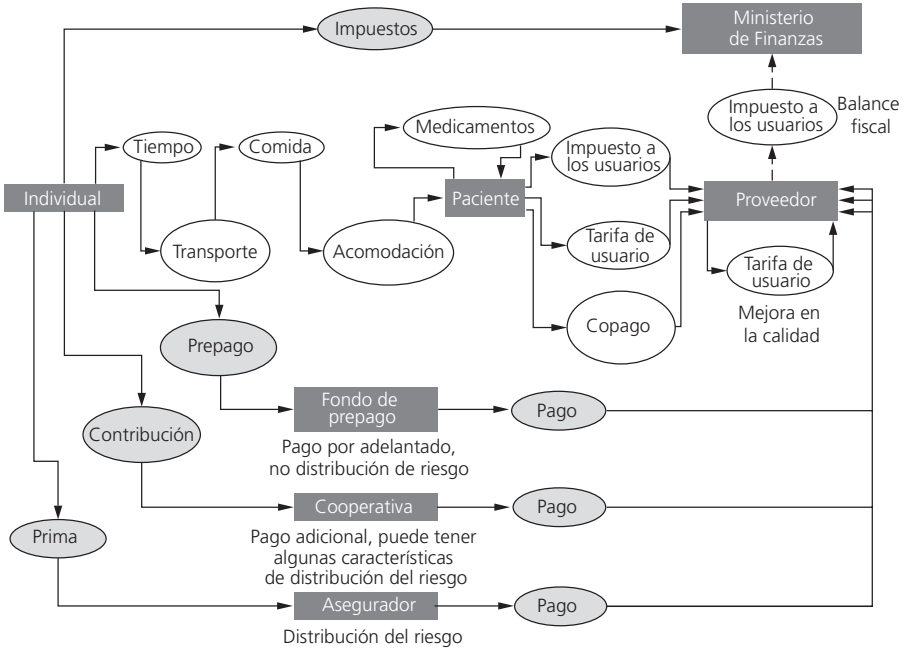
(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 7.1)

proveedores gubernamentales, no con proveedores privados. El otro tipo de tarifas son el pago que hace el paciente al proveedor, que se queda en manos del proveedor y puede usarse para mejorar la calidad del servicio de salud (comprar medicinas, renovar las instalaciones, pagar bonos al personal médico). Esta tarifa la pueden cobrar tanto proveedores públicos como privados.

En resumen, los individuos y los hogares deben hacer varios pagos para financiar el sistema de atención de salud. Algunos pagos son indirectos y no se relacionan con la obtención de la atención. Otros, llamados pagos del usuario, están relacionados directamente con la búsqueda de atención de salud. La eliminación de las tarifas en las instalaciones de salud gubernamentales puede reducir el pago directo de los usuarios. Pero no elimina otros pagos indirectos relacionados con el acceso a la atención de salud (como el transporte, la comida y costos de alojamiento). Adicionalmente, la remoción de tales tarifas de usuario, si no se compensan con otros fondos públicos, puede incrementar la carga financiera de los pacientes al forzarlos a incurrir en pagos privados adicionales para comprar los insumos médicos necesarios o más atención de salud en otro lado.

Pagos por servicios de salud



Fuente: Bitran, en preparación.

Cuadro 7.5 *Argumentos a favor y en contra de las tarifas a usuarios*

Argumentos a favor de la tarifa a los usuarios	*Argumentos en contra de la tarifa a los usuarios*
Generan ingresos adicionales con los cuales se puede mejorar la calidad de la atención de salud	Rara vez se utilizan para lograr un incremento significativo en la calidad de la atención, ya sea porque su potencial de generación de ingresos es marginal, o porque los ingresos adicionales no se utilizan para financiar un incremento la calidad
Aumenta la demanda de servicios como resultado del incremento en en la calidad	No restringe la demanda espuria porque en los países pobres hay déficit, no un exceso de demanda
Puede reducir los gastos de bolsillo y otros costos, incluso para los pobres, al sustituir los servicios públicos vendidos a tarifas relativamente modestas por servicios privados de altos precios y menos accesibles	No promueve patrones de demanda costo-efectivos porque el sistema gubernamental de salud no hace a los servicios costo-efectivos disponibles a los usuarios
Promover patrones más eficientes de consumo, al reducir la demanda espuria y promover el uso de servicios de salud más costo-efectivos.	Afecta el acceso de los pobres y, en consecuencia, la equidad, porque las deducciones o excepciones apropiadas son raramente implementadas; cuando existen, los pobres reciben tratamiento de menor calidad
Alentar a los pacientes a exigir su derecho de obtener servicios de buena calidad y hacer que los trabajadores del sector rindan más cuentas a sus pacientes	
Cuando se combina con un sistema de deducciones y excepciones, sirve como un instrumento para focalizar los subsidios públicos en los pobres y reducir las fugas de subsidios a los no pobres	

Una variable clave es el destino de los ingresos provenientes de las tarifas, especialmente si son usados para financiar mejoras en la calidad de atención de la salud en el ámbito local. La evidencia muestra que en los lugares donde los ingresos se han empleado localmente y han sido gastados en medicamentos o en incremento salariales, la calidad de la atención de salud ha mejorado, generando un incremento en la demanda y mejorando el bienestar de los pacientes pobres y no pobres (Níger y Camerún son dos ejemplos). Parece haber una evidencia creciente de que la demanda por atención de salud es más sensible a cambios de precios entre los pobres (Indonesia, Perú), y por ello es necesario encontrar sistemas funcionales de excepciones al pago de tarifas y que una mejor focalización de los subsidios públicos para los pobres siga siendo prioritaria. La evidencia de África, Asia y América Latina muestra que la adopción de un sistema apropiado de excepciones en países pobres es posible, a pesar de las dificultades. La evidencia también muestra que la implementación de tarifas a los usuarios puede resultar en un incremento en la calidad, pero que tal relación no es automática y requiere un diseño e implementación cuidadosa.

La decisión reciente tomada por el gobierno de Uganda de remover las tarifas a los usuarios ha ayudado a alimentar el debate, por el impacto que ha tenido eliminarlas en el uso de los servicios en las instalaciones del sector público por parte de los pobres. De hecho, los estudios más rigurosos muestran que la incidencia de beneficios en las instalaciones públicas ha mejorado después de la abolición (por ejemplo, la utilización que hacen los pobres ha aumentado en relación con los no pobres) (Xu y otros, en preparación). Inesperadamente, sin embargo, la incidencia de gastos en salud catastróficos entre los pobres no bajó. Xu y otros (en preparación) sugieren que la explicación más plausible de esto es la frecuente falta de disponibilidad de medicamentos en instalaciones gubernamentales después del 2001, que hizo que los pacientes se vieran forzados a comprar en farmacias privadas. Los pagos informales a los trabajadores del sector también pudieron haber aumentado para compensar la pérdida de ingresos por tarifas. Esto ocurrió a pesar de las mejoras en la administración del gasto público en Uganda, el aumento del gasto gubernamental en salud, y otros cambios en el sector de la salud antes de la abolición de las tarifas.

A medida que los países de ingreso bajo emerjan de la pobreza en las próximas décadas, probablemente avanzarán hacia un mayor financiamiento público de la atención de salud y hacia la cobertura universal, ya sea estableciendo sistemas nacionales de salud o sistemas de aseguramiento social en salud. Pero en el proceso de transición, los países necesitarán ayuda de sus socios en el desarrollo para reducir el impacto negativo de las tarifas en la población pobre. Durante la transición, la abolición general de las tarifas de usuarios puede parecer una opción de política atractiva. Sin embargo, en realidad, la abolición de las tarifas a usuarios puede resultar en la exclusión de muchos servicios básicos o, lo que es peor, en la reducción en la calidad y en el acceso para los pobres, la población a la cual la política estaba intentando ayudar. Existen numerosas opciones de política que pueden mitigar los efectos negativos causados por las tarifas a usuarios, cada una debe adaptarse según las condiciones particulares de cada país. Algunos gobiernos pueden decidir que las tarifas de usuario deben continuar siendo una opción de política, incluso cuando se adoptan nuevos sistemas de financiamiento de la salud.

Los donantes deben concentrarse en ayudar a los países a promover la demanda de servicios preventivos y primarios, y de otros servicios de salud, que puedan contribuir más al logro de los ODM. También deben ayudar a los países a encontrar los mecanismos para aumentar el acceso de la población pobre a la atención médica necesaria, sin amenazar el consumo de otros bienes y servicios básicos. Adicionalmente, la ayuda debe otorgarse a iniciativas locales y nacionales dirigidas a recaudar ingresos adicionales para la atención de salud (como los impuestos locales y el seguro local de salud), y asegurar que parte de esos ingresos se focalicen en los pobres (con excepciones u otros sistemas de focalización) y a los servicios de salud costo-efectivos que no están suficientemente provistos.

La importancia de factores específicos a un país, y los múltiples mecanismos de organización y financiamiento resultantes, sugieren que no puede formularse una solución única para todos. La sostenibilidad operacional de un sistema de salud puede depender de las tarifas a usuarios en los años venideros. Aunque son una pequeña fuente de financiamiento de la salud a nivel agregado, las tarifas pueden ser un recurso importante para el pago de los costos variables, especialmente para atención primaria a nivel de las instalaciones individuales. Este ingreso flexible (no designado) para las instalaciones de atención primaria puede ser difícil de reemplazar con otras fuentes de financiamiento, al menos mientras no se cumplan otras condiciones, en especial, el mejoramiento de la habilidad del gobierno y su preparación para movilizar fondos para la salud de fuentes alternativas y hacer que esos recursos estén realmente disponibles a nivel de las instalaciones. La comunidad internacional debe ayudar a los países de bajos ingresos a obtener un financiamiento equitativo, eficiente y sostenible para ofrecer a sus ciudadanos un paquete esencial de servicios básicos y protección financiera contra los efectos empobrecedores de gastos médicos catastróficos.

Equidad y eficiencia en el gasto del sector salud en países de bajos ingresos

Aunque el gasto gubernamental en salud probablemente aumentará en los países de bajos ingresos que intentan alcanzar los ODM en salud, las restricciones presupuestarias seguirán existiendo, y los países de bajos ingresos continuarán enfrentando decisiones de asignación de recursos que tienen importantes implicaciones para la equidad y la eficiencia.

El uso de los recursos actualmente disponibles puede no estar dirigido a las intervenciones que tienen el mayor impacto marginal en los resultados de salud. La tradición, la corrupción, las presiones políticas y otros factores generan incentivos para usar los recursos crecientes de salud en forma de subsidio adicional para los hospitales universitarios, equipo sofisticado, laboratorios de diagnóstico especializado o instituciones elitistas de cáncer o cardiovasculares (Banco Mundial 2002).[10] La combinación de insumos recurrentes en el sector de la salud es única, demandando un gran espectro y escala de habilidades laborales, así como la disponibilidad continua de una gran variedad de medicamentos e insumos. Para usar de modo adecuado el

10 En el año 2000, Mauritania destinó la mayor parte de sus recursos del HIPC para su hospital terciario. Senegal destinó fondos HIPC para la construcción de un hospital secundario, a pesar de que el Ministerio de Salud había propuesto destinar los fondos a costos recurrentes de la infraestructura existente de nivel primario.

financiamiento adicional, cada país requerirá apoyo individual para entender claramente la función de producción y maximizar el impacto de los servicios en mejores resultados para los ODM.

Sin embargo, se puede progresar en los ODM mediante un patrón que beneficie principalmente a aquellos que están mejor, sin tener en cuenta la situación de los pobres (Gwatkin y otros 2000). Como se mencionara anteriormente, existe un incentivo para usar los crecientes recursos disponibles en hospitales terciarios, donde las tendencias de utilización tienden a favorecer a los más ricos (Castro-Leal y otros 1999). Es más, en el año 2000, un estudio sobre la incidencia de los beneficios del gasto público en salud en África mostró que de siete países, sólo Kenia y Tanzania presentaban un patrón favorable a los pobres en la utilización de servicios primarios de atención (Sahn y Younger 2000). En los otros cinco países (Costa de Marfil, Ghana, Guinea, Madagascar y Sudáfrica), el 20% más rico de la población tenía mayor acceso a servicios primarios, así como a instalaciones de alto nivel, que los pobres. Esto significa que destinar recursos a servicios primarios por sí solo no incrementa necesariamente su uso por parte de los pobres; otros esfuerzos son necesarios.

Para superar los problemas de eficiencia asignativa y técnica, e incrementar la probabilidad de que los recursos adicionales tengan los efectos deseados en los resultados de salud, los países tendrán que monitorear cuidadosamente sus estrategias de reducción de pobreza y ajustarlas si es indispensable. Y necesitarán de ayuda técnica para mejorar su capacidad de absorber y de hacer un uso eficiente de los recursos adicionales derivados del alivio de la deuda y de otras iniciativas. Dadas las restricciones presupuestarias, los países deben responder con cuidado algunas preguntas fundamentales en los planes de salud incluidos en sus estrategias de reducción de la pobreza (Preker y Langenbrunner 2005):

- ¿Qué servicios debe adquirir el gobierno?
- ¿Cómo debe adquirir esos servicios?
- ¿De quién debe adquirir estos servicios?
- ¿Para quién debe adquirir estos servicios?

¿Qué servicios debe adquirir el gobierno?

Los factores económicos, sociales y políticos determinan la respuesta a esta difícil pregunta. En países de bajos ingresos, las restricciones presupuestarias imponen límites, o son restrictivas, a niveles relativamente bajos de gasto per cápita. Esto implica que los Estados deben tomar sus decisiones financieras, considerando con cuidado el mérito de las mismas. El Estado debe financiar un grupo pequeño pero importante de actividades relacionadas con la salud, si se van a proveer para toda la población o a un nivel social óptimo de consumo. Tales intervenciones parecen explicar gran parte

del impacto del gasto en salud en las mejoras de salud (Musgrove 1996). Esas actividades de salud pública son especialmente importantes en niveles bajos de ingreso, por razones epidemiológicas y económicas, de modo que el financiamiento público puede ser crucial para la salud en los países pobres. Pero, como lo señala Musgrove (1996), muchos otros criterios influyen en la decisión del gobierno de financiar y de proveer directamente los servicios de salud.

Desde la perspectiva de alcanzar los ODM, existen intervenciones efectivas para todos los objetivos de salud. Hay un conjunto importante de intervenciones para luchar contra la malnutrición infantil, la mortalidad infantil, materna y la asociada a enfermedades transmisibles (Wagstaff y Claeson 2004, pp. 47-54). El sector público debe financiar muchas de estas intervenciones, porque ofrecen un bien público o generan externalidades. Muchas de estas intervenciones están subutilizadas, especialmente por los pobres. El financiamiento público de la porción de estas intervenciones que son bienes privados se puede justificar también desde una perspectiva de equidad para la población objetivo.

En 1993, el Banco Mundial recomendó un paquete básico de servicios de salud que cuesta cerca de US$12 per cápita (Banco Mundial 1993). Recientemente, se han recomendado paquetes más completos, con un costo de US$30-40 per cápita (CMH 2001). Estos paquetes incluyen el tratamiento del SIDA con terapia antirretroviral, que es muy costosa. En Etiopía se estimó que un paquete de servicios diseñado para alcanzar los ODM en salud materno-infantil que incluye la prevención y el tratamiento de otras enfermedades transmisibles (excepto el VIH/SIDA) costaría US$16 per cápita. El tratamiento para el VIH/SIDA esencialmente duplicaría el costo per capita. Es más, con el aumento en la esperanza de vida posible gracias a la terapia antirretroviral, el VIH/SIDA puede, en algunos casos, convertirse en una enfermedad crónica e infecciosa, imponiendo el reto de mantener niveles de tratamiento por extensos períodos de tiempo (Lewis 2005). Desde esta perspectiva, la inclusión de la terapia antirretroviral entre las intervenciones financiadas públicamente necesita ponderarse en relación con el alto costo de oportunidad de otras inversiones no llevadas a cabo y las implicaciones de esta decisión para el crecimiento económico, la educación y otras intervenciones en salud.

Determinar qué servicios de salud el gobierno debe comprar o cubrir es una decisión difícil que deben tomar los países de bajos ingresos. Esta decisión se toma usualmente con criterios sociales y políticos, no sólo económicos. Pero aún así, la decisión tiene importantes implicaciones en términos del costo de oportunidad de los recursos usados y del impacto en los resultados y el crecimiento. Además, puede generar grandes contingencias fiscales, incluso si se financia en el corto y mediano plazos con fondos de donantes. Se debe exhortar a los gobiernos a no prometer lo que no pueden cumplir. Lo mejor para estos gobiernos podría ser que financien primero un paquete universal y pequeño de servicios, que incluya esencialmente bienes públicos,

bienes con externalidades y otras intervenciones con impactos comprobados sobre los ODM u otros objetivos establecidos por cada país y reflejados en sus estrategias de reducción de pobreza.[11] Cualquier otra atención clínica y gastos catastróficos pueden ser financiados para los pobres mediante algún mecanismo de focalización.

¿Cómo y de quién debe un gobierno adquirir esos servicios?

Los fondos públicos pueden usarse para pagar la provisión de servicios de proveedores públicos (asignación presupuestaria), para comprar servicios de proveedores privados o públicos, o para contratar instituciones administradoras del servicio, que a su vez tienen a su cargo las compras y/o la provisión.[12] Una vez que los recursos están disponibles para un país de bajos ingresos, las restricciones sobre cómo usarlos están determinadas por la capacidad de absorción del país. Aunque las restricciones de capacidad de absorción se discuten generalmente en relación con la ayuda internacional, también se relacionan con un incremento en el gasto (independiente de la fuente de financiamiento), especialmente a nivel sectorial o regional. Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede tener dificultades para gastar recursos adicionales asignados en un año dado o un gobierno municipal puede tener dificultades ejecutando el presupuesto.

Desde la perspectiva discutida más arriba, la capacidad de absorción incluye la habilidad del sector público de diseñar, desembolsar, coordinar, controlar y monitorear el gasto público. Esta coordinación es tanto vertical (entre los gobiernos centrales y locales) como horizontal (entre los ministerios de línea a cualquier nivel dado). La pregunta es si los gobiernos o las instituciones como el Ministerio de Salud tienen la capacidad de manejar un incremento grande en el gasto real, más allá de la tendencia usual. Tales temas tienen relación con la administración del gasto público pero también con temas administrativos más generales, como el registro de contratos y de la propiedad, los sistemas para resolver conflictos contractuales y un sistema judicial transparente.

Como se discute en el capítulo 6, el índice del Banco Mundial de evaluación de políticas e instituciones de un país (EPIP) (CPIA por las iniciales en inglés de *country policy and institutional assessment*), ordena los países en una escala de 1 (bajo) a 6

---

11 En el paquete se pueden incluir, por ejemplo, intervenciones preventivas y de tratamiento para la mortalidad infantil y materna como lo proponen Wagstaff y Claeson (2004, figura 3.2). Si no existen los recursos para garantizar la cobertura universal de tales servicios, los límites se determinarían según indicadores de morbilidad y mortalidad. Si existen recursos adicionales disponibles, otras intervenciones pueden llevarse a cabo que pueden ser focalizadas hacia los pobres mediante mecanismos alternativos.

12 Para un análisis detallado de las compras, *ver* Preker y Langenbrunner (en preparación).

(alto). La región de África, donde mayores esfuerzos son requeridos con respecto a los ODM, tiene el CPIA más bajo de todas las regiones en 2004. Sólo cinco países en esta región tienen un puntaje de 4 o más. En otro indicador de instituciones, el Índice de Percepción de Corrupción de Transparencia Internacional, más de un tercio de los países de África subsahariana tienen un puntaje menor a 3 (en una escala de 1 a 10, donde 1 es el más corrupto) en el año 2001. La percepción de corrupción, las demoras en pagos y las dificultades en cumplir con acuerdos contractuales, y la falta general de capacidad de absorción de los gobiernos africanos afecta negativamente los precios y los términos ofrecidos a los países africanos para farmacéuticos e insumos médicos, así como para otros servicios, y resulta en demoras o cancelaciones de financiamiento de donantes para el sector de la salud. Esto puede llevar a que los ministerios de Finanzas concluyan que el financiamiento es excesivo, inhibiendo incrementos adicionales en el presupuesto para el sector de la salud.

En consecuencia, los programas para mejorar la administración del gasto público son una prioridad importante y pueden constituir una condición necesaria para mejorar los programas en salud u otros sectores sociales. Un plan de salud bien diseñado necesita ser parte de una estrategia multisectorial, reflejada y costeada como parte de una estrategia de reducción de pobreza. Adicionalmente, las estrategias para reducir la pobreza necesitan reflejarse en programas de gasto de mediano plazo, desembolsadas y monitoreadas de acuerdo con el cumplimiento con los objetivos, medido en resultados concretos.

Buenas prácticas en estas áreas se discutieron en el capítulo 6. El recuadro 7.2 ilustra el caso de Ruanda, donde el gobierno costeó una estrategia de salud que fue parte de la estrategia de reducción de la pobreza. Los costos de la estrategia para reducir la pobreza –en particular, el costo del plan de salud– se negociaron con el Ministerio de Finanzas y fueron incluidos en un esquema de gasto de mediano plazo, con un incremento importante en el presupuesto de salud. Lo que se debe lograr, en términos de resultados, se establece claramente en la estrategia y es parte del esquema de gasto de mediano plazo. El Ministerio de Finanzas es claro sobre la parte que él ofrecerá del incremento en el presupuesto y puede reducir futuras asignaciones en caso de mal desempeño, generando un mecanismo claro de rendición de cuentas. El Banco Mundial respalda el programa mediante un crédito de apoyo a la reducción de la pobreza

¿Para quién debe adquirir servicios el gobierno?

Un gran problema con la asignación de recursos es que mayores gastos pueden, en muchos casos, beneficiar más a los que están mejor que a los más pobres. Varios estudios han encontrado que los pobres en muchos países se benefician mucho menos que los no pobres del gasto gubernamental en salud. Los subsidios del lado de la oferta (como el financiamiento de los hospitales públicos) y las gratificaciones (pagos por

debajo de la mesa a los médicos) son comunes en Europa oriental, y juntos implican un subsidio a los ricos, quienes se favorecen de las instalaciones públicas al pagar una cantidad que no cubre el costo total y, al mismo tiempo, reciben un servicio privilegiado por su habilidad de pagar una gratificación al médico. Del mismo modo, los subsidios del lado de la oferta a instituciones de aseguramiento social, con problemas de déficit en América Latina (por ejemplo, Argentina), implican un subsidio para los no pobres, ya que tales instituciones cubren en su mayoría a los trabajadores formales, con empleo y que habitan en zonas urbanas.

¿Cómo puede un gobierno mejorar la distribución de recursos de modo que ésta favorezca a los pobres? No existe evidencia concreta de que alguno de los mecanismos de generación de recursos colectivos para servicios de salud –aseguramiento social (modelo Bismarck) o, impuestos generales (modelo Beveridge)–, funcione mejor para los pobres. Para favorecer a los pobres, ambos esquemas necesitan cierto nivel de subsidios cruzados –mediante primas diferenciales o impuestos progresivos (Banco Mundial 2004b). Sin embargo, en un país de ingreso bajo, dados los límites de la economía formal, así como las restricciones enfrentadas por el gobierno a niveles bajos de gasto per cápita, las opciones para llegar a los pobres son menos claras aun. Más allá de un paquete de cobertura universal, se necesitan mecanismos especiales de focalización para asegurar el financiamiento de los servicios necesarios para la población pobre. Los mismos se discutieron en el capítulo 6. Las condiciones que facilitan la descentralización se discutieron en el capítulo 6. El recuadro 7.3 sobre Vietnam muestra cómo el crecimiento e incluso las mejoras en los resultados de salud pueden dejar a los pobres atrás y, por eso, es necesario prestar especial atención a los mecanismos de focalización.

Transferencias condicionadas de dinero en efectivo: buscar resultados con focalización

Una innovación reciente en protección social en América Latina y el Caribe, que constituye una tarifa de facto "negativa" sobre los usuarios, es la transferencia condicionada de dinero en efectivo (Rawlings 2004). Las transferencias condicionadas de dinero en efectivo ofrecen un pago directo a los hogares pobres, condicionado en cierto comportamiento, como completar un conjunto de visitas prenatales o asistir a clases de educación para la salud. En algunos programas piloto, las transferencias en efectivo se basaron en una estimación del costo económico del viaje y la espera del beneficiario y por eso representan una tarifa negativa. El objetivo de las transferencias condicionadas de dinero es tanto en el apoyo al ingreso en el corto plazo como en la acumulación de capital humano en el largo plazo, y no necesariamente la protección financiera contra enfermedades no esperadas. Sin embargo, el monto en

Recuadro 7.2 Ruanda: Alinear la estrategia de salud con la estrategia de reducción de la pobreza y el esquema de gasto de mediano plazo

Ruanda es como cualquier otro país posconflicto que sufrió una pérdida masiva de vidas y en el que las condiciones generales de salud se han deteriorado. Las tasas de mortalidad infantil, de niños menores de cinco años y maternas están entre las más altas del mundo, pese a que las principales causas de mortalidad y morbilidad, como malaria, infección respiratoria aguda, parásitos intestinales y diarrea, son mayormente evitables. Aunque se observan mejoras importantes en los indicadores de salud en los últimos años, la continuidad de altas tasas de mortalidad refleja primariamente un acceso inadecuado a servicios de salud de alto impacto, especialmente para los segmentos más pobres de la población, así como la incidencia creciente del VIH/SIDA.

El gobierno está seriamente comprometido a mejorar la salud de su población y lograr los ODM. En los últimos tres años, el gobierno, con la ayuda de sus socios en el desarrollo, ha mejorado la calidad de sus centros de salud y la disponibilidad de medicamentos, y ha creado incentivos para el personal del sector para incrementar la disponibilidad de los recursos humanos en áreas rurales. Para financiar estos esfuerzos, la asignación presupuestaria del gobierno para la salud ha aumentado sustancialmente: casi se ha duplicado en términos nominales (185%) entre 2002 y 2004. Pero aún así, la asignación presupuestaria para el sector de la salud es relativamente baja, sólo representa 1,6% del PIB, equivalente a US$3,2 per cápita en 2004.

Para asegurar que existan recursos suficientes para alcanzar los ODM en el año 2015, el Ministerio de Salud incluyó al Ministerio de Finanzas desde el principio en el desarrollo de la estrategia de salud. Como parte del proceso, la estrategia de salud se costeó usando el modelo de presupuesto marginal para obstáculos, y se relacionaron los objetivos de desempeño con el gasto para justificar el incremento en el financiamiento.

El principal objetivo del programa, con apoyo presupuestario, es reducir la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años y materna, y mejorar otros indicadores de salud mediante una mayor utilización de un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia, mayor acceso de los pobres a esas intervenciones, mejoras en la rendición de cuentas y eficiencia del sistema de salud, y sostenibilidad fiscal del esfuerzo de apoyo al presupuesto.

Mayor utilización de intervenciones basadas en la evidencia

El conjunto de intervenciones que será entregado a través del sistema de salud fue seleccionado con base en las últimas investigaciones relacionadas con el impacto de tales intervenciones para las causas particulares de enfermedad y muerte en Ruanda.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 7.2)

Mayor acceso para la población pobre

El acceso para la población pobre puede lograrse con un paquete universal (disponible para toda la población) de servicios básicos que sea entregado a nivel del hogar, comunitario o de centros de salud y financiado a través del presupuesto. Un mayor acceso a un sistema de referencia en atención clínica para la población pobre puede lograrse a través del pago del gobierno de primas adicionales, para un paquete de servicios en Mutuelles de Sante. Los distritos administrativos llevarán a cabo la focalización.

Mayor rendición de cuentas y eficiencia del sistema de salud

Para mejorar la rendición de cuentas y la eficiencia del sistema de salud, el gobierno introducirá transferencias condicionadas del presupuesto a los distritos administrativos y a las provincias para la compra de paquetes específicos destinados a la población objetivo. El gobierno comprará también un conjunto limitado de servicios clínicos de los hospitales distritales y nacionales para los pobres, usando contratos basados en el desempeño. El financiamiento en bloque del presupuesto central se transferirá al distrito administrativo o a la provincia, condicionada al cumplimiento de ciertas acciones establecidas en contratos específicos entre el Ministerio de Salud y la autoridad local correspondiente. Del mismo modo, el Ministerio de Salud comprará del hospital un conjunto de intervenciones específicas para la población pobre según un contrato específico. Sólo luego de verificado el cumplimiento de las cláusulas contractuales, el Ministerio de Salud solicitará la transferencia de recursos al Ministerio de Finanzas para el distrito administrativo o la provincia, o efectuará un pago al hospital.

Sostenibilidad fiscal

La contribución del sector de la salud a la sostenibilidad fiscal se logrará mediante una estrecha coordinación con el Ministerio de Finanzas respecto de los requerimientos presupuestarios adicionales, para asegurar que tales requerimientos entren en el esquema de gasto de mediano plazo y en el programa fiscal de largo plazo del gobierno.

La planeación y la negociación con el Ministerio de Finanzas generó un incremento en la asignación presupuestaria dirigida a la salud. El límite superior de mediano plazo fijado inicialmente para el gasto en el sector de la salud, para el esquema de gasto de mediano plazo entre 2004-7, suponía un gasto constante per cápita de US$3,2. Las negociaciones resultaron en un incremento en la asignación presupuestaria para la salud –6,2% del presupuesto gubernamental en 2004 a 10,4% en 2007–, implicando un incremento en el gasto per cápita de US$3,2 en 2004 a US$5,6 en 2007.

Fuente: Los autores.

Recuadro 7.3 *Vietnam: ¿Se ha excluido a los pobres?*

En la década de 1980, Vietnam era uno de los países más pobres del mundo; una estimación de su PNB en 1994, cuyo valor era de US$117, lo ubicaba como el segundo país más pobre del mundo, superando a Etiopía y después de Bangladesh (como se reportaba en Banco Mundial 1986). En 1999, el PNB per cápita de Vietnam aumentó a US$370, de modo que ocupaba el lugar 167 de los 206 países. Esta rápida mejora comenzó en 1986, cuando se implementaron las primeras políticas económicas Doi Moi (renovación) que comenzaron la transformación de Vietnam de una economía planificada a una economía de mercado. En particular, el gobierno desmanteló las plantaciones estatales y dividió la tierra agrícola en partes iguales entre los hogares rurales, eliminó los controles de precios, legalizó la compra y venta de casi todos los productos por parte de individuos privados, estabilizó la tasa de inflación y abrió la economía al comercio e inversión internacional. En la década de 1990, Vietnam era una de las diez economías con mayor crecimiento del mundo, con una tasa promedio de crecimiento del PIB de 8,4% por año entre 1992 y 1998. Este rápido crecimiento económico generó una reducción dramática en la tasa de pobreza, de 58% en 1993 a 37% en 1998.

Resultados en salud, un progreso notorio

Para los estándares internacionales, especialmente dado su relativamente bajo ingreso per cápita, Vietnam ha logrado una reducción importante en la mortalidad infantil y de niños menores de cinco años. Para mediados de la década de 1980, sus tasas se encontraban entre las menores de los países en desarrollo. El objetivo del gobierno de Vietnam era reducir la mortalidad infantil a 30 por 1.000 nacidos vivos en el año 2000.

La tasa de mortalidad infantil y de niños menores de cinco años parece haber continuado bajando durante la Doi Moi. La tasa de mortalidad infantil era inferior al objetivo establecido en el 2000 de 30 por 1.000 nacidos vivos. De hecho, la evidencia sugiere que este objetivo probablemente se logró a mediados de la década de 1990, y el indicador puede estar cerca de 25 por 1.000 o incluso menos. También hubo grandes reducciones en la tasa de niños vietnamitas con menor altura que la esperada para su edad, y mejoras observadas en otros resultados de salud.

El crecimiento puede, potencialmente, excluir a los pobres

Sin embargo, en la actualidad existen desigualdades en la supervivencia de niños pobres y la de los no tan pobres, y estas desigualdades parecen ser un fenómeno reciente.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 7.3)

La reducción en la mortalidad infantil parece no haber sido igual para todos y se concentró bastante en los hogares con más recursos. Los niños vietnamitas más pobres no han presentado un incremento apreciable en sus perspectivas de supervivencia en los últimos años.

¿Qué puede explicar esta desigualdad y qué opciones de política están disponibles para acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad infantil para los vietnamitas más pobres?

Varios análisis de datos de diferentes fuentes señalan dos factores importantes: los bajos niveles de educación de las madres pobres y los bajos niveles de uso entre los pobres de personal calificado y de instalaciones médicas durante el parto. En 1993, una madre en el cuartil inferior de la distribución del ingreso tenía en promedio 5,8 años de escolaridad. En 1998, este indicador había caído a 5,4 años. En 1993, 62,7% de los nacimientos en el cuartil más pobre de la distribución recibieron atención de personal con entrenamiento médico y 43,1% de los nacimientos se llevaron a cabo en instalaciones médicas. En 1998, estos indicadores habían caído a 57,3% y 33,3%, respectivamente. Revertir la caída en la escolaridad de las madres y en los nacimientos en instalaciones médicas y atendidos por personal médico reduciría la mortalidad en niños menores de cinco años, en aproximadamente 11%.

Factores de éxito

El análisis econométrico muestra que el crecimiento del ingreso de los hogares explica sólo una pequeña proporción del incremento de la salud materno-infantil entre 1993 y 1998. Pensando en el año 2015, incluso bajo el escenario más optimista respecto al crecimiento del ingreso anual, los niveles proyectados de mortalidad infantil probablemente serán más altos que los objetivos establecidos. En otras palabras, el crecimiento económico no es suficiente. Asegurarse de que no sólo los ricos son quienes se benefician de las mejoras que aumentan el impacto de los determinantes de la salud en la supervivencia de los niños es esencial para lograr los ODM.

¿Que políticas pueden promover este objetivo? Una mejor focalización es esencial. Especialmente en las mejoras en los servicios de salud, agua potable y saneamiento, áreas en donde los niños del cuartil más pobre están en peor situación que los más ricos. Cerrar tales brechas, acercando a los pobres a los niveles disfrutados por los ricos, probablemente tendrá un efecto importante en la mortalidad infantil. Pero el impacto mayor vendrá de incrementar la cobertura del servicio de salud para el cuartil más pobre, acercando los niveles a la cobertura disfrutada por los tres cuartiles restantes.

Fuente: Banco Mundial 2004a; OMS (www.who.int).

dinero es considerablemente grande, hasta 25% del ingreso del hogar, y constituye potencialmente un respaldo contra efectos financieros negativos de una enfermedad (además de tener un efecto directo en los incentivos para el uso de determinadas intervenciones de salud) (Gertler 2000). La evaluación de los programas ha sido rigurosa, generalmente mediante experimentos con asignación aleatoria. Los resultados son en general positivos; los programas han demostrado incrementos en el capital humano, incluyendo la salud.

La aplicabilidad de tales programas para el financiamiento de la atención de salud en países de bajos ingresos todavía no está resuelta. La evidencia sugiere que transferencias de dinero condicionadas bien diseñadas tienen la capacidad de mejorar el capital humano y los resultados de salud, y reducir la pobreza, con costos administrativos relativamente modestos. No obstante, los programas se han utilizado solamente en países de ingreso medio, muchos en Centroamérica y Sudamérica, donde los programas forman parte del gasto social y son adicionales al gasto en salud. Investigación adicional es necesaria para determinar si las transferencias condicionadas de dinero en efectivo pueden ser un mecanismo para mejorar los resultados en salud y proteger a los hogares de enfermedades no previstas, y también para determinar si las mismas pueden implementarse de manera efectiva en países de ingreso bajo.

Anexo 7.1 Cuatro modelos para estimar el costo de los ODM en salud a nivel de país[13]

El modelo (MP) de evaluación de necesidades para los ODM, desarrollado por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (UN Millennium Project 2004a), provee estimaciones de costos totales para la cobertura total de las necesidades de una población con un plan completo de salud en un año dado.[14] El modelo usa el costo unitario de cobertura de una persona multiplicado por la población total con necesidades para un año dado para generar el costo directo de salud. Se agregan los requerimientos de recursos para mejorar el sistema de salud (con base en supuestos y no en insumos efectivos); incrementando los salarios para los recursos humanos, administración y manejo; y promoviendo la demanda de la comunidad y la investigación y el desarrollo (UN Millennium Project 2003).

13 Claeson y otros, en preparación.

14 Estas metodologías tienen diferentes objetivos y producen diferentes estimaciones, que no pueden compararse unas con otras. Cada metodología tiene fortalezas y debilidades, la discusión de las cuales va mas allá de los objetivos de este informe. Sin embargo, es fundamental tener un objetivo claro de lo que se debe medir para seleccionar la herramienta apropiada.

El presupuesto marginal para obstáculos (MBB por las iniciales en inglés de *marginal budgeting for bottlenecks*), desarrollado por la Unicef, el Banco Mundial y la OMS (Soucat y otros 2004), determina los recursos adicionales necesarios para remover un conjunto de obstáculos en el sistema de salud que dificultan la entrega de servicios de salud esenciales, a través de instituciones comunitarias, familiares o clínicas. El método MBB estima también el impacto en los resultados (por ejemplo, mortalidad infantil y materna) de una mayor cobertura y uso de servicios de salud. Primero, se selecciona un conjunto de servicios de alto impacto, teniendo en cuenta las necesidades epidemiológicas del país. Segundo, se identifican los obstáculos en el sistema de salud que limitan la entrega de estos servicios. Posteriormente se discuten las estrategias para remover estos obstáculos y se identifican los insumos necesarios para mejorar la cobertura (por ejemplo, en una villa). Las estimaciones de costos se basan en estos insumos para cubrir los costos incrementales de cobertura del distrito, la provincia o el país (Soucat y otros 2004).

Estimación de elasticidades con modelos econométricos desarrollados por el Banco Mundial. Algunos estudios usan técnicas econométricas para analizar el impacto en los resultados de los ODM de ciertos determinantes en diversos sectores (como crecimiento económico, agua y saneamiento, educación e infraestructura de carreteras), así como el gasto gubernamental en salud (Filmer y Pritchett 1997; Wagstaff y Claeson 2004; Bokhari, Gottret y Gai, en preparación). El análisis econométrico se ha usado para analizar el impacto en los resultados de salud de cambios en el gasto gubernamental, usando datos de corte transversal o datos de panel a nivel mundial. Pero en un estudio en India, la metodología se usó para estimar el costo marginal de prevenir la muerte de un niño a nivel estatal. Las estimaciones pueden variar de US$2,4 por muerte en un estado de bajos ingresos a US$160 en un estado de ingreso medio.

Maqueta para análisis multisectorial (MAMS) para los ODM, desarrollado por el Banco Mundial –la base de este enfoque es que la ayuda para el desarrollo es un ingrediente clave para el proceso de desarrollo de un país, pero su efectividad debe evaluarse a nivel de cada país, de la implementación local y de sus restricciones macroeconómicas. El objetivo del modelo es calcular las necesidades financieras para lograr un sendero ideal hacia el año 2015, y determinar la asignación óptima de financiamiento adicional dirigida a los diferentes sectores sociales para los ODM. El modelo captura algunos aspectos de la capacidad de absorción (como el impacto de un incremento en la demanda de mano de obra calificada en los salarios del sector público); efectos de demostración (*spillover*) entre sectores y entre los ODM; implicaciones del financiamiento adicional, como donaciones, en la macroeconomía (por ejemplo, en la tasa de cambio); y las interacciones entre el crecimiento y los ODM (Bourguignon y otros 2004).

Referencias

Banco Mundial. 1986. *World Development Report.* Washington, D. C.

———. 1993. *World Development Report: Investing in Health.* Washington, D. C.

———. 2004a. "Economic Growth, Poverty, and Household Welfare in Vietnam." Washington, D. C.

———. 2004b. *Informe sobre el desarrollo mundial: servicios para los pobres.* Bogotá, Banco Mundial y Alfaomega.

———. 2005a. "Improving HNP Outcomes in SSA." Washington, D. C.

———. 2005b. *Informe sobre el desarrollo mundial: un mejor clima de inversión para todos.* Bogotá, Banco Mundial y Alfaomega.

Bitran, R. En preparación. *User Fees for Health Care in Developing Countries: A Review of Current Issues and Experiences.* Santiago: Bitrans & Asociados.

Bokhari, F., P. Gottret y Y. Gai. En preparación. *Government Health Expenditures, Donor Funding, and Health Outcomes.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Bonilla-Chacin, M. E., E.Murrugarra y M. Temourov. 2005. "Health Care during Transition and Health Systems Reform: Evidence from the Poorest CIS Countries." *Social Policy and Administration* 39 (4): 281-408.

Bourguignon, F., M. Bussolo, H. Lofgren, H. Timmer y D. Van der Mensbrugghe. 2004. "Toward Achieving the Millennium Development Goals in Ethiopia: An Economywide Analysis of Alternative Scenarios." Banco Mundial, Washington, D. C.

Castro-Leal, F., J. Dayton, L. Demery y K. Mehra. 1999. "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?" *World Bank Research Observer* 14 (1): 49-72.

Claeson, M., A. Wagstaff, P. Gottret, Q. Fang, R. Hecht. En preparación. "Millennium Development Goals: What Will It Take to Accelerate Progress?" En D. Jamison, J. Berman, A. Meacham, G. Alleyne, M. Claeson, D. Evans, P. Jha, A. Mills y P. Musgrove, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries,* 2ª ed., Washington, D. C.: Banco Mundial; Nueva York: Oxford University Press.

CMH (Commission on Macroeconomics and Health). 2001. "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development." Informe presentado por Jeffrey Sachs a la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, diciembre 20.

Dror, D. y A. Preker. 2002. "Social Re-Insurance: A New Approach to Sustainable Community Financing." Banco Mundial, Washington, D. C. y OIT, Ginebra.

Filmer, D. y L. Pritchett. 1999. "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?" *Social Science and Medicine* 49 (10): 1309-23.

FMI. 2005. *Poverty Reduction and Growth Facility Reports.* Washington, D. C.

FMI/IDA (Fondo Monetario Internacional/International Development Association). 2004. "Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative: Status of Implementation." Preparado por personal del Banco Mundial y el FMI. Washington, D. C.

Foster, M. 2003. "The Case for Increased Aid." Informe final al Department for International Development, Londres.

Gertler, P. 2000. *Final Report: The Impact of Progresa on Health.* Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.

Gertler, P. y R. Sturm. 1997. "Private Health Insurance and Public Expenditures in Jamaica." *Journal of Econometrics* 77 (1): 237-57.

Government of India Ministry of Statistics. 1998. *National Sample Survey 1998.* Nueva Delhi.

———. 2001. *National Sample Survey 2001.* Nueva Delhi.

Gwatkin, D. R., S. Rustein, K. Johnson, R. P. Pnade y A. Wagstaff. 2000. "Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population." Documento de trabajo sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D. C.

Hinchliffe, K. 2004. "The Impact of the HIPC Initiative on Public Expenditures in Education and Health in African Countries." Human Development Department, Región África, Banco Mundial, Washington, D. C.

Joint Learning Initiative. 2004. *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Lewis, M. 2000. "Who Is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?" Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Banco Mundial Washington, D. C.

———. 2005. "Addressing the Challenge of HIV/AIDS: Macroeconomic, Fiscal, and Institutional Issues." Documento de trabajo, Center for Global Development, Washington, D. C.

Mathers, C. D., López, A. D., Murray, C. J. L. En preparación. "The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001." En: López, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Murray, C. J. L., Jamison, D. T., eds. *Global Burden of Disease and Risk Factors.* Washington, D. C.: Banco Mundial; Nueva York: Oxford University Press.

Musgrove, P. 1996. "Public and Private Roles in Health." Informe técnico 339, Banco Mundial, Washington, D. C.

OCDE. 2004. "Private Health Insurance in OECD Countries." Proyecto de salud, París.

OIT. 2001. *Social Security: A New Consensus.* Ginebra.

———. 2002. *Extending Social Protection in Health through Community Based Organizations.* Social Security Policy and Development Branch. STEP Unit, Universitas Programme, Ginebra.

OMS. 2001. *National Health Accounts.* Ginebra.

———. 2004. World Health Report: Changing History. Ginebra.

———. 2005. *World Health Report: Make Every Mother and Child Count.* Ginebra.

OMS y Unaids. 2004. *AIDS Epidemic Update, 2004.* Ginebra.

Pearson, M. 2004. "Issues Paper: The Case for Abolition of User Fees for Primary Health Services." Health Systems Resource Centre, R. U. Department for International Development, Londres.

Preker, A. y J. Langenbrunner, eds. 2005. "Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor." Banco Mundial, Washington, D. C.

———. En preparación. The Banco Mundial/OIT/OMS Resource Allocation and Purchasing (RAP) Project. Banco Mundial, Washington, D. C.

Preker, A., E. Suzuki, F. Bustreo, A. Soucat y J. Langenbrunner. 2003. "Costing the Millennium Development Goals: Expenditure Gaps and Expenditure Traps." Documento de discusión sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D. C.

Radhakrishna, R. 1997. "India's Public Distribution System: A National and International Perspective." Documento de trabajo, Banco Mundial, Washington, D. C.

Rawlings, L. B. 2004. "A New Approach to Social Assistance: Latin America's Experience with Conditional Cash Transfer Programs." Documento de discusión sobre protección social 0416, Banco Mundial, Washington, D. C.

Save the Children. 2005. "An Unnecessary Evil: User Fees for Health Care in Developing Countries." Londres.

Soucat, A., W. Van Lerberghe, F. Diop, S. N. Nguyen y R. Knippenberg. 2004. "Marginal Budgeting for Bottlenecks: A New Costing and Resource Allocation Practice to Buy Health Results –Using Health Sector's Budget Expansion to Progress toward the Millennium Development Goals in Sub-Saharan Africa." Documento inédito, Banco Mundial, Washington, D. C.

Sahn, D. y S. Younger. 2000. "Expenditure Incidence in Africa: Microeconomic Evidence." *Fiscal Studies* 21 (3): 329-47.

UN Millennium Project. 2003. "Millennium Development Goal Country Case Studies: Methodology and Preliminary Results." Nueva York.

———. 2004a. "Millennium Development Goals Needs Assessments: Country Case Studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania, and Uganda." Documento inédito para el Proyecto de Desarrollo del Milenio, Nueva York.

———. 2005. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals.* Londres: Earthscan.

United Nations Population Division. 1998. *Briefing Packet, 1998 Revision of World Population Prospects.* Nueva York.

Vandemoortele, J. y R. Roy. 2004. "Making Sense of Millennium Development Goal Costing." PNUD Poverty Group, Nueva York.

Wagstaff A. y M. Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges.* Apéndice A, pp. 169-74. Washington, D. C.: Banco Mundial.

Wagstaff, A. y E. Van Doorslaer. 2003. "Paying for Health Care: Quantifying Fairness, Catastrophe, and Impoverishment with Applications to Vietnam, 1993–98." *Health Economics* 12 (11): 921-33.

Wilkinson, D., E. Gouws, M. Sach y S. Karim. 2001. "Effect of Removing User Fees on Attendance for Curative and Preventive Primary Health Care Services in Rural South Africa." *Bulletin of the World Health Organization* 79 (7): 665-71.

Xu, K., D. Evans, P. Kadama, J. Nabyonga, P. Ogwang y P. Nabukhonzo. En preparación. "Understanding the Impact of Eliminating User Fees: Utilization and Catastrophic Health Expenditures in Uganda." *Social Journal of Science and Medicine.*

8
Financiamiento de la salud en países de ingreso medio

Mientras los países de ingreso bajo luchan por recolectar los recursos necesarios para financiar los servicios esenciales de salud, los países de ingreso medio están concentrados en un conjunto diferente de prioridades. Con la capacidad de entregar los servicios básicos de salud, la mayoría de los países de ingreso medio están prestando más atención a los temas de cobertura universal, protección financiera y eficiencia del sistema de salud. Estos objetivos requieren un cambio radical en las actuales estructuras de financiamiento, una perspectiva que genera desafíos técnicos, institucionales y políticos. Este capítulo resume temas comunes que enfrentan los países de ingreso medio y ofrece alternativas viables para reformas en el financiamiento de la salud. Primero revisa las bases de los sistemas de financiamiento en países de ingreso medio y sus prioridades de financiamiento. Segundo, describe temas específicos a cada una de las tres funciones de financiamiento: recolección de ingresos, distribución de riesgo y adquisición de servicios. Finalmente, discute la necesidad de gobernabilidad y regulación para respaldar las funciones de financiamiento.

Esta revisión de los desafíos del financiamiento de la salud genera varias recomendaciones de política para los países de ingreso medio:

- La movilización eficiente de recursos debe ser la mayor prioridad del sector, ya que el financiamiento debe ser sostenible y consistente con las necesidades de largo plazo.
- Los ingresos domésticos y las fuentes de ayuda económica deben proveer la mayor parte del financiamiento.
- La capacidad de recolección de impuestos debe aumentar y los recursos se deben movilizar de manera equitativa y eficiente, posiblemente mediante impuestos a la nómina salarial, reforma impositiva u otras reformas estructurales.

- Mayor distribución de riesgo es necesaria para mejorar la eficiencia asignativa, la equidad y la protección financiera. Esto implicaría reunir los gastos de bolsillo, que se estima representan cerca del 40% del gasto total en salud, así como integrar los trabajadores del sector informal a los esquemas de cobertura.
- La distribución del riesgo debe consolidarse para ofrecer la máxima protección financiera y cobertura universal. Los beneficios asociados son un mayor poder de compra y eficiencia, gracias a la reducción de costos de transacción.
- Debe diseñarse un paquete apropiado de beneficios para la población cubierta, porque el nivel de beneficios afecta la eficiencia de la distribución de riesgo y la asignación de recursos, así como el grado de protección financiera. Los paquetes de beneficios estándar o mínimos deben tener la combinación correcta de alcance y profundidad, de modo que las compensaciones entre los objetivos de cobertura universal, protección financiera, resultados de salud y control de costos, estén bien balanceados.
- El gasto en salud debe ser moderado de modo que la cobertura se pueda expandir a más personas. La eficiencia general en el sistema de salud puede aumentar reformando los procedimientos de compra de servicios y estableciendo incentivos en los mecanismos de pago. Adicionalmente, las políticas de pago deben alinearse con el control del gasto y los objetivos de costo-efectividad.
- La forma específica del esquema de aseguramiento en salud, ya sea basado en un sistema nacional de salud, aseguramiento social en salud, o aseguramiento privado en salud (o alguna combinación de los tres), es menos importante que asegurar que el esquema se concentre en mejorar la recolección de ingresos, distribución del riesgo, y adquisición de servicios. Según sea el contexto, se puede necesitar una combinación de esquemas de aseguramiento para lograr los objetivos duales de cobertura universal y protección financiera.
- Las lecciones y buenas prácticas de las experiencias de reforma de financiamiento de la salud en los países de ingreso medio, especialmente aquellas que analizan maneras de superar los obstáculos institucionales, son valiosas para los países de ingreso bajo a medida que sus economías crecen. Los países colaboradores deben documentar tales experiencias para expandir el conocimiento global.
- La comunidad internacional no debe descuidar las disparidades en el estado de salud de la población en países de ingreso medio, una situación que también prevalece en países de ingreso bajo y en algunos de ingreso alto.

Aspectos comunes y diferencias en los sistemas de salud

Los países de ingreso medio, según los define el método del Atlas del Banco Mundial, son los países con un INB per cápita (GNI por las iniciales en inglés de *gross national income*), en 2003, de entre US$766 y US$9.385 (US$3.035 es la línea divisoria

entre países de ingreso medio bajo e ingreso medio alto) (Banco Mundial 2005). En general, los países de ingreso medio son diversificados y están bien integrados en la economía mundial. En comparación con los países de ingreso bajo, tienden a tener mayor capacidad institucional y administrativa para el crecimiento económico y para la introducción, la implementación y la administración de programas sociales. Muchos han logrado resultados importantes en reducir la pobreza y ofrecer servicios básicos de salud.

Sin embargo, la pobreza y la desigualdad en el ingreso son todavía comunes (Linn 2001). Por ejemplo, aproximadamente 28% de la población de Tailandia, 18% de la población de Turquía y México, y 17% de la población de Brasil vive todavía con menos de US$2 por día. En los sectores de educación, empleo y seguridad social, muchos países de ingreso medio están quedando atrás. En América Latina, sólo 60% de la población está matriculada en educación secundaria y 10% de los adultos son analfabetos. Las altas tasas de desempleo y las exclusiones sociales son generalizadas (Linn 2001). Estos retos sociales proveen el contexto de cualquier discusión sobre el deseo de estos países de alcanzar equidad en salud.

Dada su situación económica, los países de ingreso medio tienen la capacidad de ofrecer servicios públicos esenciales y de entregar servicios de atención primaria, usualmente mediante una combinación de sistemas de provisión públicos y privados. Sus niveles actuales de gasto en salud promedian el 6% del PIB. Además, con excepción de algunos países de Europa oriental, los países de ingreso medio dependen de altos niveles de gastos de bolsillo para financiar sus sistemas de salud. Se estima que los gastos de bolsillo representan cerca del 50% del gasto total en países de ingreso medio bajo y alrededor de 35% en países de ingreso medio alto (*ver* capítulo 1).

Los mecanismos de financiamiento de la salud en los países de ingreso medio varían mucho según la región geográfica y el contexto cultural. En la actualidad existen también en este grupo de países numerosos esfuerzos de reforma en curso –con diferentes enfoques. Pero las características dominantes de los sistemas de financiamiento de salud en estos países están influenciadas por la dinámica histórica del desarrollo institucional de cada región. Es importante señalar las diferencias porque la evolución de los lineamientos e instituciones actuales depende mucho de los orígenes históricos, culturales y políticos. A su vez, estos orígenes determinan aún (al menos hasta cierto grado) los retos y las soluciones políticas consideradas en cada país.

Los sistemas de salud modernos en los países de ingreso medio de Europa oriental y Asia central comenzaron en general con un sistema preexistente de tipo Semashko (servicio nacional de salud planeado centralmente, una entidad similar a la establecida en la antigua Unión Soviética) (Langenbrunner y Adeyi 2004). Las estructuras de financiamiento en tales sistemas eran muy ineficientes, debido a la falta de coordinación entre el presupuesto y la demanda de servicios (Langenbrunner 2005). Aunque estos sistemas lograron buenos resultados para enfermedades transmisibles, fueron

menos exitosos contra enfermedades no transmisibles. Después de la caída del comunismo a principios de la década de 1990, los países de ingreso medio de la región, como Estonia, Hungría, Polonia, Rumania y la Federación Rusa, renovaron inmediatamente sus estructuras de financiamiento. Hoy día, la mayoría de los países de Europa oriental y Asia central tienen estructuras organizacionales y de financiamiento que derivan del modelo de aseguramiento de tipo Bismarck. Pero su financiamiento se ha visto afectado en muchos casos por dificultades económicas y la lenta transición hacia un sistema de mercado (Langenbrunner 2005).

En América Latina y el Caribe, los países de ingreso medio han desarrollado varios mecanismos de financiamiento del servicio de salud –aseguramiento social en salud, aseguramiento privado en salud y sistema nacional de servicio de salud. Las estructuras actuales evolucionaron desde la relación corporativa entre trabajadores y el Estado que se desarrolló a medida que las élites políticas de América Latina se consolidaron en el poder a finales del siglo XIX (Savedoff 2005). Los trabajadores del sector público y formal fueron primero incorporados en un sistema de seguridad social estilo Bismarck. Posteriormente, entre 1940 y la década de 1960, otros grupos, incluyendo los pobres y las personas sin aseguramiento, fueron cubiertas con sistemas nacionales de salud (Baeza y Packard, en preparación). Estos diferentes mecanismos de financiamiento coexisten en diferentes niveles en América Latina y el Caribe, desde una distribución pareja entre el sistema de servicio nacional de salud y el aseguramiento social en salud en México, hasta un sistema predominantemente de aseguramiento social en Argentina (Baeza y Packard, en preparación).

La mayoría de los países del Medio Oriente y África septentrional son países de ingreso medio, y sus sistemas de financiamiento están construidos según una combinación de modelos del tipo sistema nacional de salud y de sistema de aseguramiento social (Schieber 2004). Algunos países, como Bahrein, Líbano, Marruecos, Arabia Saudita y Túnez, han expandido rápidamente el aseguramiento privado en salud, y más países parecen estar siguiendo esta tendencia (Sekhri y Savedoff 2005). No obstante, unos pocos países se encuentran en situaciones de conflicto, en particular Irak y la Franja Occidental de Gaza. Dada la inestabilidad política de la región, la reforma del financiamiento de la salud no es un problema prioritario para muchos de estos países (Raad 2005).

Los países de ingreso medio en la región del Asia oriental y el Pacífico son política y socialmente diversos. Tradicionalmente, el aseguramiento social en salud no se ha desarrollado tanto en esta región como en Europa oriental y América Latina (Saadah 2005). A pesar de su diversidad, muchos de estos países comparten el hecho de haber logrado el llamado "milagro económico" en los últimos 25 años. Han usado los recursos adicionales para hacer grandes inversiones en sus sistemas de salud. Muchos sistemas están en transición y unas pocas economías (como las de la República de Corea y Taiwán, China) han logrado cobertura universal.

Retos comunes en el financiamiento de la salud

A pesar de sus diferencias regionales, los países de ingreso medio tienen prioridades y objetivos similares en el financiamiento de la salud: cobertura universal, protección financiera y eficiencia. Estas prioridades surgen de las presiones que enfrentan los sistemas de salud por los costos crecientes asociados a cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos; grandes gastos de bolsillo; sistemas de financiamiento inequitativos e ineficientes; e ineficiencia en el sistema de atención de salud.

Transición demográfica y epidemiológica

En la actualidad, los resultados en salud de los países de ingreso medio son buenos, y la expectativa de vida está alcanzando la observada en economías de ingreso alto. Pero, como los países de ingreso alto, los países de ingreso medio están experimentando un envejecimiento de su población y una carga creciente de las enfermedades no transmisibles (OMS 2003). Adicionalmente, se espera que con el nivel de ingreso aumente también la demanda de tecnologías costosas y de medicamentos. Dadas las presiones demográficas, epidemiológicas y tecnológicas, se espera que los países de ingreso medio gasten más en salud que su compromiso actual de 6% del PIB.

Grandes gastos de bolsillo

Como se discutió en el capítulo 1, los gastos de bolsillo representan 50% del gasto total en salud en países de ingreso medio bajo y cerca de 35% en países de ingreso medio alto, mucho más de lo observado en países de ingreso alto. Los gastos de bolsillo consisten en tarifas oficiales cobradas por los proveedores de servicios médicos, cargos a los usuarios por servicios públicos de salud y otros bienes, como medicamentos e insumos médicos; o pagos "por debajo de la mesa" como obsequios por la prestación del servicio.

El gasto de bolsillo se estima que es más del 50% del gasto total en salud en Kazakistán y la República Árabe de Egipto (Langenbrunner 2005; OMS 2005), y aproximadamente 40% en América Latina y el Caribe (Baeza y Packard, en preparación). En Asia oriental y el Pacífico, tales gastos representan una porción aún mayor del gasto total en salud (Sekhri y Savedoff 2005; OMS datos). El efecto de empobrecimiento del gasto de bolsillo directo debido a servicios médicos se ha descrito en encuestas recientes para algunos países, incluyendo Rusia (2004), Kazakistán (2004), Argentina (2004), Chile (2000) y Perú (2002) (Baeza y Packard, en preparación; Langenbrunner 2005). En América Latina las personas que usan los gastos de bolsillo como su principal fuente de financiamiento de servicios de atención de salud se han empobrecido

como resultado de enfermedades, en relación con quienes tienen algún tipo de aseguramiento en salud.

Sistemas de financiamiento inequitativos e ineficientes

En países de ingreso medio las diferencias en los patrones de gasto entre diferentes grupos de ingreso son tan significativas como la alta proporción de gastos de bolsillo. Los grupos de menor ingreso pagan más en atención de salud como porcentaje de los recursos del hogar de lo que pagan los grupos de ingreso alto. Estos hogares tienen mayor riesgo de caer en la pobreza como resultado de enfermedades prolongadas, porque tienen menores recursos y menores redes de protección mediante aseguramiento privado en salud (Baeza y Packard, en preparación).

Esta distribución sesgada de gastos de bolsillo de los hogares en atención de salud expone las fallas del sistema de financiamiento en ofrecer protección financiera adecuada a ciertos grupos de la población, en países de ingreso medio. En consecuencia, la falta de cobertura universal y de protección financiera son síntomas de instrumentos de financiamiento inefectivos y de la falta de alineación de los incentivos de política en estos países. Es más, la implementación de la cobertura universal requiere que los países de ingreso medio aumenten el gasto en salud, ajustado por el cambio demográfico, a niveles más cercanos a los observados en los países de la OCDE, la mayoría de los cuales ofrecen cobertura universal. Para superar la situación actual, los países de ingreso medio necesitan movilizar más recursos y usar los existentes más eficientemente.

Ineficiencias del sistema

Muchos sistemas de financiamiento en países de ingreso medio están colmados de duplicaciones e ineficiencias. La fragmentación del sistema de salud usualmente dificulta el uso de enfoques de política consistentes e incentivos para la eficiencia, tanto en la distribución de riesgo como en temas de adquisición. Desde América Latina hasta el Medio Oriente y Europa oriental, existen muchas organizaciones que reúnen recursos y asignan el gasto en salud. La lista de actores incluye organizaciones de aseguramiento social, gobiernos central y local, autoridades de salud, agencias militares y de seguridad, y aseguradores privados. Por ejemplo, en Egipto existen 29 agencias públicas que administran el financiamiento de la salud con entrega de servicios asociada a esquemas específicos.

Generalmente, la eficiencia de los proveedores públicos es también problemática. Muchos hospitales locales tienen tasas de ocupación por debajo de 50% (Gericke 2004). Del mismo modo, los países poscomunistas heredaron capacidad ociosa en las instalaciones de salud y en el personal, así como un proceso rígido de asignación pre-

supuestal. Muchos países no han podido rediseñar los beneficios esenciales ni modernizar la entrega de servicios (Langenbrunner 2005). Aunque la región ha tenido muchas reformas en el financiamiento, una estructura fragmentada de incentivos ha debilitado los resultados y la efectividad de los sistemas de entrega de servicios de salud (Langenbrunner 2005).

Movilización de ingresos

A medida que los países de ingreso medio intentan fortalecer los instrumentos de financiamiento para una mejor movilización de ingresos, distribución de riesgos y compra de servicios, tendrán que superar muchos obstáculos estructurales y de implementación. Los desafíos incluyen recursos públicos insuficientes destinados a la salud y límites en la capacidad del gobierno de aumentar la cantidad y la participación de los ingresos públicos destinados a la salud, junto con la falta de fuentes sostenibles de financiamiento, afectando la sostenibilidad fiscal. Los riesgos también deben distribuirse más efectivamente. Esto puede hacerse, por ejemplo, expandiendo el tamaño del grupo que está asegurado y reduciendo la fragmentación en el sistema, o con otras medidas. Finalmente, para mejorar la adquisición de servicios, los países necesitarán mejorar la estructura de su paquete de beneficios, o servicios cubiertos, e implementar incentivos apropiados en los mecanismos de pago a proveedores. En la evaluación del rango de soluciones posibles a los temas de financiamiento, los meritos y limitaciones de cada opción se revisan en detalle.

Asignación de más recursos públicos para la salud

En comparación con los países de ingreso alto, la mayoría de los países de ingreso bajo destinan muchos menos recursos a la atención de la salud y gran parte de lo que gastan proviene de fuentes no públicas. Como se discutió en el capítulo 1, los países de ingreso alto gastan cerca de US$3.000 per cápita en salud cada año (ponderado por la población), casi 10 veces lo que gasta un país de ingreso medio alto (US$309) y más de 36 veces lo que gasta un país de ingreso medio bajo (US$82). Al mismo tiempo, las fuentes públicas representan 65% del gasto en salud en un país de ingreso alto, pero sólo 56% en un país de ingreso medio alto y 42% en un país de ingreso medio bajo. El nivel alto de gasto de bolsillo de un hogar promedio, un fenómeno observado en la mayor parte de los países de América Latina, Asia oriental, Medio Oriente y Asia central, es otro signo de una insuficiente distribución del riesgo y de escaso financiamiento público para la salud.

¿Por qué en estos países la asignación de financiamiento público a la atención de salud es insuficiente? Una razón básica es el estado de la economía. Por ejemplo, Georgia, Kazakistán, Polonia y Rusia han visto que su financiamiento público total

en salud ha bajado durante la década de 1990, a medida que las regiones de Europa oriental y Asia central han sufrido una contracción económica (Langenbrunner 2005). En los países donde el crecimiento del PIB es lento, como Ecuador y Perú, el gasto público en salud es, obviamente, limitado. En contraste, en Asia oriental y el Pacífico, donde el crecimiento económico ha sido fuerte, algunas economías han logrado financiar el aseguramiento social en salud con ingresos generales y expandir la cobertura a toda la población (República de Corea y Taiwán, China).

Otros factores que contribuyen a la falta de recursos públicos son la debilidad o la ineficiencia de los sistemas de recaudación de ingresos y una gran dependencia de los impuestos a la nómina salarial, que presenta muchos desafíos, como se discute posteriormente. En algunos países, el gobierno también ofrece garantías para la deuda de los fondos de aseguramiento de salud; en consecuencia, cuando el aseguramiento en salud entra en déficit o se vuelve insolvente, como en Argentina o Rusia, el gobierno debe cubrir los costos. Como las personas de bajos ingresos generalmente no tienen un aseguramiento social en salud, subsidiar el aseguramiento social con ingresos generales de la nación de este modo puede ser regresivo.

Encontrar nuevos recursos de financiamiento

Como los países de ingresos altos y bajos, los países de ingreso medio pueden escoger o combinar las fuentes de ingreso de impuestos a la nómina, impuestos generales y, en alguna medida, el aseguramiento privado para financiar sus sistemas de financiamiento de la salud. La pregunta sobre cuál opción es más apropiada depende de la infraestructura del país, la situación socioeconómica y el contexto político. Los hacedores de política deben evaluar las fortalezas y debilidades de cada fuente de ingresos y determinar si su país cumple o es capaz de cumplir con las condiciones necesarias de cada opción (capítulo 3).

Contribuciones a la nómina salarial. Los sistemas con contribuciones obligatorias a la nómina salarial se introdujeron a finales del siglo XIX, junto con los esquemas de aseguramiento social. Tales contribuciones son generalmente compartidas entre empleados y empleadores, con algunas variantes en su distribución. Las tasas de contribución en países de ingreso medio varían en un rango muy amplio, de entre 2 y 18%.[1] En general, las tasas tienden a ser más altas en países de Europa oriental que en cualquier otro lugar (Langenbrunner y Adeyi 2004).

1 Gracias a la agrupación de las primas por pensiones y por aseguramiento en salud, las contribuciones pueden representar cerca del 40% del total de los salarios, como en Argentina.

Además de considerar los factores a favor y en contra del financiamiento con pagos a la nómina, como se discute detalladamente en los capítulos 2 y 3, los países de ingreso medio deben evaluar la factibilidad de implementar tal sistema. Las experiencias de países que dependen de impuestos a la nómina sugieren que las siguientes condiciones son necesarias: una economía creciente, un mercado laboral formal grande, capacidad administrativa de recaudación, una buena estructura regulatoria y de monitoreo, y una estructura apropiada de incentivos.

Los países de ingreso medio que escogen los impuestos a la nómina como su fuente primaria de financiamiento tienen un gran porcentaje de su población en edad de trabajar empleada en el sector formal, lo cual constituye la base de ingresos del gobierno (Ensor y Thompson 1998). En Europa oriental, los impuestos a la nómina son la fuente predominante de financiamiento de gran parte de los costos de atención de salud en Estonia, República Checa, Hungría y Eslovaquia (Langenbrunner 2005). En estos países, las empresas estatales y las instituciones de servicio civil son grandes empleadores en el sector formal y son una fuente creíble de contribuciones salariales. Adicionalmente, el cambio a las contribuciones salariales (alejándose del financiamiento mediante impuestos generales) ofrece un mecanismo para que estos países rompan su pasado con la era soviética y reduzcan el papel del Estado. Los impuestos a la nómina salarial también juegan un papel importante en Argentina, Chile y la República de Corea. En América Latina y el Caribe, los sindicatos representan una gran parte de la fuerza de trabajo formal y están fuertemente vinculados con la recaudación y administración de las contribuciones para el aseguramiento, como se ve en las Obras Sociales de Argentina (OIT 2001).

Los países de ingreso medio que han utilizado exitosamente los impuestos a la nómina salarial también comparten las características estructurales de fuerte monitoreo administrativo y regulatorio, que facilitan la recaudación. Por ejemplo, un buen sistema de información está disponible para registrar a los trabajadores y exigir el pago de las contribuciones, especialmente en los antiguos países comunistas. Como un grupo, estos países tienden a tener mayor capacidad institucional en sus burocracias respecto a muchos países de ingreso medio bajo. En consecuencia, las tasas de recaudación de ingresos son altas y los procesos relacionados son más eficientes en estos países.

Finalmente, los países de ingreso medio que escogen la opción del impuesto a la nómina salarial deben tener tasas de contribución razonables, e incentivos para que la mayoría de la población participe en los mecanismos de contribución por nómina salarial. A pesar de las grandes deducciones a la nómina salarial para la seguridad social y el aseguramiento en salud, los países de Europa oriental están comprometidos con un sistema de cobertura universal y continúan valorando la solidaridad.

Los países que tienen dificultades para cumplir con las condiciones necesarias para una implementación exitosa de las contribuciones a la nómina salarial, pueden

tener que reconsiderar los planes de depender mucho de tales pagos. Los países de ingreso medio en el grupo de bajos ingresos, como Ecuador y Perú, pueden carecer de una economía lo suficientemente grande o de suficiente crecimiento para apoyar la expansión de la cobertura de la salud más allá de los servicios básicos. En los países de América Latina, donde el sector informal del mercado laboral es creciente, no es probable que funcione o sea sostenible un sistema dependiente de impuestos a la nómina salarial. La base de ingresos es muy pequeña para ser la única fuente de financiamiento de la salud para toda la población. En estas circunstancias, muchos países usan los impuestos generales para subsidiar o complementar las fuentes de impuestos a la nómina.

Del mismo modo, algunos estudios han mostrado que las contribuciones a la nómina salarial tienen un impacto negativo en el mercado laboral en América Latina y el Caribe, al aumentar la evasión de los impuestos y reducir el tamaño del mercado formal de trabajo (Baeza y Packard, en preparación). Finalmente, las experiencias de Albania, Kazakistán, Rumania y Rusia muestran que los ingresos que dependen de los impuestos a la nómina salarial no cumplen con las expectativas por las dificultades operacionales, la debilidad de los sistemas de recaudación de impuestos y la capacidad regulatoria menos desarrollada (Langenbrunner 2005). A menos que estos países de ingreso medio expandan sus esfuerzos de recaudación a los sectores informales y mejoren su capacidad administrativa, pueden estar mejor si buscan fuentes alternativas de financiamiento para la salud.

Impuestos generales. Muchos de los factores a favor y en contra de esta fuente de ingresos se discutieron en los capítulos 2 y 3. Los países que dependen de los impuestos generales, o que desean depender de ellos para financiar el sistema de salud deben considerar si tienen las condiciones necesarias para facilitar la movilización de ingresos con impuestos generales: una economía creciente, sólida capacidad administrativa y estructura de impuestos y de incentivos apropiada.

Una economía creciente es importante para recaudar ingresos generales, así como lo es para las contribuciones a la nómina salarial, porque a medida que el nivel de ingreso aumenta, también lo hacen los impuestos. Pero más importante aún, la capacidad administrativa para recaudar impuestos es fundamental para la sostenibilidad. Por ejemplo, los países de ingreso medio en América Latina y el Caribe han recaudado mucho menos en impuestos totales, en relación con su ingreso per cápita, que los países europeos (Baeza y Packard, en preparación, gráfico 5.5). Estos países también necesitan estructuras impositivas apropiadas e incentivos, incluyendo reglas claras y transparencia. Existe un alto nivel de desigualdad en la riqueza y el poder en los países de ingreso medio (Anderson y otros 2003). Muchos gobiernos no han sido capaces de imponer altos niveles de impuestos a las élites ricas en sus sociedades, como sucede

también en países de ingreso bajo. Es más, el sector informal creciente en algunos países de ingreso medio complica los esfuerzos para recaudar impuestos generales y a la nómina salarial. En países que dependen de impuestos indirectos, el sistema es generalmente regresivo y perjudica a los pobres. En consecuencia, pueden ser necesarias reformas impositivas para introducir estructuras progresivas y los incentivos correctos para la participación.

Varios países de ingreso medio, como Ecuador, Kazakistán, Lituania, Malasia y Ucrania, dependen principalmente de los ingresos generales como su principal fuente de financiamiento. Otros están estudiando la posibilidad de cambiarse a ingresos generales, incluyendo Chile, México y Rusia; entre los países de ingreso alto, España ha cambiado a los ingresos generales. La mayor parte de los países de ingreso medio tienen la infraestructura para recaudar impuestos generales, a pesar de que algunos países tienen más capacidad que otros. Pero aún así, deben mejorar primero la estructura impositiva y la eficiencia de la recaudación.

Para los países que utilizan una base de financiamiento mixta o que están considerando cambiar a financiamiento mediante ingresos generales, lo más apropiado es un enfoque incremental. Algunos países como Argentina, Colombia y México, donde menos del 15% del gasto en salud se financia con impuestos generales, pueden querer construir primero la base impositiva incrementando la recaudación de los trabajadores informales no pobres y de la población más rica (Baeza y Packard, en preparación).

Primas por aseguramiento privado. Las primas por aseguramiento privado se están convirtiendo, cada vez más, en una fuente alternativa de financiamiento en países en desarrollo. Como con todas las fuentes de financiamiento, los países deben considerar de manera cuidadosa las ventajas y desventajas de esta opción. Para sacar ventaja de los recursos privados junto con el financiamiento gubernamental para la atención de la salud, los países de ingreso medio deben considerar las siguientes condiciones necesarias: un porcentaje importante de población de clase media, capacidad de monitoreo regulatorio y de administración, mercados financieros viables e instituciones para invertir las reservas, y la disponibilidad de otras fuentes de financiamiento para la atención de la salud.

Como el aseguramiento privado de salud atiende principalmente a los clientes que pagan, la existencia de una clase media es un requisito previo para su desarrollo. En el Asia oriental, América Latina y Medio Oriente, donde el nivel de gastos de bolsillo es importante y donde la población de clase media es creciente, el aseguramiento privado se ha vuelto más popular (Sekhri y Savedoff 2005). Con excepción de Europa oriental y Asia central, el aseguramiento privado representa más del 5% del gasto en salud en 19 países de ingreso medio. En Brasil, Chile, Namibia, Sudáfrica y Uruguay,

excede el 20% del gasto total en salud (Sekhri y Savedoff 2005). Sin embargo, es todavía una fuente pequeña de financiamiento de salud en todos los países del mundo, excepto Estados Unidos (Tapay y Colombo 2004).

El monitoreo regulatorio y la capacidad administrativa son necesarios para asegurar que todas los actores del sistema de aseguramiento privado cumplan con sus responsabilidades. A pesar de tener una presencia significativa en muchos países de bajos ingresos, los mercados privados de aseguramiento en salud no están muy regulados. La falta de regulación, capacidad administrativa y sofisticación actuarial contribuyeron a las fallas de las reformas a los sistemas privados en América Latina y Europa oriental. El alcance y las posibilidades de selección de riesgo en los mercados de aseguramiento privado está menos estudiado en los países en desarrollo, aunque está bien documentado en varios países de ingreso alto (Newhouse 1998).

Un mercado financiero viable también es una condición necesaria para desarrollar entidades de aseguramiento privado. Las reservas de las primas recaudadas deben invertirse para asegurar que las ganancias superen los compromisos de pagos; este flujo de ganancias es crítico para la sostenibilidad de las entidades privadas. En Asia oriental y el Medio Oriente, un mercado creciente de aseguramiento privado asimila el sano desarrollo del sistema financiero en la última década (Banco Mundial 2005). En América Latina y Europa oriental, mercados financieros más débiles limitan el desarrollo de la industria de aseguramiento privado.

Es claro que los países de ingreso medio no pueden depender únicamente de las primas de aseguramiento privado para financiar sus sistemas de salud. Otros programas de aseguramiento financiados públicamente deben estar disponibles para servir como red de protección para quienes no pueden pagar el seguro privado. En el mundo, las formas más comunes de aseguramiento privado desempeñan un papel complementario o suplementario. En la mayoría de los países donde el aseguramiento privado ha prosperado, el aseguramiento social en salud o el servicio nacional de salud tiene el papel preponderante. Varios países de ingreso medio, incluyendo Brasil, Chile, Indonesia, México, Filipinas y Uruguay, han integrado el aseguramiento privado en sus sistemas de financiamiento de salud (Sekhri y Savedoff 2005).

Distribución de riesgo

Sin importar las fuentes de financiamiento, los gobiernos también necesitan métodos efectivos de distribución del riesgo (*ver* capítulos 2 y 3). En la actualidad, los mecanismos de distribución de riesgo son imperfectos, con agrupaciones de riesgo segmentadas o fragmentadas. Aunque el debate sobre cuáles son los mecanismos más apropiados de distribución de riesgo continúa, la experiencia de los países que lograron expandir la cobertura sugiere que mayor distribución del riesgo y mejores subsidios distributivos, que tengan en cuenta la equidad, son críticos para el éxito.

Expansión de la cobertura y recursos

Muchos países de ingreso medio están preocupados por las fallas de sus esquemas de distribución de riesgos en cubrir los grupos vulnerables y desaventajados. Adicionalmente, el fracaso en agrupar los gastos de bolsillo ha impedido que los países de ingreso medio utilicen los recursos privados necesarios para extender la distribución del riesgo y ofrecer mayor protección financiera.

Reducir la segmentación del riesgo

Una preocupación importante respecto a los esquemas de distribución de riesgos actuales es la segmentación del riesgo; esto es, si los riesgos de salud están distribuidos desigualmente entre diferentes agrupaciones.[2] Si no existe capacidad de hacer subsidios cruzados entre las agrupaciones, la segmentación puede resultar en un exceso de recursos financieros para algunas agrupaciones y menos fondos de los necesarios para otras. La transferencia de fondos entre agrupaciones puede ayudar a ajustar las deficiencias potenciales en cada fondo. Sin embargo, este procedimiento aumenta sustancialmente los costos administrativos y la ineficiencia. Además, aquellos que no están cubiertos por mecanismos de aseguramiento social, típicamente tienen mayores riesgos de salud que los que sí están asegurados, como se observa en muchos estudios para países de ingreso alto (Newhouse 1998). La población no asegurada tiende a usar el servicio nacional de salud, de modo que el gobierno financia la atención de salud de una proporción mayor de individuos de alto riesgo que otros mecanismos de financiamiento.

La multiplicidad de sistemas de agrupación y la complejidad de los subsidios cruzados contribuye a la desigualdad regional en los niveles de financiamiento, como ocurre en Bosnia y Herzegovina, Polonia, Rumania y Rusia, donde los métodos de recolección de ingresos para la salud son descentralizados. Los gobiernos locales recolectan y distribuyen la mayor parte del financiamiento, y la distribución del riesgo depende del nivel local. Como resultado, existen miles de grupos de riesgo.

Adicionalmente, la mayor parte de los países de ingreso medio no tienen la capacidad regulatoria para asegurar la transparencia en las transferencias de fondos. Sin la supervisión, la mala administración y la mala distribución de recursos son posibles.

---

2 Este capítulo usa los términos "fragmentación de riesgo" y "segmentación de riesgo". En la literatura, estos términos a veces tienen diferente significado; la fragmentación del riesgo se utiliza generalmente para referirse a la existencia de múltiples grupos de riesgo, mientras que la segmentación del riesgo se usa para referirse a la existencia de una distribución desigual de riesgos en el interior y entre los grupos de riesgo. En este capítulo los términos se usan de manera similar al uso común observado en la literatura.

En Kazakistán, la corrupción generó la desaparición de millones de dólares de los fondos de aseguramiento. Por la corrupción y otros problemas de administración, los ingresos por impuestos a la nómina salarial fueron reemplazados en 1999 por financiamiento proveniente del presupuesto general, un proceso más simple.

Cambio en los mecanismos de distribución de riesgo

Muchas reformas en los mecanismos de distribución de riesgo ocurrieron recientemente como respuesta a los problemas relacionados con la selección de riesgo y la falta de protección financiera. El recuadro 8.1 describe las reformas exitosas de la República de Corea y Taiwán, China. La mayor parte de las innovaciones que son aplicables a países de ingreso medio están construidas a partir de tres mecanismos básicos: creación de un solo grupo de riesgo mediante un sistema nacional de servicios de salud, expansión de la agrupación mediante una reforma al aseguramiento social en salud y contribuciones a la nómina salarial, y la reducción de la fragmentación de las agrupaciones.

Creación de una sola agrupación mediante un sistema nacional de salud. Algunos países están considerando cambiarse del aseguramiento social en salud hacia un modelo nacional de salud financiado mediante impuestos, como lo hizo España en la década de 1990. Esta tendencia se facilita por el deseo de algunos países de usar instrumentos de financiamiento públicos que tengan bases impositivas más amplias que los impuestos a la nómina. Entre los países de ingreso medio, Costa Rica unió exitosamente su sistema nacional de salud y el sistema de aseguramiento social a mediados de la década de 1990.

Sin embargo, los hacedores de política que estén estudiando un cambio probablemente necesitarán convencer al público de que la calidad del servicio ofrecido en un sistema nacional de salud será similar a la del sistema de aseguramiento social, o del aseguramiento privado; y será también más fácil de implementar si hay respaldo fiscal, técnico y político. En consecuencia, muchas reformas a los sistemas nacionales de salud se han concentrado en mejorar la eficiencia de la entrega de servicios y profundizar el paquete de beneficios, y no tanto en agrandar los grupos de riesgo o reducir su fragmentación.

Expansión de las agrupaciones mediante la reforma al aseguramiento social y contribuciones a la nómina salarial. El aseguramiento social es el principal mecanismo de distribución de riesgo en muchos países de ingreso medio de América Latina, Europa oriental y Medio Oriente. Una de las ventajas más importantes, subyacentes en las reformas del sistema de aseguramiento social tendientes a expandir la cobertura universal, es la existencia de fondos de agrupación de riesgos (en algunos casos un úni-

co fondo grande) que permiten a los individuos y a los grupos recién matriculados aprovechar los mecanismos existentes de subsidio cruzado en ingresos y en riesgo (capítulo 3), en lugar de crear una nueva agrupación. La capacidad organizacional e institucional en los sistemas de aseguramiento en salud también ofrece importantes bases, desde las cuales los países pueden expandir la cobertura a nuevas poblaciones. La realidad, sin embargo, es que los esquemas de aseguramiento social usualmente cubren una proporción relativamente pequeña de la población total de estos países. Su capacidad estructural para llegar a los sectores informales y a los pobres es limitada dada su conexión con el empleo formal. En consecuencia, las reformas específicas e innovaciones en países de ingreso medio se han concentrado en expandir la cobertura a los trabajadores informales y a los pobres.

Las innovaciones para extender la protección social en la salud incluyen: ofrecer afiliación voluntaria a las personas empleadas por cuenta propia y a los trabajadores informales, proveer subsidios públicos a los sistemas de aseguramiento social para cubrir a los pobres; o subsidiar las primas de los empleados por cuenta propia pobres o trabajadores informales; participación universal obligatoria; y expansión de la agrupación de riesgo mediante la integración del aseguramiento privado de salud.

- *Abrir la cobertura a trabajadores informales y a los empleados por cuenta propia mediante la afiliación voluntaria*. Este método innovativo ha sido implementado por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) de Chile, y muchos otros, pero ha alcanzado un éxito limitado (Bitran y otros 2000; IMSS 2003). Existen importantes obstáculos a esta innovación. Su naturaleza voluntaria, junto con una contribución generalmente fija, promueve una afiliación mayor de las personas con alto riesgo, generando selección adversa y pérdida potenciales financieras para el sistema de aseguramiento social. Otro tema particular de América Latina y el Caribe es el alto costo de contribuciones "atadas" (pagos conjuntos de contribuciones para pensión y salud) y, por tanto, la brecha percibida entre los beneficios y las contribuciones, que pueden desplazar a los potenciales participantes. Adicionalmente, aun si la inscripción está abierta a los trabajadores informales y empleados por cuenta propia, los más pobres de estos grupos pueden no estar en condiciones de poder pagar la contribución y en consecuencia no se afiliarán.
- *Subsidiar el sistema de aseguramiento social en salud para ayudar a los pobres a pagar las primas*. Algunas reformas están dirigidas a ayudar a los trabajadores informales y a los empleados por cuenta propia a participar de los esquemas de aseguramiento social existentes, ayudándolos a superar los obstáculos financieros. Los gobiernos han ofrecido subsidios a Fonasa en Chile y a la Organización de Seguridad Social de Costa Rica con este propósito. Mediante otro enfoque, el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado de Colombia (POS-S, *ver* recuadro 8.2) y el Pro-

Recuadro 8.1 De la fragmentación a la cobertura universal mediante la reforma del aseguramiento social en salud. Los casos de la República de Corea y Taiwán, China

La República de Corea y Taiwán, China, son ejemplos de reformas exitosas del aseguramiento social en salud, implementadas para lograr la cobertura universal.

República de Corea

En 1989, la República de Corea legisló la cobertura universal de salud, complementando con éxito un proceso de reforma al sistema de salud de más de una década. En el centro de este proceso estaba la introducción de innovaciones progresivas en el inicialmente pequeño sistema social de aseguramiento –basadas en un sistema de extensión de cobertura de salud para todos los trabajadores y sus familias, tanto en el sector formal como informal. El proceso fue facilitado por un período de importante crecimiento económico.

En 1977, Corea sólo tenía 8,8% de la población cubierta por un sistema de aseguramiento social formal (Peabody, Lee y Bickel 1995). En ese año se establecieron dos programas: el Programa de Ayuda Médica Subsidiada y Gratis, para personas cuyo ingreso estaba por debajo de cierto nivel y un programa de seguro médico que ofrecía cobertura para los individuos que trabajaban en empresas de 500 empleados o más y sus familiares inmediatos. En el siguiente paso importante, dos años después, la cobertura se extendió a empresas de 300 o más empleados, a los servidores públicos y a los maestros de escuelas privadas. En 1981, la cobertura se extendió a empresas de 100 o más empleados y en los siguientes tres años a firmas con 16 empleados. Este proceso fue posible gracias a un período de crecimiento de las empresas pequeñas sin precedentes, que se beneficiaron directa e indirectamente de un proceso económico de expansión y de estabilidad macroeconómica.

Para fines de 1984, 16,7 millones de personas o 41,3% de la población tenía aseguramiento médico. Para 1988, el gobierno había expandido la cobertura del seguro médico en áreas rurales a cerca de 7,5 millones de personas. Diez años después del inicio de las primeras reformas, aproximadamente 33,1 millones de personas, casi 79% de la población, recibía los beneficios del aseguramiento médico. En ese momento, el número de personas que no recibían beneficios de aseguramiento médico alcanzaba casi 9 millones de personas, la mayoría eran dueños de pequeños negocios en áreas urbanas. En julio de 1989, Seúl extendió el seguro médico para cubrir a los trabajadores urbanos empleados por cuenta propia, de modo que el sistema de aseguramiento se extendió casi a todos los coreanos.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 8.1)

Taiwán, China

En 1995, las autoridades públicas de Taiwán introdujeron la legislación para crear un esquema de aseguramiento obligatorio de salud. En ese momento sólo la mitad de la población estaba cubierta por un esquema de seguridad social. Inicialmente, el proceso parecía extremadamente rápido, dado que, un año más tarde, 92% de la población estaba cubierta. Sin embargo, el proceso había comenzado más de una década atrás mediante el Consejo para el Desarrollo y Planeamiento Económico (CEPD por sus iniciales en inglés de *Council for Economic Planning and Development*). La primera etapa de planeación tomó dos años de estudio, y la propuesta original incluyó un proyecto de implementación nacional progresivo de aseguramiento hasta alcanzar la cobertura universal en el año 2000.

El primer proyecto piloto para la expansión comenzó con el grupo organizado de agricultores en 1987. Los eventos políticos de la primera mitad de la década de 1990 crearon un fuerte incentivo político para dar prioridad a la rápida expansión de la seguridad social a toda la población. Un análisis cuidadoso de los proyectos piloto y las lecciones aprendidas de la experiencia con los agricultores y los estudios sobre las tendencias de gasto en salud permitieron que la legislación se introdujera en 1995 (OIT/STEP 2002).

grama de Indigentes[3] de PhilHealth en Filipinas ofrecían subsidios a las primas de los pobres (Alamiro y Weber 2002).

- *Implementar la participación universal obligatoria*. Algunos países de ingreso medio han aprobado leyes que exigen la participación universal obligatoria. Los casos exitosos incluyen la expansión gradual a toda la población en la República de Corea y en la región de Samara en la Federación Rusa, así como en Taiwán, China, y programas menos ambiciosos como la expansión incremental para cubrir más dependientes de los miembros que contribuyen en Panamá (*ver* recuadro 8.1, para más detalles sobre la República de Corea y Taiwán, China).
- *Expansión de la agrupación de riesgo a través de la integración del aseguramiento privado en salud*. En los últimos 20 años los países de ingreso medio han visto dos grandes reformas del aseguramiento privado en salud: facilitación y promoción

3 El principal programa que favorece a los pobres de PhilHealth es el Programa de Indigentes (IP) o Medicare Para sa Masa (MpM) (Almario y otros 2002).

Recuadro 8.2 Colombia: reducir la fragmentación entre esquemas de cobertura de salud

Colombia es de lejos el mejor ejemplo en el grupo de países de ingreso medio de integración de la participación del sector privado, en un sistema de aseguramiento de salud. La reforma de 1993 exigió un cambio radical en la distribución del riesgo y el aseguramiento en salud, incluyendo la participación de entidades privadas en el aseguramiento social y subsidios a la demanda para las contribuciones del aseguramiento social en salud. La nueva ley separo el financiamiento de la provisión de servicios en el sector de la salud (excepto en el fondo manejado por el sector público). Las entidades privadas y los proveedores pueden, junto con sus contrapartes públicas, ofrecer servicios a los contribuyentes a la nómina salarial (quienes pagan 11% de su salario) y subsidiar los servicios de los individuos elegibles. Los participantes pueden seleccionar el asegurador de salud y el proveedor del servicio.

La ley establece cobertura universal obligatoria para la población, que recibe dos tipos de cobertura básica, dependiendo de su ingreso. Los contribuyentes a la nómina salarial tienen acceso al nivel mínimo de cobertura, definido como Plan Obligatorio de Salud (POS) y quienes no contribuyen a partir de la nómina salarial, o son elegibles para el subsidio, tienen acceso al Plan Obligatorio Subsidiado de Salud (POS-S). Los contribuyentes a la nómina salarial pueden comprar cobertura adicional de instituciones aseguradoras con fines de lucro (Empresas Promotoras de Salud –EPS) (Yepes 2001). El nuevo sistema crea solidaridad entre los individuos que pagan a partir de la nómina salarial mediante un fondo que recolecta todas las contribuciones y luego distribuye los recursos per cápita, usando mecanismos de ajuste de riesgo demográficos (basados en el género y la edad). El sistema es regulado a través de una agencia regulatoria bajo el control del Ministerio de Salud (Londoño 1996, Restrepo Trujillo 1997).

El objetivo principal era mantener la solidaridad y equidad en el interior del sistema a medida que se introducían competencia y posibilidad de elección. El sistema tiene un fondo de redistribución, que utiliza un ajuste de riesgo per cápita basado en estimaciones demográficas. El fondo recauda todas las contribuciones de la nómina salarial y los impuestos generales y distribuye la capitación a las agencias aseguradoras. Existen fuertes razones conceptuales y empíricas para creer que el mecanismo de ajuste de riesgo no evita que los aseguradores hagan una selección de los asegurados y que el diseño específico del paquete y del fondo de solidaridad provean incentivos fuertes para que los participantes no contribuyan o que lo hagan menos de lo deseado.

Infortunadamente, ha habido poca evaluación de los problemas potenciales y existentes de selección en el sistema colombiano. Existe alguna evidencia de que la porción subsidiada del sistema afecta positivamente la protección financiera de la población cubierta. Pero no hay evidencia concreta sobre su impacto en el estado de salud o en la utilización de los servicios. Sin embargo, existe mucha evidencia de problemas significativos de sostenibilidad fiscal, debido, principalmente, a la reducción

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 8.2)

en las contribuciones resultantes de incentivos perversos relacionados con la contribución y las importantes dificultades de la transición de un financiamiento histórico del lado de la oferta en el sector público a un financiamiento del lado de la demanda. El punto central de la transición ha sido la enorme dificultad para superar las rigideces de los proveedores públicos y asegurar su sostenibilidad financiera ante la presencia de subsidios a la demanda.

Colombia está al borde de una importante reestructuración de las anteriores reformas, en un esfuerzo por solucionar los incentivos perversos que afectan los niveles de contribución y de fomentar mayor flexibilidad en el modo como los proveedores públicos manejan sus recursos. Los ahorros esperados deberían hacer posible el ajuste de la estructura de costos del modo necesario para acomodar el financiamiento del lado de la demanda.

del aseguramiento voluntario, incluyendo la competencia formal, y la integración de aseguradores privados regulados en el sistema de aseguramiento social.

El debate acerca de si fortalecer el aseguramiento privado en salud contribuye o reduce la posibilidad de que los países de ingreso medio logren la cobertura universal, se ha enfocado en si los países pueden sacar ventaja de los beneficios de la competencia de aseguramiento y evitar los problemas asociados de eficiencia y equidad. Las condiciones técnicas y la factibilidad institucional deseables de las reformas específicas de financiamiento, regulatorias y organizacionales (mecanismos de ajuste de riesgo, igualación del riesgo, fondos de solidaridad, entre otros) se encuentran en el centro del debate. Tales reformas pueden implementarse sólo si los costos de transacción no anulan los beneficios de la competencia y la privatización (Coase 1937; Williamson 1985; Baeza y Cabezas 1998; Newhouse 1998).

La literatura ofrece cierta evidencia de problemas que han seguido a la introducción de esquemas de aseguramiento privado y de competencia en el mercado de seguros en algunos países (Londoño y Frenk Mora 1997; Sheshinski y López-Calva 1998). Problemas como la selección de riesgo y el déficit de los servicios se han estudiado intensamente y fueron discutidos en capítulos previos (Arrow 1963; Rothschild y Stiglitz 1976; Laffont 1990; Milgrom y Roberts 1992; Hsiao 1994, 1995).

No está claro si los países de ingreso medio pueden reducir o eliminar la selección de riesgo, la segmentación y los problemas de equidad en los sistemas con múltiples aseguradores de salud. Aunque no existe evidencia suficiente sobre la efectividad de introducir competencia junto con una regulación adecuada y un marco de incentivos, es claro que introducir competencia en el mercado de aseguramiento privado

en sistemas de aseguramiento social, sin la regulación apropiada, la solidaridad y los mecanismos de ajustes de riesgos, puede tener efectos negativos. La eficiencia y la equidad pueden sufrir, como se evidencia en las reformas de aseguramiento de la salud en Chile, a principios de la década de 1980 (Baeza y Muñoz 1999).

Reducción de la fragmentación de los grupos. Para reducir la fragmentación del riesgo y la segmentación presentada por muchas agrupaciones, los países de ingreso medio tienen que tomar la decisión estratégica de buscar un mecanismo de agrupación único o "virtual". Aunque en realidad existen muchas agrupaciones, un sistema de "agrupación virtual" funciona como una sola agrupación al permitir subsidios cruzados entre las agrupaciones miembros y las somete a ciertas reglas. Se pueden lograr subsidios cruzados más eficientes entre diferentes grupos de ingreso y riesgos de salud al unir pequeñas agrupaciones en una más grande o, en algunos casos, en una agrupación nacional. La creación de una sola agrupación es mejor que tener múltiples agrupaciones para la distribuir el riesgo y mejorar la equidad mediante subsidios, como se explicó anteriormente. Las desventajas de una agrupación virtual, cuando se compara con la agrupación única, incluye regulaciones más complejas e incentivos necesarios para balancear la selección adversa. Estos procedimientos pueden generar altos costos de transacción para la sociedad, pero más allá de eso, muchos países de ingreso medio no están equipados tecnológica o institucionalmente para enfrentar ese desafío.

Algunos países tienen un mecanismo único de agrupación y otros tienen un mecanismo de agrupación virtual o múltiples agrupaciones. Entre los que tienen una sola agrupación se encuentran Costa Rica y Polonia. Estos países de ingreso medio han expandido las agrupaciones de riesgo hasta incluir toda la población, independiente del tipo de esquema de aseguramiento empleado. Los países de ingreso medio que tienen agrupaciones virtuales son Brasil, Chile (integración con agrupación virtual), y Colombia (múltiples agrupaciones comprensivas, como se describe en el recuadro 8.2) (Londoño 1996; Bitran y otros 2000).

Aún así, los debates de política sobre las alternativas en esta área tienden a ir más allá de los problemas técnicos y reflejan los orígenes culturales e históricos de un país. La estrategia de agrupación virtual es más probable en países de ingreso medio con coexistencia de múltiples agrupaciones de cobertura. Es difícil, especialmente desde una perspectiva política, unir todas las agrupaciones y reestructurar los sistemas de distribución y recaudación.

Por ejemplo, los gobiernos locales de Kazakistán y Rusia no quisieron transferir fondos al sistema de aseguramiento en salud y perder el control de una gran parte de su presupuesto en salud. Adicionalmente, una sola agrupación, en particular una nacional con características de servicio nacional de salud, introduciría una especie de "monopolio público" en salud, que puede no ser muy atractivo para países que están luchando por alejarse del sistema público centralizado de la era soviética. Los

sistemas nacionales de salud usualmente enfrentan grandes problemas de eficiencia, incluyendo problemas de gobernabilidad y relacionados con la captura del sector de la salud de parte de los sindicatos, debido a su papel en la provisión directa de servicios. Por eso un debate sobre la eficiencia de una sola agrupación respecto de esquemas de agrupación virtual debe considerar las limitaciones de microeficiencia de los monopolios públicos (Schieber y otros, en preparación).

Aunque el desempeño de los dos enfoques no se ha evaluado, la tendencia entre los países de ingreso medio es agrandar el tamaño de la agrupación de riesgo y reducir su número. Existen algunas iniciativas en Europa oriental y Asia central de unir agrupaciones de riesgo. Estonia ha consolidado el número de agrupaciones de 22 a 7, y Rumania ha reducido su número de 14 a 6. Rusia está decidiendo si adopta un sistema de aseguramiento de salud con distribución de riesgo federal, mientras que Kazakistán y Uzbekistán están agrupando los ingresos generales a nivel territorial, de manera similar al sistema canadiense. En los Estados bálticos, la República Checa, Hungría, Eslovaquia y Eslovenia, la agrupación del riesgo está todavía más consolidada, los aseguradores de salud controlan más del 70% de los fondos públicos de atención de salud (Langenbrunner 2005).

Adquisición de servicios

La OMS (2000) identificó la compra estratégica como una función central para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, y muchos países han adoptado los principios generales de compra estratégica en sus reformas de salud. Pero aún así, en los países de ingreso medio, el paso de un sistema simple, retrospectivo, de pago a los proveedores hacia acuerdos de compras estratégicos ha sido lento y desparejo. En la mayoría de los países en desarrollo, incluyendo los países de ingreso medio, los elementos de compra pasiva todavía son dominantes y presentan retos a la protección financiera y la eficiencia del servicio de atención de salud.

Hacer que el proceso de compras sea estratégico

Las reformas en los sistemas de compras de servicios de salud generalmente buscan atender: el diseño de un paquete estándar de beneficios, un sistema de agrupación fragmentado y los incentivos organizacionales. Algunas reformas, particularmente en Europa oriental, han mejorado las funciones de compras del servicio de salud, en lo que tienen que ver con los incentivos en los mecanismos de pago a proveedores y con la calidad de los servicios.

El paquete de beneficios afecta la eficiencia de las compras y la protección financiera. Un paquete de beneficios –conjunto de servicios cubiertos por el seguro de salud

bajo condiciones específicas–, establece los límites de riesgo y los estándares para una protección financiera adecuada. La experiencia de algunas economías que han sido exitosas en aumentar la distribución de riesgo, como Costa Rica, República de Corea y Taiwán, China, demuestra que es importante desarrollar un paquete de beneficios explícito, sin importar el tipo de modelo de aseguramiento.

Para la mayoría de los países de ingreso medio en Europa oriental y América Latina, la preocupación por el diseño de un paquete de beneficios de salud tiene más que ver con el alcance de la cobertura, que con su extensión. Una comparación directa entre dos programas de aseguramiento gubernamental, en Chile, indica que el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que se concentra en asegurar contra eventos empobrecedores, ofrece mejor protección financiera a la población de bajos ingresos que el Instituto de Salud Pública y Medicina Preventiva (Isapre), que asegura contra eventos más frecuentes y de bajo costo, tiene altos deducibles, y excluye condiciones preexistentes (Baeza y Packard, en preparación). Aquellos cubiertos por un paquete con más alcance no caen en condición de pobreza tan usualmente como quienes tienen un paquete más "superficial". Y, a medida que las personas entran en condición de pobreza, deben retirarse del Isapre, en detrimento del objetivo de aseguramiento social. En las reformas de salud hechas en América Latina, existe entonces un impulso creciente por establecer un derecho explícito a un paquete de beneficios específicos. Colombia (1994), Chile (1996 y 2003), México (2003) y Argentina (2003) han introducido un paquete básico de beneficios como derecho específico, incluso para servicios cubiertos por el servicio nacional de salud.

Por el contrario, los esfuerzos en Europa oriental y Asia central para definir un paquete básico de beneficios han sido generalmente un fracaso. Las dificultades se relacionan con la falta de experiencia, información o voluntad política (Langenbrunner 2005).

Baja agrupación de riesgo y fragmentación afectan la eficiencia en las compras. Otro factor que afecta la eficiencia en las compras es el nivel bajo de agrupación de riesgo en países de ingreso medio. Sin agrupación de riesgo, un gobierno tiene menos control de la estrategia de entrega de servicios y menos poder de compra con que negociar con los proveedores. Adicionalmente, un sistema fragmentado puede estar sujeto a diferentes servicios o mecanismos de entrega de servicios con incentivos diferentes y potencialmente conflictivos, distorsionando el mercado de servicios de salud. Por ejemplo, los Estados de la antigua Unión Soviética no comenzaron con un mecanismo de agrupación de riesgo cuando su modelo centralizado cambió hacia uno de aseguramiento social. Los ingresos de impuestos generales, a la nómina salarial, y otros impuestos fluyeron directamente a los proveedores y compradores a nivel local, mediante el antiguo proceso de asignación presupuestaria por línea/ítem (Langenbrunner 2005). Sumándose a la complejidad, diferentes fuentes de

financiamiento financiaron categorías funcionales de gasto diferentes; por ejemplo, había fuentes de financiamiento diferentes para las inversiones de capital y costos operacionales. Un enfoque desarticulado como éste reduce la transparencia, las ganancias de eficiencia de las compras y aumenta los costos de transacción.

Temas organizacionales que afectan la eficiencia de las compras. Los temas organizacionales y de administración también contribuyen a las ineficiencias en la adquisición de servicios. Los problemas más aparentes están asociados con una falta de financiamiento adecuado y predecible, autonomía de los proveedores, información oportuna, y habilidades técnicas y administrativas. Los países de Europa oriental y Asia central usualmente prefieren soluciones altamente técnicas, que pueden agregar, en lugar de reducir, los problemas existentes. Por ejemplo, Kazakistán tiene fórmulas geográficas de asignación de recursos con 100 o más variables, y algunos países tienen complejos sistemas de pago a proveedores (algunas regiones de Rusia tienen 55.000 grupos de diagnóstico pagos), algunos de los cuales son más complicados que los de los países de la OCDE (Zhuganov, Vagner y Zhuganov 1994). Estos sistemas sufren de nuevas cargas administrativas, y las señales que envían a los proveedores son muchas veces muy complicadas para lograr una respuesta de comportamiento significativa.

Cambiar los mecanismos de compra de servicios

No existe un resumen completo del tipo de entidades de adquisición existentes en los países de ingreso medio, ni de su impacto. Existen ejemplos de fondos de aseguramiento en salud obligatorios que actúan como un comprador único (Estados bálticos, Bulgaria, Costa Rica, Hungría, Kirguistán, Rumania y Eslovenia), o de múltiples aseguradores que actúan como terceros pagadores de terceros (Argentina, Colombia, República Checa, Rusia y Eslovaquia). También existen ejemplos de contratación sin un comprador para terceros separado, diferente del Ministerio de Salud. En Kazakistán la ley exige que todos los niveles de contratación gubernamental con los proveedores se hagan por intermedio de unidades especiales (*Densaolik*), heredada del colapsado fondo de aseguramiento obligatorio (Durán, Sheiman y Schneider 2004). En el recuadro 8.3 y 8.4 se detallan las experiencias de reforma de Estonia y Eslovenia.

Reformas para separar los compradores de los proveedores. Algunos países de ingreso medio han llevado a cabo iniciativas para separar los compradores de los proveedores, mejorar los servicios al establecer una relación entre planes y prioridades con la asignación de recursos, optar por intervenciones más costo-efectivas y llevar los servicios más allá de las fronteras (tales como de atención en instalaciones a atención ambulatoria). En este sentido, las compras son un mecanismo alternativo de planear y cumplir con las necesidades de salud de la población y con las expectativas

Recuadro 8.3 *Estonia. Reforma exitosa en los métodos de financiamiento, compras y pagos*

La reforma de Estonia a su sistema de financiamiento de la salud y a la entrega de servicios, durante la transición de la década de 1990, es probablemente el caso más exitoso de las regiones de Europa oriental y Asia central en ese período. El éxito se atribuye a dos medidas: capacidad institucional y compromiso gubernamental.

El gobierno estableció un seguro nacional de salud en 1991, financiado por un impuesto de 13% a los salarios que incluyen fondos para enfermos y discapacitados (Jesse 2000). La ley de aseguramiento inicial estableció fondos semiautónomos en cada distrito (*county*). Estonia consolidó 22 agrupaciones a 7 a lo largo del tiempo, y en el 2000 creó la Agencia Central Unitaria de Aseguramiento en Salud. El fondo está adecuadamente equipado, con el personal apropiado y tiene un completo rango de sistemas de operación y planeamiento. La responsabilidad de la recaudación de ingresos se ha transferido a la oficina de impuestos y hay un grado alto de cumplimiento, gracias a que el sector informal es relativamente pequeño. El fondo de aseguramiento en salud funciona como los fondos de aseguramiento públicos en muchos países de la OCDE, y sirve como ejemplo para otros países de la región.

También comenzaron las reformas al sistema de compras, particularmente en las áreas de pago a proveedores y contratación de servicios. Los pagos a médicos de familia se basan en una combinación de pagos per cápita y de tarifas por servicios prioritarios como la inmunización. El pago per cápita representa más del 70% del pago total y se ajusta por grupo de edad. También hay una asignación por inversiones de capital y por la distancia al hospital. Los pacientes externos de los especialistas son sujetos a una tarifa con un límite máximo establecido.

Los médicos de familia han tenido funciones limitadas de financiamiento desde 1998. En 2002, recibieron un presupuesto virtual que representaba algo menos del 20% del total de la tarifa recibida per cápita, con la cual pueden comprar determinados servicios especializados en clínicas y servicios de diagnóstico. Entre ellos se incluyen cirugías menores y fisioterapia, procedimientos comunes de endoscopia, rayos X y exámenes bioquímicos. Parte de los servicios a las familias y otras características del sistema se privatizaron.

Los contratos con los hospitales tienen un límite máximo y se realizan ajustes por tipo de caso. El sistema de pagos hospitalarios evolucionó de presupuestos detallados por línea o ítem, hacia presupuestos por día, tarifas por servicio con ajustes de acuerdo con el caso y, recientemente, grupos de diagnóstico relacionados.[1] Los grupos de diagnóstico relacionados se están introduciendo en etapas a lo largo de los años de modo que se alcance el 30% en 2005. Los métodos de pago por capital y de servicios de largo

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 8.3)

plazo también se están desarrollando. Desde 1990 hasta el 2000, el promedio de días de estadía bajó un significativo 47%, a menos de 7 días, pero las admisiones aumentaron 10% debido a los incentivos en el pago.

Una estrategia de racionalización agresiva de los hospitales jugó también un papel importante. Se desarrolló un plan maestro de instituciones, en la década de 1990, para consolidar verticalmente los hospitales especializados bajo el modelo de la antigua Unión Soviética en grandes redes con autonomía para desarrollar mecanismos de gobierno comunitario. Las redes redujeron su tamaño progresivamente a su propia capacidad y presupuesto. El número total de entidades se redujo de 115 a 67 entre 1993 y 2001, con un objetivo de 13 hospitales regionales para 2015. En total, el número de camas bajó 38% entre 1990 y 2000.

Estonia se benefició de un numeroso grupo de líderes entusiastas y bien entrenados que promovieron las reformas. Los países donantes, como Finlandia y Suecia, influenciaron positivamente a Estonia en el desarrollo de una agenda de reformas y ofrecieron guías para la planeación del sistema de entrega de servicios. Además de esto, en Estonia el proyecto de salud del Banco Mundial respaldó el entrenamiento y el desarrollo del personal, mejoró la contabilidad y el sistema de manejo de información, y contribuyó a refinamientos mayores en el sistema de pago con incentivos más fuertes para la eficiencia y la calidad de la atención.

Las mejoras en las condiciones de la economía y el empleo, y la implementación de nuevas regulaciones parecen haber contribuido al éxito. La estabilidad macroeconómica continua, junto con esfuerzos adicionales para mejorar la eficiencia, respaldaron la sostenibilidad financiera del sistema.

1 Un grupo de diagnóstico relacionado (DRG por las iniciales en inglés de *diagnosis-related group*) es una clasificación en grupos de los tipos de casos hospitalarios que se espera usen niveles similares de recursos hospitalarios. El sistema Medicare de Estados Unidos utiliza esta clasificación para pagar la atención hospitalaria por paciente. Los grupos dependen del diagnóstico, procedimientos, edad, género y la presencia de complicaciones o de comorbilidad. Las comparaciones entre diferentes versiones de DRG deben hacerse con cuidado porque los criterios se revisan periódicamente (Agency for Health Care Research and Quality 2004).

de los consumidores. Se busca mejorar el desempeño de los proveedores al darles a los compradores los incentivos financieros y las herramientas de monitoreo para aumentar la respuesta y la eficiencia del proveedor, facilitar la descentralización de la administración y la devolución de la toma de decisiones, permitiéndole al proveedor concentrarse en la producción eficiente de servicios determinada por el comprador, introduciendo competencia entre proveedores y usando mecanismos de mercado para incrementar la eficiencia (Figueras, Jakubowski y Robinson 2001). Desde 1990,

la mayor parte de las reformas de América Latina, incluyendo las de Argentina, Brasil, Chile (Fonasa), Colombia, Costa Rica (Reforma a la seguridad social), México y Perú (Baeza y Packard, en preparación), han introducido algunos elementos que buscan fortalecer la relación comprador-proveedor.

Innovación en la contratación. También ha habido innovaciones en los métodos de contrataciones. En la última década, se ha desarrollado un gran grupo de modelos de contrato para la compra de servicios en países de ingreso medio en Europa oriental, América Latina y el Medio Oriente. La racionalidad de tales "contratos" es introducir alguna forma de rendición de cuentas que, por lo general, no existe en entidades del sector público, o manejadas por el Estado. La contratación se aplica a la selección de proveedores (hospitales y clínicas), al personal de médicos y enfermeras, y a los servicios individuales o a los paquetes de beneficios y, en general, se incluyen términos relacionados a programas que garanticen calidad y mejoras de desempeño. Sin embargo, los países de Europa oriental y Asia central contratan principalmente para promover nuevas direcciones y objetivos de entrega de servicios, no como un compromiso legal. De este modo, los contratos tienden a ser acuerdos "suaves", en lugar de documentos legales restrictivos. Sin embargo, muchos países continúan promoviendo más contratos basados en el desempeño, como Rumania lo ha hecho con los médicos de atención primaria (Vladescu y Radulescu 2001).

Innovaciones en el mecanismo de pago a proveedores. También ha habido innovaciones en los pagos a los proveedores, principalmente mediante cambios en los incentivos a los hospitales y médicos. Los mecanismos tradicionales de pagos a los proveedores hospitalarios se han cambiado por métodos alternativos como pago por día, por caso o por grupo de diagnóstico relacionado (DRG) para los hospitales. Del mismo modo, en varios Estados bálticos, los mecanismos de financiamiento de atención primaria y los pagos per cápita a los médicos han evolucionado hasta incluir una variedad de modelos, como pagos directos a los doctores o por intermedio de instituciones, haciendo énfasis en los servicios prioritarios, o bonos para propósitos específicos. Los pagos de especialistas se manejan mediante un fondo de aseguramiento diferente.

Las compras estratégicas junto con nuevos incentivos de pagos a los proveedores han aumentado la eficiencia hasta cierto punto, pero también tienen consecuencias inesperadas. Los modelos estrictos de capitación han mostrado que reducen el uso de servicios preventivos y hacen que los proveedores atiendan menos a los pacientes, como en Kazakistán (Langenbrunner y Adeyi 2004). Los pagos por servicio inducen exceso en el consumo de servicio y aumento en los costos, incrementando el volumen de casos. Algunos países de ingreso medio de Europa oriental y la antigua Unión Soviética están desplazando su atención a los próximos retos de financiamiento: contener los costos.

Reformas para introducir mercados internos. Entre éstas se incluyen la separación de proveedores y compradores, las compras público-privadas, la reforma al sistema de pago de proveedores y la descentralización. Esas reformas intentan afrontar las barreras a la extensión de cobertura que surgen principalmente de la microineficiencia en la producción de servicios de los proveedores públicos, y buscan establecer un marco de incentivos más orientado al usuario (Enthoven 1985).

Junto con la reforma a las compras en el interior de los sistemas de aseguramiento social, existen tres elementos clave que son comunes a la introducción de mercados internos. Primero, se debe establecer una nueva relación entre la organización de compras y los proveedores individuales o las redes de proveedores. En esta relación la demanda de servicios de salud se separa de la oferta, usando mecanismos de precios, mecanismos de pago a proveedores, o acuerdos contractuales y cuasicontractuales. Segundo, se debe establecer un ambiente de incentivos apropiado para los proveedores, especialmente se deben determinar las señales de precios correctas. Este ambiente incluye cambio en pagos a los proveedores, moviéndose desde un financiamiento histórico del lado de la oferta hacia presupuestos con demanda variada y mecanismos de pago de financiamiento del lado de la demanda (o al menos un mecanismo de "dinero que sigue al paciente"), relacionado con la producción de servicios, y también con elementos de distribución de riesgo entre proveedores y compradores mediante mecanismos como presupuestos globales, capitación o DRG. Tercero, la implementación exitosa de reforma a los pagos de los proveedores necesita bastante flexibilidad en el manejo de recursos por parte de los proveedores de servicios públicos. Ellos necesitan poder adaptar su función de producción de servicios y estructuras de costos a la evolución continua de las señales de precio, determinadas por los nuevos mecanismos de pagos y la competencia con proveedores privados. Esto incluye diferentes formas de autonomía hospitalaria, entre ellas, la corporativa y la privatización.

La evidencia del impacto de la separación de proveedores y compradores sobre la microeficiencia, en países de ingreso medio y bajo, está todavía evolucionando, ya que ha habido grandes restricciones en la implementación completa y en el funcionamiento de esta división. Esto se debe a las dificultades que generalmente enfrentan los proveedores públicos en ajustar sus estructuras de costos sin reformas paralelas importantes en la administración del sector público, especialmente en la administración de personal.

Las reformas iniciales de pagos a proveedores asumían que los administradores de servicios públicos recibirían y entenderían las señales de precios de los nuevos mecanismos de pago, conocían cómo responder y estaban dispuestos a actuar apropiadamente, a pesar de otros incentivos organizacionales e institucionales; y tenían flexibilidad adecuada legal y administrativa para hacer los cambios correctos. También se asumía que las autoridades políticas en el sector y en el gobierno estarían dispuestos y podrían lidiar con los problemas políticos asociados a esa flexibilidad

Recuadro 8.4 *Eslovenia. Mejoras en el financiamiento, mecanismos de pago y calidad de atención*

Eslovenia estableció un esquema de seguridad social en 1993, con un impuesto a la nómina salarial de 13,25%. Desde el 2000, Eslovenia se ha embarcado en reformas dirigidas a contener los costos, el acceso y la calidad del servicio de salud. Las mejoras han incluido reformas al sistema de financiamiento, como cambios en la cobertura y estructura de los copagos bajo el Paquete Básico de Beneficios y la introducción y la administración del aseguramiento suplementario de salud; las reformas de pagos, cubriendo servicios de atención primaria, secundaria, terciaria, de largo plazo y paliativos; e incrementos en la calidad del servicio. Se adoptó un enfoque basado en la evidencia de las reformas, y la implementación contó con financiamiento del proyecto de administración del sistema de salud del Banco Mundial (2000-4).

El aseguramiento suplementario voluntario se introdujo para cubrir los copagos del aseguramiento social en salud. Dado que la tasa fija de contribución de seguro suplementario es relativamente baja y los copagos por muchos de los servicios incluidos en el paquete son muy altos (como en el caso de los medicamentos), la mayoría de los ciudadanos (más del 90%) han comprado un seguro suplementario. Así, esto se convierte en un medio de ingresos adicionales estable y seguro para el sector de la salud. Pero el aseguramiento suplementario ha comenzado a mostrar algunas limitaciones. Es algo regresivo debido a la tasa fija de las primas, y la utilización ya no es un mecanismo de control inherente en los copagos. El aseguramiento suplementario que cubre los copagos ha incrementado la utilización discrecional de los servicios y de aquéllos financiados públicamente, como en Francia y Estados Unidos.

Eslovenia ha logrado grandes reformas en el sistema de información de salud, que ofrece las bases para el desarrollo de sistemas más sofisticados de pago y de administración de la utilización. El sistema usa tarjetas inteligentes para recolectar información de salud a nivel individual. La creación de estándares mínimos en la arquitectura de información y en las bases de datos puede haberse beneficiado de los estándares de la Unión Europea. El siguiente paso es un diagnóstico de los datos, relacionando el uso con datos de proveedores, instituciones y costos. Un sistema tan completo ayudará a mejorar el proceso de pagos, calidad y administración.

Como parte de las reformas para mejorar la calidad de la atención, Eslovenia ha involucrado a la comunidad médica en el desarrollo de métodos clínicos y guías de estándares de calidad. También se está implementado un sistema comprensivo para el incremento en la calidad de los servicios de salud. Algunos ejemplos incluyen los informes voluntarios de eventos centinela a nivel nacional; un manual nacional de la metodología de desarrollo de guías de práctica clínica; y (en el hospital) desarrollo de métodos

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 8.4)

clínicos, acreditación de instituciones, un manual de autoevaluación, desarrollo de indicadores y proyectos de promoción de la salud en colaboración con la OMS.

Eslovenia ha logrado éxito en las reformas debido a varios factores favorables. Se ha beneficiado de excelentes capacidades institucionales, de manejo y administrativas en el Ministerio de Salud de Eslovenia, que lideró el proceso y controló los aspectos técnicos difíciles del proceso. La definición de la membresía en la UE también ayudó a promover un enfoque hacia resultados y asegurar la sostenibilidad. Finalmente, el país ha hecho participar a todos los posibles involucrados en acuerdos de estándares de calidad y en la evaluación y actualización de sistemas de salud.

(Baeza 1998). La experiencia de los últimos 15 años ha demostrado cada vez más que estas condiciones muchas veces no existen. Las reformas institucionales efectivas se deben implementar junto con reformas de compras, particularmente las que ofrecen mayor flexibilidad de manejar personal. Adicionalmente, una condición necesaria para las reformas de pagos a proveedores, la modernización efectiva del manejo del sector público y de los estatutos de servicio civil, ha estado ausente en la mayoría de los esfuerzos de reformas en el sector de la salud.

Otras consideraciones

Además de las tres funciones de financiamiento discutidas anteriormente, los países de ingreso medio saben bien que otras consideraciones institucionales son esenciales para el éxito de sus sistemas de financiamiento de la salud: fortalecimiento de la infraestructura de atención de salud, información oportuna para el público, mejor gobernabilidad mediante incentivos de política a los aseguradores y proveedores, y fuerte monitoreo regulatorio del aseguramiento privado de salud y de la entrega de servicios. Estos temas se exploran y discuten en otros capítulos.

Las historias exitosas presentadas en este capítulo sugieren que un paquete definido de beneficios, junto con las reformas dirigidas a aumentar la agrupación del riesgo, juegan un papel crítico en lograr mayor inclusión mediante la solidaridad en el financiamiento de la salud (aumentando potencialmente la protección financiera) y aumentando el acceso a los servicios necesarios de atención de salud. Para que una reforma sea exitosa, también es importante mejorar los incentivos de los proveedores mediante acuerdos efectivos de compras.

Anexo 8.1 Resumen de reformas recientes de sistemas de salud en países de ingreso medio

Tipo de reforma	*Reforma específica*	*País*	*Características*
Fortalecimiento de los acuerdos entre comprador y proveedor en el servicio nacional de salud y seguridad social	Separación de las funciones de compra y provisión	Uruguay (1998)	Fortalecimiento de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) como agencia compradora
		Argentina (1997)	Reforma al sector de la salud en Salta y Mendoza a finales de la década de 1990
		Chile (1981-97)	Creación de Fonasa a principios de la década de 1980 y su consolidación como la agencia pública de compras del sector a finales de la década de 1990
		Colombia (1994)	
		Eslovenia	
		Estonia	
	Reforma a los mecanismos de pagos de proveedores públicos	Costa Rica (1995)	Reforma a los mecanismos de pagos al interior de la Caja Costarricense de Seguro Social
		Chile (1985-92)	Pagos per cápita a nivel municipal por el servicio de atención primaria y reforma a los mecanismos de pagos de Fonasa-NHSS
		Brasil (1985)	Reformas en la contratación y en los mecanismos de pagos para contratar con proveedores privados
		Nicaragua (1998)	Descentralización presupuestaria y acuerdos de desempeño
Introducción de competencia pública y privada	Competencia privada y pública por el aseguramiento obligatorio de salud	Chile (1985)	ISAPREs
		Colombia (1994)	EPS
		Estonia	
	Subsidio del lado de la demanda para el aseguramiento	Colombia (1994)	Modalidad subsidiada en la reforma al sistema de aseguramiento social
	Competencia privado-pública por la provisión de servicios financiados por el sector público	Chile (1985)	Sistema de vales por servicio (vouchers) de Fonasa
		Argentina (Salta, 2001)	Contratación externa de servicios de administración hospitalaria al sector privado (Hospital Materno e infantil)

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación anexo 8.1)

Reconversión de proveedores públicos	Participación comunitaria directa en la gobernabilidad de los proveedores públicos	Panamá (1999)	Hospital San Miguelito
		Perú (1994)	Class
		Bolivia (1994)	Descentralización municipal del aseguramiento materno-infantil
	Autonomía de los hospitales públicos	Argentina (1994)	
		Colombia (1994)	
		Uruguay (1998)	
		Panamá (1999)	
		Chile (2003)	
Aumento de las agrupaciones de riesgo		Costa Rica Chile	
		Polonia	
		Estonia	
		República Checa	
		Brasil	
		República Árabe de Egipto	
		Taiwán, China	
		República de Corea	
Definición de paquete de beneficios		Colombia Argentina	
		Chile	
		México	
		Uruguay	
		Bolivia	
		Brasil	

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación anexo 8.1)

Integración de aseguramiento privado	Filipinas Colombia Chile Eslovenia
Cambio en la base de ingresos	Kazakistán Rusia
Cobertura universal	Chile Perú Ecuador Costa Rica Argentina Bolivia Uruguay Rusia (Región de Samara)
Expansión del servicio nacional de salud	Brasil México

Fuente: Recopilación de los autores.

Referencias

Agency for Health Care Research and Quality. 2004. [www.ahrq.gov/data/hcup/94drga.htm#TOC].

Alamiro, E. S., C. Soriano, J. M. Ochave, M. T. de los Ángeles y R. V. Macalintal. 2002. *Alternative Financing Sources for PhilHealth's Indigent Program.* Washington, D. C.: Health Sector Reform Technical Assistance Project, Management Sciences for Health.

Alamiro, E. S. y A. Weber. 2002. *Making PhilHealth Policies More Pro-Poor.* Eschborn: GTZ (Deutsche Gesellschaft für Zusammenarbeit).

Anderson, E., T. Conway, A. McKay, J. Moncrieffe, T. O'Neil y L. H. Piron. 2003. "Inequality in Middle Income Countries: Key Conceptual Issues." Londres: Overseas Development Institute, Poverty and Public Policy Group.

Arrow, K. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review* 53 (5): 851-83.

Baeza, C. 1998. *Taking Stock of Health Sector Reform in Latin America.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Baeza, C. y M. Cabezas. 1998. *Is There a Need for Risk Adjustment in Health Insurance Competition in Latin America?* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Baeza, C. y F. Muñoz. 1999. "Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI." *Documentos para el diálogo en salud 3.* Santiago: Centro Latinoamericano de Investigación en Sistema de Salud.

Baeza, C. y T. Packard. En preparación. "Beyond Survival: Protecting Households from the Impoverishing Effects of Health Shocks. A Regional Study." Washington, D. C.: Banco Mundial.

Banco Mundial. 2004. *World Development Indicators 2004.* Washington, D. C.

———. 2005. *Informe sobre el desarrollo mundial: un mejor clima de inversión para todos.* Bogotá, Banco Mundial y Alfaomega.

Bitrán, R., M. Muñoz, P. Aguad, M. Navarrete y G. Ubilla. 2000. "Equity in the Financing of Social Security for Health in Chile." *Health Policy* 50 (3): 171-96.

Coase, R. 1937. *The Nature of the Firm.* [http://people.bu.edu/vaguirre/courses/bu332/nature_firm.pdf].

Durán, A., I. Sheiman y M. Schneider. 2004. "Contracting in Eastern and Central Europe." En J. Figueras, E. Jakubowski y R. Robinson, eds., *Purchasing for Health Gain.*

Ensor, T. y R. Thompson. 1998. "Health Insurance as a Catalyst to Change in Former Communist Countries?" *Health Policy* 43 (3): 203-18.

Enthoven, A. 1985. *Reflections on the Management of the National Health Service.* Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

European Observatory on Health Care Systems. 2002. "Health Care in Central Asia." Documento de política, Bruselas.

Figueras, J., E. Jakubowski y R. Robinson. 2001. "Purchasing for Health Gain in Europe." Nota conceptual, febrero, European Observatory on Health Systems and Policies, Bruselas.

Gericke, C. 2004. "Financing Health Care in Egypt: Current Issues and Options for Reform." Documento presentado en el Global Medical Forum Middle East Summit, Beirut, mayo 11-13.

Hsiao, W. C. 1994. "'Marketization' –the Illusory Magic Pill." *Health Economics* 3 (6): 351-7.

———. 1995. "Abnormal Economics in the Health Sector." *Health Policy* 32 (1-3): 125-39.

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). 2003. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Jesse, M. 2000. "Health Care Systems in Transition: Estonia." European Observatory on Health Systems and Policies. Bruselas.

Laffont, J.-J. 1990. *The Economics of Uncertainty and Information.* Cambridge, Mass.: MIT Press.

Langenbrunner, J. C. 2005. "Health Care Financing and Purchasing in ECA: An Overview of Issues and Reforms." Documento preliminar. Washington, D. C.: Banco Mundial.

Langenbrunner, J. C. y O. Adeyi, eds. 2004. *Ten Years of Transition in ECA HNP: Experiences, Lessons Learned, and Implications.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Linn, J. F. 2001. "Attacking Poverty in Middle-Income Countries: Tensions and Strategies." Discurso final en el XIII Malente Symposium, Luebeck, Alemania, junio 26-27.

Londoño, J. 1996. "Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana." *Revista de Análisis Económico* 11 (2): 37-60.

Londoño, J. y J. Frenk Mora. 1997. "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America." *Health Policy* 41 (1): 1-36.

Milgrom, R. y J. Roberts. 1992. *Economics, Organization, and Management.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.

Newhouse, J. 1998. "Risk Adjustment: Where Are We Now?" *Inquiry* 35 (2): 122-31.

OIT. 2001. *Social Security: A New Consensus.* Ginebra.

OIT/STEP (International Labour Office/Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty). 2002. *Towards Decent Work: Social Protection for Health for All Workers and Their Families.* Ginebra.

OMS. 2000. *Health Systems: Measuring Performance.* Ginebra.

———. 2003. *The World Health Report 2003: Shaping the Future.* Ginebra.

———. 2005. *World Health Report Statistical Annex.* Ginebra.

Peabody, J. W., S. Lee y S. R. Bickel. 1995. "Health for All in the Republic of Korea: One Country's Experience with Implementing Universal Health Care." *Health Policy* 31 (1): 29-42.

Raad, F. 2005. "Health Reform in MENA." Presentation at Health Sector Retreat, Washington, D. C.

Restrepo Trujillo, M. 1997. "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada." Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), Santiago.

Rothschild, M. y J. Stiglitz. 1976. "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information." *Quarterly Journal of Economics* 90 (4): 630-49.

Saadah, F. 2005. "Health Reform in EAP." Presentación en el Health Sector Retreat, Washington, D. C.

Savedoff, W. D. 2005. "Mandatory Health Insurance in Developing Countries: Overview, Framework, and Research Program." Documento preliminar, Banco Mundial, Washington, D. C.

Schieber, G. 2004. "Health Reform in MENA: The Future Is Now." Presentación en el Global Medical Forum Middle East Summit, Beirut, mayo 11-13.

Schieber, G., C. Baeza, D. Kress y M. Maier. En preparación. "Financing Health Systems in the 21st Century." En D. Jamison, J. Berman, A. Meacham, G. Alleyne, M. Claeson, D. Evans, P. Jha, A. Mills y P. Musgrove, eds., *Disease Control in Developing Countries,* 2ª ed. En preparación. *Disease Control Priorities Project*. Washington, D. C.: Banco Mundial; Nueva York: Oxford University Press.

Sekhri, N. y W. Savedoff. 2005. "Private Health Insurance: Implications for Developing Countries." *Bulletin of the World Health Organization* 83 (2): 127-34.

Sheshinski, E. y L. F. López-Calva. 1998. *Privatization and Its Benefits: Theory and Evidence.* Cambridge, Mass.: Harvard Institute of International Development.

Tapay, N. y F. Colombo. 2004. "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems." En *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies.* OECD Health Project. París: OCDE.

Vladescu, C. y S. Radulescu. 2001. "Improving Primary Health Care: Output-Based OCDE. Contracting in Romania." En P. Brook y S. Smith, eds., *Contracting for Public Services.* Washington, D. C.: Banco Mundial.

Williamson, O. 1985. *The Economic Institutions of Capitalism.* Nueva York: Free Press.

Yepes, F. 2001. "Health Reform in Colombia." En P. Lloyd-Sherlock, ed., *Health Care Reform and Poverty in Latin America.* Washington, D. C.: London & Brookings Institute Press.

Zhuganov, O. T., A. V. Vagner y N. O. Zhuganov. 1994. *The System of Health Finance Allocation.* Alma Ata, Kazakistán: Institute of Medical Sciences.

9
Financiamiento de la salud en países de ingresos altos

La lección principal de la experiencia de los países de altos ingresos con el financiamiento de la atención de salud es simple: las reformas al financiamiento deben apoyar el objetivo de cobertura universal. La mayoría de los países de altos ingresos comenzaron con un sistema de aseguramiento voluntario, que se extendió gradualmente al aseguramiento obligatorio para ciertos grupos y finalmente alcanzó la cobertura universal, ya sea mediante esquemas nacionales de aseguramiento social, o de un servicio nacional de salud financiado con impuestos. Las funciones de distribución de riesgo y prepago son esenciales. Adicionalmente, los mecanismos de recaudación de ingresos, ya sean ingresos de impuestos generales o impuestos a la nómina salarial, son secundarios respecto al objetivo básico de ofrecer protección financiera mediante mecanismos efectivos de distribución de riesgo. La experiencia de los países de altos ingresos indica que el aseguramiento privado, las cuentas de ahorro médico y otras formas de recaudación de ingresos son métodos suplementarios para aumentar la cobertura universal.

Seis lecciones de la experiencia de los países de altos ingresos pueden ser útiles para los países de ingreso bajo y medio:

- *Facilitar el crecimiento económico sostenido*. El elemento más importante para acelerar la transición hacia la cobertura universal es aumentar el nivel de PIB per cápita. Un incremento en el PIB per cápita permite a los individuos y empleadores hacer contribuciones o pagar los impuestos para financiar el sistema de salud. A medida que las preferencias en salud cambian cuando el ingreso aumenta, la demanda por beneficios crece, un crecimiento económico sostenido y sus efectos multiplicadores son necesarios para facilitar la cobertura universal.
- *Iniciar proyectos piloto de aseguramiento voluntario en salud*. El desarrollo de mecanismos de financiamiento parece seguir un sendero relativamente estándar, co-

mienza con el aseguramiento voluntario, generalmente en forma de esquemas de financiamiento comunitario. Estos proyectos piloto juegan un papel importante en la construcción de confianza pública en esquemas de prepago. Por ejemplo, los esquemas de financiamiento voluntario ayudaron a Alemania y Japón a desarrollar habilidades para administrar los fondos y a proveer personal capacitado para la posterior introducción de un esquema obligatorio (Bärnighausen y Sauerborn 2002).

- *Promoverle el desarrollo de habilidades administrativas.* La evidencia muestra que la capacidad de administrar programas complejos es esencial para la supervivencia de esquemas de financiamiento de la salud. En la República de Corea, la disponibilidad de administradores bien entrenados en posiciones administrativas medias fue fundamental para expandir el sistema de aseguramiento social en salud (Carrin y James 2004).
- *Asegurar compromiso político para expandir la cobertura*. El aseguramiento voluntario ha sido seguido generalmente de la introducción del aseguramiento social obligatorio para ciertos grupos. La experiencia de Alemania y Japón muestra que la prosperidad económica no es una condición necesaria para este importante paso, ya que ambos países eran "pobres" cuando se introdujo el aseguramiento social. El desarrollo posterior de los esquemas de financiamiento hacia la cobertura universal, sin embargo, sí requiere desarrollo económico. Conviene resaltar que, después de la introducción del aseguramiento social en salud, la mayoría de los países estudiados integraron gradualmente más y más grupos, extendiendo la cobertura de empleados de empresas grandes a los de empresas de tamaño mediano y pequeñas, a medida que la prosperidad económica aumentaba y la clase media comenzó a crecer (OCDE 2003). La expansión gradual de la cobertura fue esencial para entrenar a los administradores y al personal. Aunque el sector formal es importante, un logro del crecimiento económico, un compromiso político claro para la expansión de la cobertura es crucial para la expansión sistemática del aseguramiento social, como lo demuestra Alemania.
- *Combinar la expansión de la cobertura con la distribución del riesgo*. A medida que aumenta la cobertura, depender de una agrupación de riesgo pequeña y fragmentada no es suficiente (como los esquemas comunitarios en cada villa). Estos pequeños aseguradores corren un alto riesgo de insolvencia, debido a la inestabilidad de sus ingresos y gastos. Adicionalmente, los asegurados en estas pequeñas agrupaciones corren el riesgo de que los pagos sean inequitativos, ya que los riesgos de salud no están distribuidos de modo parejo. Estos problemas pueden afrontarse incrementando el tamaño de cada asegurador (a más de algunos miles), introduciendo el reaseguramiento, y finalmente introduciendo un mecanismo más apropiado de distribución de riesgo, incluyendo la población total. Tales mecanismos pueden ser relativamente simples al inicio y fáciles de administrar.

- *Asegurar la evaluación de productos y servicios en cada etapa*. Sin importar qué tan pequeño sea el presupuesto inicial para la salud, éste debe incluir un sistema para evaluar los efectos de los productos y servicios financiados. Sólo las tecnologías cuya efectividad haya estado comprobada bajo las circunstancias particulares de los países deben incluirse en el paquete de beneficios.

Principales tendencias de reforma en los países de ingresos altos

Este capítulo define un país de altos ingresos como aquel que tiene un PIB de más de US$16.000 en términos de paridad de poder adquisitivo. Esta definición incluye todas las economías de mercado de la OCDE, exceptuando México y Turquía, y los países de Europa oriental y central, e incluye Singapur. Estos 25 países incluyen 18 en Europa (los 15 países de la Unión Europea más Islandia, Noruega y Suiza), 2 en Norteamérica (Canadá y Estados Unidos), y 5 en Asia oriental y el Pacífico (Australia, Japón, República de Corea, Nueva Zelanda y Singapur). Los países están divididos en tres grupos de acuerdo con su principal mecanismo de financiamiento de la salud (cuadro 9.1). Cuando es apropiado, el grado de financiamiento privado como porcentaje del gasto total en salud también se usa para agrupar los países.

Desde finales de la década de 1970, gran parte de la atención política y científica en los países de altos ingresos se ha enfocado en los aspectos de "financieros" del sistema de atención de salud. Esta atención tiene que ver con la preocupación de contener los costos y, en menor medida, de aumentar la eficiencia. Al mismo tiempo, los sistemas de salud fueron sustancialmente reformados –aunque con poca visibilidad pública–, en búsqueda de objetivos no financieros, como una mayor cobertura y mayor inclusión de servicios, para incrementar el acceso y la equidad.

En particular, Australia (en 1975), Portugal (1978), Irlanda (1980), Grecia (1984), España (finales de la década de 1980) y Corea (1989) introdujeron la cobertura obligatoria universal. Bélgica (1998) y Francia (2000) lo hicieron posteriormente, al extender su sistema de aseguramiento social a segmentos de la población que no estaban asegurados, utilizando el principio de considerar el nivel profesional actual o pasado como la base para participar en un fondo de salud.

La principal expansión de cobertura ocurrió en el servicio de atención de largo plazo, en Austria (1993), Alemania (1996), Luxemburgo (1998) y Japón (2000). La evolución es diferente para la atención dental y los farmacéuticos; algunos países restringieron la cobertura en estas áreas, mientras que otros las incluyeron.

La organización de agrupaciones y los mecanismos de compras han cambiado en muchos países de altos ingresos. La agrupación –al menos en los países con aseguramiento social en salud– se volvió mas centralizada, mientras que las compras –al menos en muchos de los sistemas financiados con impuestos– se han descentralizado más. El sistema de aseguramiento social tomó este rumbo para lograr mayor equidad

Cuadro 9.1 *Grupo de países de altos ingresos según mecanismo de financiamiento de salud, 2002*

Financiado principalmente con impuestos	*Financiado principalmente con contribuciones a la seguridad social*	*Mixtos, principalmente con financiamiento privada*
Participación pública alta (más de 70%)		
Dinamarca	Alemania	
España	Bélgica	
Finlandia	Francia	
Islandia	Holanda	
Irlanda	Japón	
Italia	Luxemburgo	
Nueva Zelanda		
Noruega		
Suecia		
Reino Unido		
Participación privada relativamente alta (más de 30%)		
Australia	Austria	Estados Unidos
Canadá	República de Corea[a]	Grecia
Portugal	Suiza	Singapur
13 países	9 países	3 países

a Estrictamente hablando, el gasto privado constituye la mayoría del total, pero debido a la preponderancia de mecanismos de seguridad en todo el sistema de salud, Corea se ha agrupado aquí.

entre los fondos para enfermedad pequeños y fragmentados, que generalmente están presionados por diferentes estructuras de riesgo. En algunos países, esta centralización se combinó con mayor intervención estatal (al interior del mecanismo de agrupación y en la fórmula de asignación), y con mayor libertad para los asegurados en la elección del fondo. En los países con financiamiento por impuestos, se espera que la descentralización de la función de compras aumente la rendición de cuentas, así como la eficiencia en la provisión de la atención (y en algunos países en la selección del proveedor). La pregunta sobre si la descentralización de las compras –y, paralelamente en la provisión de servicios– será seguida por una tendencia similar en la recaudación y agrupación todavía está por responderse, especialmente en Italia.

Además de los controles de gasto mediante presupuestos o límites máximos, los esfuerzos de control de costos incluyeron un aumento en la dependencia de gastos

de bolsillo de los pacientes en el momento del servicio, aunque no para todos los países. Tales pagos pueden ser regresivos y no se consideran como herramientas clínicamente apropiadas para moderar la demanda, pero pueden aumentar la eficiencia asignativa si se diseñan cuidadosamente. Por ejemplo, un esquema de copago con límites de ingreso, recientemente introducido en Alemania, resultó en menos visitas médicas, sin desestimular a los grupos de bajos ingresos ni a las personas con mala salud. A medida que aumenta la importancia de los mecanismos de copago, los hacedores de política se dan cada vez más cuenta de los problemas de regresividad asociados a ellos. En Holanda, por ejemplo, el servicio dental para adultos se excluyó, y posteriormente se introdujo para segmentos no cubiertos de la población, pero luego fue retirado nuevamente. En Japón, el último gran aumento en las tasas de coseguros en el aseguramiento de salud de los empleados, en abril de 2003, fue de 20 a 30% y se vendió políticamente como un aumento de la equidad, porque la tasa de aseguramiento nacional ya estaba en ese nivel. Al mismo tiempo, los hacedores de política agregaron una cláusula a la ley que dice que la distribución de costos nunca debe exceder ese nivel.

Decisiones de cobertura y derecho a beneficios

La cobertura incluye la cantidad de población cubierta, el rango de los servicios cubiertos y el grado en que los costos de los servicios definidos están cubiertos por un financiamiento prepago (y no a través de requerimientos de costos compartidos). La aspiración a cumplir con estas tres dimensiones de cobertura, tanto como sea posible, puede describirse mediante los principios fundacionales del Sistema Nacional de Servicio de Salud Británico en 1948: "universal, comprensivo y gratuito en el punto de entrega del servicio".

¿Quién está cubierto?

Mejorar el acceso a los servicios de atención de salud ha sido un objetivo fundamental de las políticas de salud de los países de la OCDE en los últimos 30 años. Con excepción de Estados Unidos, todos los países aquí mencionados han alcanzado la cobertura universal o casi universal de su población en la década de 1990 (Docteur y Oxley 2003). El criterio de derecho a la cobertura difiere en gran medida entre los países con sistemas de aseguramiento social, los países que se financian con impuestos y los países en donde la mayor parte de la atención de salud se financia mediante aseguramiento privado de salud o con cuentas de ahorro médico.

Países con sistema de aseguramiento social en salud. Históricamente los sistemas de aseguramiento social en salud eran programas de aseguramiento asociados con el

trabajo, por lo que la cobertura universal no era su objetivo original. Aunque en todos los países con aseguramiento social en salud la cobertura se ha ido expandiendo gradualmente a segmentos no trabajadores de la población, la cobertura universal es un fenómeno reciente. Suiza alcanzó la cobertura universal en 1996, Bélgica en 1998, y Francia recién en el 2000. Una excepción notable en Europa es Holanda, que introdujo el aseguramiento de largo plazo (AWBZ) para toda la población en 1968. Incluso anteriormente, el sistema de aseguramiento social de Japón logró la cobertura universal con una corrección en 1961 de la Ley de Aseguramiento Nacional de 1938. Desde entonces, la membresía en uno de los 5.124 fondos de enfermedad existentes (en 2002) es obligatoria para toda la población.

El gobierno de la República de Corea introdujo el aseguramiento social en 1976 para reducir la carga excesiva de gastos por atención médica de los hogares y promover la salud de su población. Inicialmente, todas las compañías con más de 500 empleados tenían la obligación de ofrecer aseguramiento en salud a sus empleados. Con el paso del tiempo, esta obligación se extendió a compañías de menor tamaño, hasta llegar a las de cinco empleados en 1988. A comienzos de la década de 1980, la cobertura de aseguramiento se expandió a empleados de escuelas gubernamentales y privadas y a trabajadores por cuenta propia, incluyendo empleados de compañías con menos de cinco empleados. La cobertura universal se logró en 1989, cuando los empleados por cuenta propia de las zonas urbanas fueron incorporados en el esquema (OCDE 2003). A finales de la década de 1990 comenzó un proceso de convergencia, que en el año 2000 generó la creación de la Corporación Nacional de Aseguramiento de Salud que absorbió a las 139 sociedades de aseguramiento de los empleados (OCDE 2004a).

Países con un sistema financiado mediante impuestos. A diferencia de la mayoría de países con sistemas sociales de aseguramiento, donde el objetivo de cobertura universal ha sido una prioridad reciente, la cobertura universal siempre ha sido un punto central de países con modelos financiados por impuestos. En Nueva Zelanda, el objetivo principal de política de ofrecer "atención gratuita para todos" data de 1938. El Reino Unido continuó con esta tendencia con la creación del servicio nacional de salud en 1948. En Australia, con el establecimiento del Programa Medicare en 1984, se restableció el esquema de aseguramiento obligatorio para obtener cobertura universal (que se había introducido como Medibank en 1975, pero que se diluyó por la inclusión posterior de una opción de retiro) (Hilless y Healy 2001).

En los sistemas financiados mediante impuestos de Europa septentrional y Australasia (como en los países del Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda y Escandinavia), el derecho a servicios de atención de salud se basa en la residencia, independientemente de la ciudadanía. La población no cubierta en estos países es entonces muy pequeña y se limita a los inmigrantes ilegales. La cobertura universal es un fenómeno más reciente en los países con financiamiento mediante impuestos de Europa meri-

dional, pero en 2002 todos los países con servicio nacional de salud en Europa meridional habían alcanzado también una cobertura casi universal.

Italia introdujo el servicio nacional de salud con el objetivo de cobertura universal en 1978. Antes de 1978, 93% de la población estaba cubierta por el seguro público de salud, aunque bajo condiciones muy diversas. La reforma de 1978 cambió el principio de financiamiento de la atención de salud: la solidaridad al interior de las categorías profesionales fue reemplazada por la solidaridad intergeneracional, que respaldó la introducción de la cobertura universal y gratuita para todos los ciudadanos italianos. Los residentes no italianos no estaban incluidos en esta legislación. Desde 1998, sin embargo, los inmigrantes legales tienen los mismos derechos que los ciudadanos. También se tomaron medidas para ofrecer alguna atención médica a los inmigrantes ilegales, que tienen ahora acceso a un rango limitado de servicios de atención de salud, en particular al tratamiento de enfermedades infecciosas y a esquemas de atención para niños recién nacidos y mujeres embarazadas (Donatini y otros 2001).

En España, el acceso a los servicios de salud se obtiene a través de la propiedad de una tarjeta electrónica individual de salud (TSI). Desde el 2001, la TSI ha estado disponible para ciudadanos y residentes extranjeros. No hay diferencia entre un ciudadano español y un inmigrante, incluso si éste es considerado "ilegal". Una nueva iniciativa en Cataluña ha ampliado el grupo de inmigrantes que son dueños de una TSI, sin importar su estado legal, permitiéndoles así tener acceso a las redes de salud pública. Al ofrecer información sobre los servicios incluidos en la TSI y facilitando el acceso, la estrategia española para llegar a las poblaciones marginales hace que la cobertura sea casi universal (Velasco Garrido y Busse 2005).

En Portugal, además del servicio nacional de salud, que cubre 83,5% de la población, los esquemas de aseguramiento privado cubren un 10% adicional, y los fondos mutuales cubren el 6,5%. En general, los beneficios recibidos bajo el aseguramiento privado o los fondos mutuales exceden los provistos al interior del servicio nacional de salud. Sin embargo, en ambos subsistemas las contribuciones del empleado y empleador son generalmente insuficientes para cubrir los costos totales de la atención y, en consecuencia, una proporción importante de los costos se traslada al servicio nacional de salud. Si los miembros de estos fondos no declaran su membresía cuando reciben un tratamiento en el sistema nacional de salud, los fondos están exentos de responsabilidad por el costo total de la atención de sus miembros. La relación entre el servicio nacional de salud y los subsistemas fue atendida explícitamente por la legislación a finales de 1998. Bajo un sistema que ofrece una "opción de salida", la responsabilidad financiera por la atención personal en el servicio nacional de salud puede transferirse a entidades públicas o privadas mediante una contribución establecida en un contrato con el Ministerio de Salud (Bentes y otros 2004).

En el sistema de salud de Estados Unidos, los individuos están asegurados mediante una variedad de esquemas: aseguramiento patrocinado por el empleador,

aseguramiento individual (no de grupo), Medicare, Medicaid, Programa Estatal de Seguro de Salud para los Niños (State Children's Health Insurance Program), y la cobertura que ofrecen el servicio militar y la administración de veteranos. En el año 2002, se estimaba que 43,6 millones de personas, 15,2% de la población de Estados Unidos, no tuvieron cobertura de salud durante todo el año (U. S. Census Bureau 2003). La cobertura de aseguramiento en salud en Estados Unidos es más dinámica que en países con sistemas de salud menos fragmentados, porque, para la mayoría de personas, está estrechamente relacionada con los empleadores individuales que negocian y adoptan planes de aseguramiento grupales para sus empleados. Esto significa que muchas personas no están aseguradas, al menos por una parte del año (CBO 2003).

En resumen, todos los países de altos ingresos aquí estudiados han alcanzado casi una cobertura universal, independientemente del mecanismo de financiamiento, con la excepción de Estados Unidos. La diferencia en la velocidad en alcanzar la cobertura universal tiene que ver con la elección del mecanismo de financiamiento. En los países con financiamiento mediante impuestos de Europa septentrional y Australasia, la cobertura universal fue un objetivo político desde principios de las décadas de 1930 y 1940, mientras que, en el sistema de seguridad social de Europa, la cobertura universal se desarrolló gradualmente a lo largo de los últimos 100 años, e incluso la discusión política respecto de la cobertura universal en estos países es muy reciente. Los países de Europa meridional con financiamiento mediante impuestos tienen una posición intermedia. Tienen en común un rápido crecimiento económico en la segunda mitad del siglo XX, junto con una expansión en la cobertura de salud financiada con impuestos, o en España, por un cambio de un sistema de aseguramiento social fragmentado a un sistema financiado con impuestos. Del mismo modo, Japón extendió la cobertura bajo su sistema de aseguramiento social durante una fase de rápido crecimiento económico en la década de 1960. Corea fue el que más rápidamente expandió la cobertura, aumentándola de 15 a 100% en 10 años, de nuevo, durante un período de crecimiento económico. Esta rápida expansión fue facilitada inicialmente por niveles relativamente altos de copagos y beneficios limitados.

El otro factor crucial para lograr la cobertura universal es la voluntad política: una legislación clara, ya sea desde el inicio o gradualmente para ir cubriendo las brechas de cobertura. Esta voluntad política se ejemplifica mejor con la reciente legislación italiana que aborda el tema de la atención de salud para inmigrantes ilegales. Los Estados Unidos, a pesar de varios intentos (más recientemente durante la administración del presidente Clinton), no han logrado obtener el respaldo político suficiente para alcanzar la cobertura universal –un país de altos ingresos, con crecimiento económico sostenido y sin grandes cambios en los niveles de cobertura en los últimos 30 años.

¿Qué está cubierto?

Países con sistema de aseguramiento social en salud. Una característica central de los sistemas de aseguramiento social es la definición de los beneficios a los cuales los asegurados tienen derecho (Gibis, Koch-Wulkan y Bultman 2004). Esta característica fue reforzada en el 2001 cuando en Holanda una corte dictaminó que los derechos (en este caso en AWBZ) tenían que garantizarse, sin importar los costos. El contenido de la canasta de beneficios, así como los procesos aplicados para definirlos va desde una lista de beneficios decretados por ley (como en Holanda) hasta negociaciones entre los fondos de enfermedad y los proveedores (como en Alemania). Entre las grandes diferencias en los contenidos está la inclusión de beneficios por fuera de la atención curativa aguda, especialmente la promoción de la salud y la atención de largo plazo. Por ejemplo, Alemania introdujo un esquema de aseguramiento social separado para cubrir el servicio de atención ambulatoria de largo plazo en 1995. Este esquema fue rápidamente expandido para cubrir el servicio de atención institucional en 1996.

Históricamente, los sistemas de aseguramiento social europeos, establecidos inicialmente para recuperar y mantener la capacidad productiva de los trabajadores enfermos, se concentraron en asegurar el servicio hospitalario curativo y la atención ambulatoria (Kupsch y otros 2000). Hoy día, los sistemas de aseguramiento social ofrecen servicios preventivos, aunque en menor medida que los sistemas financiados con impuestos de Gran Bretaña y Escandinavia (McKee, Delnoij y Brand 2004).

Existen al menos dos maneras de fortalecer la oferta de servicios preventivos en los esquemas de aseguramiento social con múltiples fondos de enfermedad. Primero, los servicios de salud colectivos pueden mantenerse separados de los esquemas de aseguramiento social, como en el caso de la mamografía en Holanda, en donde esos servicios son paralelos al esquema de seguridad social en salud. Segundo, se pueden ofrecer incentivos a los fondos de enfermedad para invertir en la salud futura de sus miembros mediante la oferta de ciertos programas preventivos. Algunos países con aseguramiento social regulan los servicios preventivos por ley. Alemania, por ejemplo, ha elegido fortalecer las actividades preventivas mediante la regulación directa en un sistema de aseguramiento social. Además de fortalecer la oferta pública, un creciente uso de servicios preventivos se puede estimular con incentivos financieros a los individuos. Los fondos de enfermedad pueden ofrecer el pago de bonos o instrumentos similares para aumentar el uso de servicios preventivos (por ejemplo, en Alemania ciertos copagos se pueden eliminar si los individuos pueden probar que hicieron uso de servicios preventivos).

En casi todos los países europeos con aseguramiento social, la atención ambulatoria de salud se ofrece por intermedio de médicos que trabajan bajo un esquema

de tarifas por servicios (Gibis, Koch-Wulkan y Bultman 2004). En consecuencia, los catálogos de beneficios se deben introducir primariamente como un esquema de tarifas. Sin embargo, las tarifas por servicio han evolucionado hasta convertirse en esquemas de remuneración bastante elaborados en algunos países, o se han limitado a ciertos grupos de médicos.

La atención hospitalaria suele organizarse de modo descentralizado, y los hospitales tienen un alto grado de autonomía. Los catálogos de beneficios para la atención hospitalaria son poco comunes. Algunos países con esquemas de aseguramiento social, como Francia, Alemania y Suiza, están implementando sistemas de pago a partir de grupos de diagnóstico relacionado (DRG por las iniciales en inglés de *diagnosis-related group*). Estos sistemas pueden conducir a un catálogo de beneficios que liste todas las intervenciones aprobadas, agrupadas según diagnósticos. Es probable que el papel del gobierno en la definición de los beneficios del catálogo para los pacientes sea mayor que su papel en la atención ambulatoria (Gibis, Koch-Wulkan y Bultman 2004).

La cobertura de medicamentos difiere considerablemente entre los países europeos con un sistema social de aseguramiento. En algunos países, como Alemania o Suiza, la entrega de licencias por la Agencia Europea de Evaluación de Medicinas (European Medicines Evaluation Agency), o la institución nacional equivalente, permite el reembolso en el sistema social de aseguramiento; otros países, como Francia y Holanda, han establecido listas positivas de los medicamentos cubiertos. Esto también se aplica al monto de cobertura. La cobertura dental se ha reducido o restringido (a pesar del progreso técnico en este campo) en casi todos los sistemas sociales de aseguramiento en Europa (Kaufhold y Schneider 2000).

Países con financiamiento mediante impuestos. En la mayoría de los sistemas europeos de financiamiento con impuestos, los catálogos de beneficios no están definidos explícitamente. Por ejemplo, en el Reino Unido, la Secretaría de Estado para la Salud está obligada por ley a ofrecer un servicio "tal que el alcance sea el necesario para cumplir con todos los requerimientos nacionales" (Ley 1977). La obligación de la secretaría es garantizar que los médicos ofrezcan un nivel de servicios aceptable para la población residente. Sin embargo, no es claro qué significa un nivel aceptable de servicio.

En el grupo de países con financiamiento mediante impuestos de Europa meridional, España introdujo el primer catálogo explícito de beneficios en 1995. Se estableció por un decreto real una lista de beneficios garantizada por el sistema público de salud, que mantenía los beneficios ya disponibles al interior del sistema y decretaba los mismos universales (Rico, Sabes Wisbaum 2000). Ciertos servicios fueron excluidos específicamente del catálogo de beneficios, incluyendo psicoanálisis, cirugía de cambio de sexo, tratamientos de relajación (spa), cirugía cosmética, y todos los servicios

de cuidado dental, con excepción de los básicos. Sin embargo, en la práctica, el decreto real nunca se ha implementado completamente. Después de la regionalización del servicio nacional de salud en enero de 2002, las variaciones regionales con respecto a los beneficios cubiertos se tornaron más obvias: algunas regiones cubren el servicio dental, mientras que otras tienen una lista negativa más pequeña de medicamentos (esto es, tienen una cobertura más generosa de medicamentos).

Al contrario de la mayoría de los sistemas europeos que se financian con impuestos y de Nueva Zelanda, el sistema de salud de Australia tiene un catálogo de beneficios explícitos llamado *Medicare Benefits Schedule,* que se construyó usando un enfoque basado en la evidencia disponible. Este anuario de beneficios de Medicare determina las tarifas anuales para servicios médicos que el gobierno central pagará por beneficios médicos. Los servicios cubiertos incluyen las tarifas de consulta para médicos y especialistas, exámenes de radiología y patología, exámenes de la vista conducidos por optometristas, y procedimientos quirúrgicos y terapéuticos llevados a cabo por doctores. Medicare no cubre tratamiento dental, servicio de ambulancia, enfermera en casa, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, quiropráctica y servicios de cuidado de pies, tratamiento psicológico, ayudas visuales y auditivas, y prótesis, servicios médicos que no son clínicamente necesarios y cirugía cosmética (Hilless y Healy 2001).

En Estados Unidos, los beneficios cubiertos varían ampliamente a lo largo de los distintos planes de aseguramiento privado –desde el más básico hasta el más lujoso–, dependiendo del nivel de la prima y del empleador. Medicare es el principal programa de aseguramiento para la población mayor de 65 años (así como para los discapacitados y quienes tienen enfermedad renal terminal); el programa cubre aproximadamente 41 millones de personas. La Base de Datos de Cobertura de Medicare contiene una lista detallada de todos los beneficios incluidos a nivel nacional y estatal; esta lista se revisa y corrige continuamente. Por ejemplo, la Ley Medicare (efectiva desde enero 1, 2005) expandió la cobertura a servicios de diagnóstico de diabetes, y el catálogo de beneficios tuvo que ser adaptado de acuerdo con esto (por ejemplo, las pruebas caseras de glucosa en la sangre tuvieron que agregarse al catálogo). El cambio principal en años recientes fue la inclusión de medicamentos bajo prescripción en la Ley de Modernización de Medicare de 2003, efectiva en enero de 2006. Los reembolsos se realizan mediante una compleja estructura de pagos que cubren una porción inicial de los costos de los medicamentos, después evidencia una gran brecha en la cobertura, y posteriormente incluye un nivel definido de los costos de cobertura de medicamentos para enfermedades catastróficas.

Resumen. La mayoría de los sistemas financiados con impuestos no tienen un catálogo definido de servicios, mientras que la mayoría de los sistemas sociales de aseguramiento, que utilizan tarifas por servicio para remunerar a los proveedores, sí

lo tienen. La falta de definición de beneficios genera la adición implícita de nuevos servicios o tecnologías al catálogo de beneficios del servicio nacional de salud durante los procesos de comisión, que a su vez pueden variar según el área geográfica. El resultado es lo que se conoce en el Reino Unido como "prescripción poscódigo"; esta prescripción se considera inequitativa. La mayoría de los esquemas sociales de aseguramiento necesitan un mecanismo explícito para incluir nuevas tecnologías o excluir aquellas consideradas ineficientes o inefectivas del catálogo explícito de beneficios. Las decisiones de inclusión y exclusión son difíciles de tomar, dada la escasa evidencia y el costo de su desarrollo. Es más, tales decisiones están sujetas al riesgo de demandas legales por parte de la industria. Por eso, en muchos países se han establecido programas de creación de capacidad, como el servicio nacional de investigación y el desarrollo en salud del Reino Unido, programa de investigación basado en evidencias, así como nuevas agencias de evaluación de tecnologías de salud para guiar la toma de decisiones (Velasco Garrido y Busse 2005).

Pago por el servicio de salud

Todos los países analizados requieren alguna forma de participación de los usuarios para financiar los costos del servicio. Sin embargo, el nivel de gastos de bolsillo por servicios de salud en países de altos ingresos varía mucho. En Europa, la distribución de costos no ha seguido una tendencia consistente entre 1980 y 2001 (cuadro 9.2). Mientras que en muchos países la participación de los usuarios en el financiamiento de los costos ha aumentado durante este período, ha bajado en otros, como en Irlanda y Holanda. Fuera de Europa, en Nueva Zelanda se observó un incremento fuerte en los gastos de bolsillo entre 1980 y 1999, de 10% a 16% del gasto total en salud, correspondiente a un incremento de 6,2% anual en términos reales (French, Old y Healy 2001).

Todos los países de altos ingresos estudiados cobran algún tipo de tarifa a los usuarios y tienen gastos de bolsillo significativos. Con excepción de Austria, Grecia y Estados Unidos, sin embargo, los gastos de bolsillo representan menos del 22% del gasto total en salud y usualmente menos del 10%. No existe una tendencia clara a que los sistemas de aseguramiento social o los financiados por impuestos aumenten o reduzcan la participación de costos de los usuarios; se utilizan varios mecanismos de distribución de costos y de protección. Las decisiones sobre el alcance y tipo de mecanismo de distribución de costos parecen estar más guiadas por el oportunismo político que por argumentos racionales respecto de la eficiencia técnica (Thomson, Mossialos y Jemiai 2003; Gericke, Wismar y Busse 2004).

Cuadro 9.2 *Participación de gastos de bolsillo y de pagos por aseguramiento voluntario en salud en el gasto total en salud en 12 países europeos, 1980-2001*

País y tipo de pago	*1980 (% del gasto total en salud)*	*1999-2001 (% del gasto total en salud)*	*Cambio en puntos porcentuales, 1980-2001*
Alemania			
Gastos de bolsillo	8,1	11,0	+2,9
Aseguramiento voluntario en salud	7,4	7,7	+3,0
Australia			
Gastos de bolsillo	–	28,0	–
Aseguramiento voluntario en salud	–	2,0	–
Bélgica			
Gastos de bolsillo	–	19,0	–
Aseguramiento voluntario en salud	–	–	–
Dinamarca			
Gastos de bolsillo	11,4	16,4	+5,4
Aseguramiento voluntario en salud	0,8	1,6	-0,8
España			
Gastos de bolsillo	21,3	22,0	-7,0
Aseguramiento voluntario en salud	2,9	6,0	+3,1
Finlandia			
Gastos de bolsillo	17,8	20,2	+2,4
Aseguramiento voluntario en salud	0,8	2,0	+1,2
Francia			
Gastos de bolsillo	–	10,6	–
Aseguramiento voluntario en salud	–	12,7	–
Grecia			
Gastos de bolsillo	–	41,1[a]	–
Aseguramiento voluntario en salud	–	3,2	–

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación cuadro 9.2)

Holanda			
Gastos de bolsillo	7,0	6,3	-0,7
Aseguramiento voluntario en salud	24,0	14,0	-10,0
Irlanda			
Gastos de bolsillo	14,3	9,1	-5,2
Aseguramiento voluntario en salud	3,5	6,4	+2,9
Italia			
Gastos de bolsillo	–	22,0	–
Aseguramiento voluntario en salud	–	0,9	–
Suecia			
Gastos de bolsillo	–	16,0	–
Aseguramiento voluntario en salud	–	–	–

Fuente: Adaptado de Thomson, Mossialos y Jemiai 2003, a partir de estadísticas nacionales.
— No disponible.

a Incluye un 16% estimado de pagos informales.

Recaudación de ingresos

La cantidad total de recursos recaudados usualmente no está disponible en las bases de datos internacionales. El gasto en salud es la variable que se utiliza en su lugar, a pesar de que la cantidad de recursos recaudados es, en muchos casos, superior. Muchas veces se proclama que los países con servicios nacionales de salud son más exitosos en contener costos y, por eso, se considera que recaudan menos recursos; sin embargo, Grecia, Islandia, Noruega y Portugal son algunos de los países con el incremento más alto observado en el gasto en salud como porcentaje del PIB. Altas tasas de crecimiento económico contribuyeron a una participación más baja, e incluso decreciente, del gasto en salud como porcentaje del PIB en la República de Corea, Singapur e Irlanda. Noruega y Estados Unidos, con tasas similares de crecimiento económico, han experimentado grandes aumentos. Por tanto, el gasto en salud y la cantidad de recursos recaudados en cada país dependen, obviamente, de las preferencias individuales de cada país.

Fuentes de financiamiento

Los países de altos ingresos dependen principalmente de los individuos, empresas o corporaciones como fuentes de financiamiento de la salud y, en menor medida, de organizaciones no gubernamentales o de caridad. Es difícil determinar la cantidad exacta que las empresas o entidades corporativas contribuyen al financiamiento de la salud, especialmente considerando el pago de impuestos para ingresos generales. Sin embargo, en los países que financian su gasto en salud mediante el aseguramiento social, el cociente entre las contribuciones de empleados y empleadores ofrece cierta información sobre la contribución de los empleadores como fuente de financiamiento. En algunos países con aseguramiento social existe una leve tendencia a trasladar la contribución de los empleadores hacia una mayor participación de los empleados, como en Alemania y Holanda. Sin embargo, no pudo identificarse un cambio sistemático en este cociente en los últimos 30 años.

Mecanismos de financiamiento

Con excepción de Estados Unidos, todos los países examinados obtienen la mayor parte del financiamiento de salud a través de contribuciones a la seguridad social (mecanismo de aseguramiento social en salud), o a través de pagos de impuestos directos e indirectos en servicios nacionales de salud. En la actualidad, 9 de los 25 países estudiados financian sus sistemas de salud, principalmente mediante contribuciones a la seguridad social en salud, mientras que 13 países usan preferiblemente los pagos de impuestos (gráfico 9.1). Singapur[1] y Estados Unidos no entran en estas clasificaciones porque financian más de la mitad de su gasto en salud con otros mecanismos, como las primas de aseguramiento voluntario y los gastos de bolsillo. Tampoco lo hace Grecia, en donde el gasto privado financia un poco menos del 50% del total y ninguno de los dos sistemas principales de financiamiento es dominante.[2]

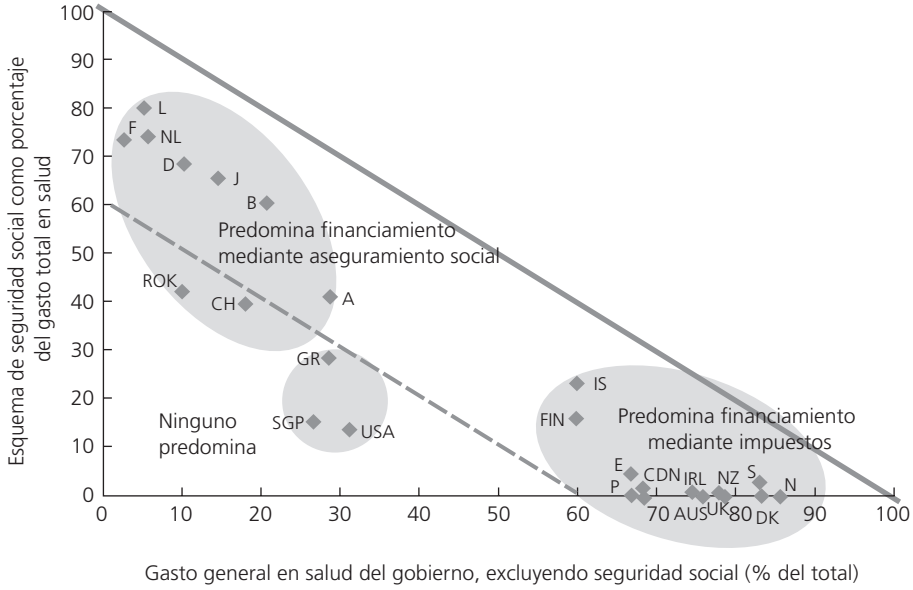
La importancia relativa de los diferentes mecanismos de financiamiento ha cambiado en la mayoría de países desde 1975. Sin embargo, en sólo 9 de los 23 países (no hay datos disponibles para Bélgica y Grecia) la importancia relativa de uno de

---

1 Como se explica posteriormente, las cuentas de ahorro médico pueden tener el carácter de contribuciones obligatorias y por eso forman parte del sistema de aseguramiento social.

2 Se debe también tener en cuenta que los "gastos de impuestos", generados por la deducción de las primas de aseguramiento en salud de los impuestos individuales y corporativos, son otra forma de gasto público. Tales deducibles en los Estados Unidos representan 10% del gasto total en salud, y si se incluyen como gasto público incrementan en gran medida la participación pública en Estados Unidos.

Gráfico 9.1 Participación de los ingresos por impuestos y por contribuciones a la seguridad social en salud en el gasto total en salud en países de altos ingresos, 2002



Fuente: OCDE 2004a o datos nacionales.
Nota: A = Austria, AUS = Australia, B = Bélgica, CDN = Canadá, CH = Suiza, D = Alemania, DK = Dinamarca, E = España, F = Francia, FIN = Finlandia, GR = Grecia, I = Italia, IRL = Irlanda, IS = Islandia, J = Japón, L = Luxemburgo, N = Noruega, NL = Holanda, NZ = Nueva Zelanda, P = Portugal, ROK = República de Corea, S = Suecia, SGP = Singapur, UK = Reino Unido, USA = Estados Unidos.

los dos mecanismos principales de financiamiento ha cambiado en más de 5 puntos porcentuales.

Contribución obligatoria al aseguramiento social en salud. Ocho de los nueve países, que dependen mayoritariamente de las contribuciones obligatorias al aseguramiento social en salud, tienen años de experiencia con el aseguramiento social en salud. Corea representa un caso especial, ya que pasó de un sistema financiado primariamente con fuentes privadas e impuestos como la segunda fuente de financiamiento más importante en 1970, a un sistema que depende en gran medida de las contribuciones obligatorias al aseguramiento social en salud. Como en muchos otros países, por ejemplo Alemania, la seguridad social en Corea comenzó con un pequeño esquema para los trabajadores industriales en 1977 y se extendió gradualmente a otros grupos de población. En 2002, 42,2% del gasto total en salud se financió con contribuciones obligatorias del esquema de aseguramiento.

La mayor parte de los recursos recaudados para la atención de salud en países con aseguramiento social en salud se recauda mediante contribuciones relacionadas con el salario, que se comparten entre empleados y empleadores. Sin embargo, los acuerdos difieren entre países, y han ocurrido cambios en las últimas tres décadas.

Todas las personas aseguradas, sin importar su afiliación o membresía, contribuyen en igual medida en Bélgica, Francia, Corea, Luxemburgo y Holanda. En Austria, en 2003, las tasas variaban entre 6,9% y 9,1% según la condición de empleado pero no entre fondos. En 2004, una reforma igualó las tasas de contribución entre los diferentes grupos de empleo. En Japón, los aportes difieren según la condición de empleo, y en el esquema municipal de aseguramiento las tasas difieren también según el fondo de cada municipalidad. En Alemania, las tasas de contribución difieren entre fondos pero no según la condición de empleo. Alemania es también el único país que usa la variabilidad de las tasas de contribución entre los fondos de enfermedad como un parámetro de competencia entre fondos. Sin embargo, en Suiza diferentes primas per cápita se usan de manera similar.[3]

En Bélgica y Holanda, un pago per cápita no relacionado con el ingreso, y adicional a las contribuciones, se introdujo en la década de 1990. Las primas difieren entre los fondos de enfermedad en Holanda, pero se han mantenido más o menos uniformes en Bélgica. Así como la tasa de contribución en Alemania, este mecanismo permite usar diferentes contribuciones entre fondos de enfermedad como un parámetro para la competencia entre ellos. Por el contrario, en Francia y Corea se introdujeron componentes no relacionados con el salario para agrandar la base financiera de los fondos de salud e incrementar así los ingresos generales. Adicionalmente, las contribuciones se vuelven menos vulnerables a las fluctuaciones del salario y del empleo (Sandier y otros 2004). Desde 1998, Francia ha reemplazado la contribución salarial de los empleados con una contribución general social de 5,25% que, además de los salarios, incluye ingreso no salarial como ganancias de capital e intereses; 3,25% se carga en beneficios y publicaciones.

Impuestos directos e indirectos. España e Islandia se han apartado del aseguramiento social y manejaron la transición a pagos por impuestos como la principal fuente de financiamiento (recuadro 9.1). En ambos países este cambio se motivó por la percepción de que el mecanismo de pago por impuesto es menos regresivo, a pesar de que

3 Desde que se introdujo el seguro obligatorio de salud en 1996, Suiza ha tenido un sistema de aseguramiento en salud con primas de acuerdo con el ingreso y no ajustadas por nivel de riesgo. Estas primas difieren entre aseguradores, pero son calificadas de acuerdo con la comunidad para todos los individuos cubiertos por un asegurador particular en una región dada (usualmente a nivel interno del subcantón) (Minder, Schoenholzer y Amiet 2000).

Recuadro 9.1 La transición de aseguramiento social en salud al financiamiento con impuestos en Islandia y España

En Islandia, más del 60% del gasto en salud se financió por contribuciones fijas a fondos de enfermedad hasta 1972. Como estas contribuciones se percibían como regresivas, y los gastos en salud estaban creciendo rápidamente, se decidió cambiar a pagos con impuestos. En el período de transición de 1972 a 1989, los fondos de enfermedad se mantuvieron pero recibían su financiamiento completamente de pagos de impuestos, 80% del Estado y 20% de gobiernos locales (Halldorsson y Bankauskaite 2003).

España también dependía principalmente de las contribuciones a la seguridad social. A mediados de la década de 1970, las contribuciones a la seguridad social constituían cerca de dos tercios del gasto total en salud y los pagos por impuestos cubrían el resto. En 1986, con la introducción del servicio nacional de salud se inició un cambio importante hacia el financiamiento con impuestos. Para 1989, el antiguo patrón había cambiado por primera vez, los pagos por impuestos representaban el 70% y las contribuciones a la seguridad social se redujeron a alrededor del 30% del total. A lo largo de la década de 1990, el papel del aseguramiento social en salud ha bajado gradualmente (Rico, Sabes y Wisbaum 2000).

las contribuciones a la seguridad social, si se diseñan apropiadamente, pueden haber alcanzado un nivel de progresividad similar al logrado en España, que transformó su sistema de regresivo en 1980 a neutral en 1990.

A diferencia de España e Islandia, Finlandia bajó el nivel de financiamiento con impuestos, lo que llevó a un incremento relativo (aunque pequeño) en el porcentaje de contribuciones a la seguridad social. La participación de los pagos con impuestos en el gasto total en salud disminuyó de 66,1% en 1975 a 59,7% en 2002, mientras que las contribuciones a la seguridad social subieron de 12,6% en 1975 a 15,9% en 2002 (Järvelin, Rico y Cetani 2002). Canadá y Noruega experimentaron cambios más dramáticos en la participación de los impuestos en el gasto en salud a favor de mecanismos de financiamiento privados. Sin embargo, este desarrollo no se reflejó en una reducción en los impuestos disponibles (como en Finlandia), sino en una reducción masiva del gasto en salud proveniente de ingresos generales, revelando la vulnerabilidad de pagos con impuestos, a cambios en las prioridades políticas.

En lugar de obtener recursos para la salud de los ingresos generales, algunos sugieren impuestos específicos para el gasto de salud, un cambio no adoptado ni siquiera en países cuyos niveles de gasto se financian primariamente mediante impuestos (aunque en el caso de Suecia se podría decir que los impuestos provinciales son, de

hecho, específicos ya que la mayoría de ellos se usan para la salud). En cambio, los impuestos específicos se han introducido como una fuente de financiamiento complementaria en países con financiamiento principalmente proveniente de la seguridad social: en Francia, 3,3% de los ingresos generales de salud se recaudan mediante impuestos específicos al uso de automóviles, y al consumo de tabaco y alcohol. Adicionalmente, la industria farmacéutica debe pagar impuestos específicos en publicidad, que representan el 0,8% del ingreso total en salud (Sandier y otros 2004).

Primas de aseguramiento voluntario. El aseguramiento voluntario en salud se puede clasificar en varias formas que, según la definición, se sobreponen un poco: *aseguramiento sustituto de salud* como una alternativa a los esquemas obligatorios; *aseguramiento suplementario en salud* para cubrir servicios no incluidos en el paquete de beneficios o esquemas obligatorios y para ofrecer comodidades adicionales; *doble aseguramiento en salud*, que ofrece cobertura privada alternativa a las personas que ya tienen un sistema público de salud, que cubre el mismo conjunto de servicios usualmente provistos por diferentes proveedores; y *aseguramiento complementario en salud* que cubre los copagos o deducibles aplicables a los sistemas públicos de salud (OCDE 2004b).

En todos los países estudiados existen pequeños mercados suplementarios para aseguramiento en salud, pero Canadá representa un caso especial, ya que 65% de su población está cubierta por este tipo de aseguramiento voluntario. Al aseguramiento voluntario en salud sólo se le permite cubrir servicios no cubiertos por el sistema público de salud. Tales beneficios adicionales incluyen principalmente medicamentos y ciertos servicios dentales, cuidados de largo plazo, rehabilitación y cuidados domiciliarios. Suiza es, de lejos, el mercado más grande de aseguramiento suplementario voluntario en salud (OCDE 2004b).

El doble aseguramiento en salud está disponible típicamente en países con servicios nacionales de salud financiados mediante impuestos, donde la cantidad o la calidad del servicio de salud público se perciben como insuficientes o inapropiadas. Los principales determinantes son el tamaño de las listas de espera y el deseo de elegir al proveedor. Gran parte de la población está cubierta con doble aseguramiento voluntario en Australia (más de 40%), Irlanda (también más de 40%), y Nueva Zelanda (35%) (OCDE 2004b). Mientras que la participación del aseguramiento voluntario en la última década aumentó en Nueva Zelanda, la misma bajó en Australia, tal vez por las mejoras en los servicios públicos, entre otros factores. Sin embargo, el gobierno australiano ha intentado reiteradamente revertir esta reducción en los planes voluntarios (recuadro 9.2).

Muchos países de altos ingresos tienen mercados de aseguramiento complementario en salud; Francia y Estados Unidos (sólo Medicare) son los casos más relevantes. En Francia, el aseguramiento voluntario se compra para cubrir niveles de

Recuadro 9.2 Subsidio del impuesto al doble aseguramiento privado en salud en Australia

Desde 1997, en Australia las personas reciben un subsidio de 30% en las primas de aseguramiento de salud, y los gastos de bolsillo han aumentado para las personas que usan servicios médicos en los hospitales privados. En el 2000, la cobertura de por vida se introdujo al sistema, y los aseguradores privados están autorizados a variar las primas de personas mayores de 30 años, de acuerdo con la edad de entrada, para ofrecer incentivos financieros para unirse a planes de aseguramiento voluntario antes de los 30 años. El objetivo de estas medidas es atraer más personas a los planes de aseguramiento privados para liberar presiones del sistema público (Busse y Schlette 2003, Colombo y Tapay 2003). A pesar de que, después de introducir estas medidas, la cobertura de la población en el esquema voluntario aumentó de 31% en 1996 a 45,3% en 2001, es cuestionable si la estrategia como un todo ha tenido éxito. El gasto en salud aumentó mucho más rápido en la segunda mitad de la década de 1990 que antes (de 8,5% a 9% del PIB entre 1995 y 2000).

coaseguramiento que van desde un 20% para el tratamiento de pacientes y 30% para tarifas médicas y de hasta 65% para ciertas medicinas (OCDE 2004b). La principal motivación es entonces limitar el riesgo financiero inducido por la alta utilización de servicios. Esta clase de aseguramiento ha aumentado en la última década y representa la mayor parte del gasto per cápita en aseguramiento privado en salud.

Cuentas de ahorro médico. Las cuentas de ahorro médico, desarrolladas inicialmente en Singapur en la década de 1980 (recuadro 9.3) se han adoptado también en los Estados Unidos. A diferencia de Singapur, el objetivo en Estados Unidos es contener costos y expandir la cobertura de aseguramiento para incluir a los no asegurados (15% de la población). Las cuentas de ahorro médico sirven primariamente para financiar altos deducibles con el objetivo de reducir el pago de las primas. Las cuentas de ahorro médico se probaron durante 1996-2003 mediante un proyecto piloto para una muestra limitada de personas aseguradas (750.000) en el mercado privado de aseguramiento. Dependiendo del contrato de aseguramiento, el empleado o el empleador estaba autorizado a hacer pagos exentos de impuestos en cuentas de ahorro médico en un año dado. Las compañías individuales de aseguramiento (Ley Pública 104-191, agosto 21, 1996) decidían los pagos de intereses sobre el capital acumulado en las cuentas. Aunque 4 de cada 10 participantes no había tenido previamente un seguro (U. S. GAO 1998), la participación total fue baja: el número de cuentas se esti-

mó en 150,000, tal vez por las restrictivas condiciones legales (Bunce 2001). Todavía no existe investigación empírica suficiente para una evaluación rigurosa del período experimental.

A pesar de que el proyecto piloto no se extendió después de que terminó en 2003, la administración Bush introdujo un nuevo esquema de cuentas de ahorro médico, efectivo a partir del 1 de enero de 2004, para los beneficiarios de Medicare. Según este esquema, a un número ilimitado de personas que son elegibles para Medicare se les permite escoger una póliza con un deducible mínimo de US$1.000 para solteros y US$2.000 para familias en combinación con cuentas de ahorro médico. Los empleadores de todos los tamaños pueden ofrecer estos programas a sus empleados, pero deben estar aprobados por el programa de Medicare. Se financian con con-

Recuadro 9.3 *Financiamiento de la salud con cuentas de ahorro médico en Singapur*

En 1984, Singapur introdujo un sistema de cuentas de ahorro médico llamadas Medisave. Cada ciudadano empleado está obligado a pagar entre 6% y 8% de su ingreso –según la edad– a una cuenta individual manejada por el Estado. El gobierno invierte los fondos de esas cuentas en el mercado de capitales, y los intereses son pagados a la tasa efectiva del mercado (Asher 2002). Los ahorros de las cuentas de ahorro médico se pueden usar para pagar costos de hospital y ciertos costos de atención aprobados por el Estado, de un catálogo de servicios. Este sistema se reemplazó por un esquema de aseguramiento de alto riesgo (llamado Medishield), que se paga mediante contribuciones que varían con la edad y que puede financiarse mediante cuentas de ahorro médico. Medishield busca financiar el tratamiento hospitalario costoso y los tratamientos externos de enfermedades crónicas. Además, para respaldar a los individuos de bajos ingresos que no tienen una cuenta de ahorro médico o que no están en condiciones de separar ahorros suficientes, se usa un fondo llamado Medifund. El Estado financia el Medifund con impuestos generales.

La implementación del sistema de cuentas de ahorro médico no se ha completado aún, porque la generación que estaba entrando en edad de retiro antes de 1984 no pudo acumular capital y, entonces, es financiada por miembros de la familia o por asistencia del Estado. Por esta razón, la implementación completa no se logrará sino hasta el 2030. Además de las cuentas de ahorro médico, la baja participación del gasto en salud (3,7% del PIB en 2002) puede atribuirse a una población joven y al sistema de incentivos de clases de hospitales. Pero varios estudios indican que las cuentas de ahorro médico han contribuido bastante a esta baja participación (Prescott y Nichols 1998, Schreyögg y Lim 2004).

tribuciones a la nómina salarial no sujetas a impuestos o por contribuciones del empleador. La idea que subyace detrás es que los beneficiarios de Medicare tienen la capacidad de pagar por sus "gastos calificados" (como receta de medicamentos o tarifas médicas), que no están cubiertas, o no suficientemente cubiertas, por Medicare (Schreyögg 2004).

Varias formas de pagos de gastos de bolsillo. La introducción de pagos en forma de gastos de bolsillo puede tener un efecto meramente financiero, desplazando costos para aliviar a los esquemas de financiamiento público de la presión de contener costos, o pueden tener un efecto adicional de comportamiento, previniendo el riesgo moral (uso innecesario de servicios porque son gratuitos o altamente subsidiados). Para los países de altos ingresos, existe evidencia de varios estudios de Estados Unidos y Europa de que los gastos de bolsillo, especialmente los copagos, el coaseguramiento y los deducibles, pueden tener los efectos deseados, si se diseñan cuidadosamente (Zweifel y Manning 2001) y si la mayoría de la población no tiene un aseguramiento voluntario en salud para cubrir esos costos. Los puntos cruciales para el éxito de estos instrumentos son los montos recaudados y la equidad del financiamiento. Sin embargo, además de los gastos de bolsillo, hay también otras maneras de dirigir recursos de la salud hacia una utilización más efectiva.

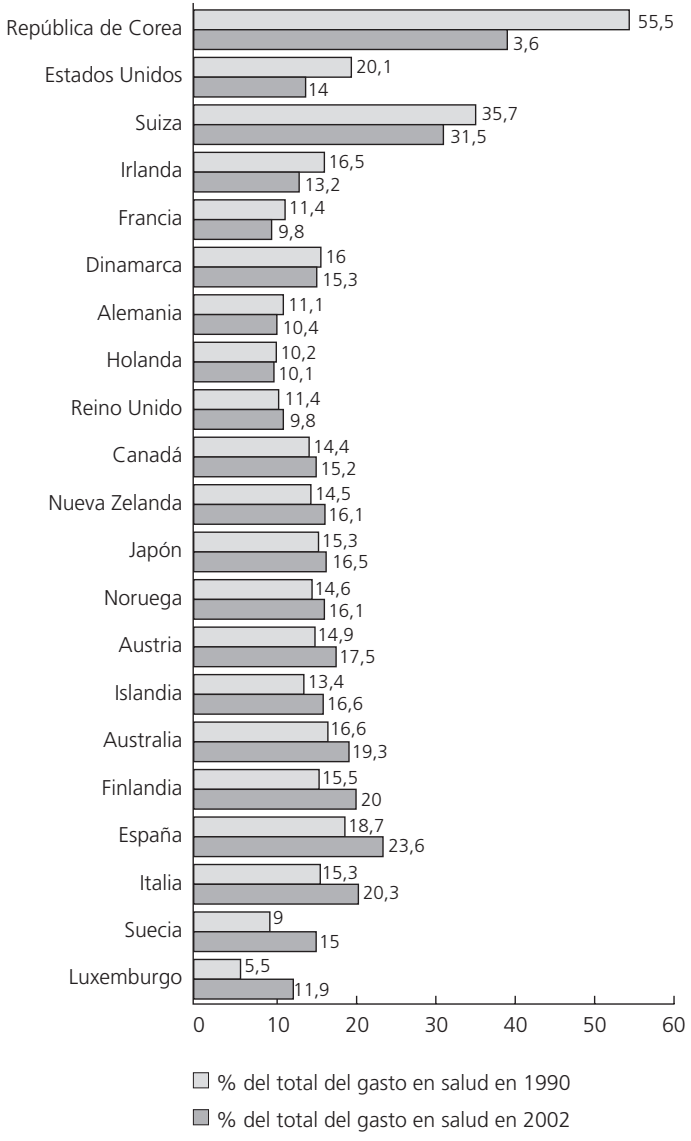
Entre 1990 y 2002, los cinco países con el mayor incremento en la participación de gastos de bolsillo son europeos (gráfico 9.2). Con excepción de Luxemburgo (que tenía un gasto de bolsillo muy bajo en 1990), estos países tienen un sistema de salud predominantemente financiado con impuestos. Tres de ellos (Finlandia, Italia y España) se encuentran ahora entre los cinco primeros (después de Corea y Suiza) con gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud. Por el contrario, los países con una participación relativamente baja de gasto público (Corea, Suiza y Estados Unidos) redujeron enormemente su participación de gastos de bolsillo. Lo anterior se puede interpretar como una tendencia hacia la convergencia de países con participaciones altas y bajas de gastos de bolsillo, como porcentaje del gasto total en salud.

Organizaciones recaudadoras de ingresos

Entre los países con aseguramiento social en salud, existe una gran variedad en el tipo de organizaciones que recaudan recursos para la atención de salud. Los fondos de enfermedad recaudan recursos directamente en Australia, Alemania, Japón, Corea y Suiza, por ejemplo. Otros tipos incluyen las asociaciones de fondos (Luxemburgo), las agencias especiales bajo control gubernamental (Bélgica), y las autoridades de impuestos (Holanda) (Busse, Saltman y Dubois 2004).

En los sistemas financiados por impuestos ha habido en los últimos años cambios en las organizaciones de recaudación. En Italia y España, los gobiernos locales o

Gráfico 9.2 *Cambio en la participación de gastos de bolsillo en el gasto total en salud en países de altos ingresos, 1992 y 2002*



Fuente: OCDE 2004a.

regionales han recibido mayor autonomía para recaudar recursos (aunque no tanta como en Suecia). En muchos servicios nacionales de salud, los gobiernos nacionales o regionales recaudan los recursos. Por ejemplo, en Italia y España, se permite que los gobiernos regionales recauden recursos, adicionales a los que reciben de la recaudación nacional. En Italia, 6 de las 21 regiones agregaron fondos de sus propios impuestos para cubrir el déficit (o parte del déficit) en 2002 (Jommi y Fattore 2003).

Agrupación de fondos

En la mayoría de los países de altos ingresos, la recaudación y la agrupación de ingresos se hace a nivel central. En los sistemas financiados con impuestos trabajan dos entidades: el Ministerio de Finanzas, o el Tesoro, como entidad de recaudación, y el Ministerio de Salud, como entidad de agrupación de riesgo (Inglaterra, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda). La asignación de responsabilidades entre estas dos entidades en la mayoría de los casos tiene más que ver con una agenda política que con un criterio de asignación objetivo; Nueva Zelanda es una excepción. Los impuestos específicos, combinados con una organización independiente responsable de la agrupación y recaudación de recursos, son otra alternativa posible para superar la vulnerabilidad del sistema de salud a la definición política de prioridades.

Asignación de recursos desde organizaciones de recaudación a agrupación

Pese a que en sistemas financiados con impuestos la recaudación y la agrupación son mayormente centralizadas, existe una tendencia hacia la descentralización de ambas funciones. Los gobiernos regionales en Italia, España y Suecia han recibido más autonomía para la recaudación y la agrupación de riesgo. En Suecia, la recaudación y la agrupación han sido fuertemente descentralizadas desde la década de 1970. Los consejos regionales dependen principalmente de los impuestos al ingreso, que ellos mismos recaudan. Adicionalmente, las regiones reciben subsidios del gobierno central de acuerdo con una fórmula de asignación (Hjortsberg y otros 2001).

A diferencia de los sistemas financiados con impuestos, los sistemas sociales de aseguramiento se están alejando cada vez más de las organizaciones de agrupación descentralizadas. Muchos países, como Bélgica, Alemania, Holanda y Suiza, han centralizado sus organizaciones de agrupación en organizaciones independientes a nivel federal, como la Autoridad Federal de Aseguramiento en Alemania o la Junta de Aseguramiento de Servicios de Salud en Holanda. Suiza es un caso especial; sólo agrupa recursos en cada "región premia" (usualmente a nivel de subcantón), de modo que, por ejemplo, el alto gasto per cápita en Ginebra no se comparte con los habitantes de Appenzel, donde el gasto per cápita es bajo. Tal centralización surge como respuesta a la fragmentación y al tamaño pequeño de las agrupaciones descentralizadas. Las

agrupaciones pequeñas (fondos de enfermedad) estuvieron expuestas a altos riesgos financieros debido a su incapacidad de compartir los riesgos entre una gran población, y por eso necesitaron reaseguros o subsidios con impuestos. Ahora centralizados, los fondos de enfermedad son responsables sólo por una fracción del gasto en salud. Actúan como organizaciones de compra (y en algunos países como recaudadores). El número de fondos de enfermedad ha disminuido drásticamente en Bélgica, Alemania, Corea, Holanda y Suiza, en parte debido a la introducción de competencia entre fondos en su función de compras, pero también debido a los problemas y a los mayores costos administrativos asociados con una agrupación pequeña (Corea es la excepción).

La transferencia entre organizaciones de recaudación y agrupación es difícil en los países de aseguramiento social donde los fondos de enfermedad pueden recaudar diferentes niveles de contribuciones (Alemania y Suiza). En esos países, los recursos agrupados tienen que ser separados de los recursos que se quedan en los fondos de enfermedad (por ejemplo, para servicios que no se consideran en la agrupación o de tasas de contribución más altas que las asumidas en los cálculos de agrupación).

Adicionalmente a las transferencias de las organizaciones de contribución y recaudación, en algunos países con aseguramiento social, las organizaciones de agrupación reciben recursos financieros de las autoridades impositivas. Los subsidios de impuestos a las organizaciones de agrupación son importantes en Bélgica, Luxemburgo y Holanda, mientras que son pequeños pero crecientes en Alemania. El alto componente de impuestos en Bélgica es el resultado de un cambio en la política en 1981, cuando se redujeron las contribuciones a la seguridad social en 6,17 puntos porcentuales y se aumentó el impuesto al valor agregado, en un intento de tornarse más competitivos internacionalmente (Busse, Saltman y Dubois 2004).

Asignación de recursos de organizaciones de agrupación a organizaciones de compras

En la mayoría de los países, las funciones de agrupación de riesgo están centralizadas, y las entidades de compras usualmente actúan a nivel regional o local. Las entidades de compras son los gobiernos locales y regionales, así como los fondos de enfermedad.

La asignación de recursos financieros desde las organizaciones de agrupación de riesgo hacia las organizaciones de compras puede ser prospectiva o retrospectiva. En una asignación retrospectiva, la entidad que agrupa el riesgo asigna de acuerdo con los gastos efectivos en que incurre la organización de compras, mientras que bajo una asignación prospectiva, el presupuesto se determina según el gasto futuro en salud. En Bélgica, Luxemburgo y Holanda, la asignación retrospectiva de acuerdo con los gastos efectivos eran la opción generalmente usada antes de las reformas de mediados de la década de 1990. A excepción de Luxemburgo, donde esta opción todavía se

usa para los servicios que requieren reembolso de dinero a pacientes –como servicios médicos–, estos países han cambiado a mecanismos de asignación prospectivos. En Corea, los recursos se asignan retrospectivamente de acuerdo con una lista fija de tarifas pagadas a proveedores, que se negocian cada año (OCDE 2003).

En las últimas décadas la mayoría de los países se han movido hacia la aplicación de criterios independientes de necesidades de atención de salud, comúnmente llamados pagos per cápita (capitación), como el método dominante de asignación. La capitación se puede definir como el precio pagado por las organizaciones de agrupación de riesgo por cada individuo cubierto por las organizaciones de compra con servicios necesarios de salud. Como el gasto en salud de los individuos varía considerablemente, según las características personales de género, edad y morbilidad, un esfuerzo creciente se dedica al ajuste del riesgo, que busca lograr una estimación no sesgada del gasto esperado de cada individuo con ciertas características personales. La capitación generalmente aumenta el grado de equidad entre las diferentes regiones de un país, y la responsabilidad de agrupación de riesgo de cada región disminuye a medida que el valor predictivo de la capitación aumenta (Rice y Smith 2002).

Sin embargo, el valor predictivo de los ajustes por riesgo para establecer la capitación varía mucho entre los países aquí revisados (cuadros 9.3 y 9.4). La capitación varía desde esquemas muy sencillos como el usado en Suiza que utiliza sólo edad y género para ajustar el riesgo, hasta uno muy complejo, pero altamente predictivo, como en Holanda y Suecia. Suecia, por ejemplo, aplica un enfoque avanzado de matrices, usando edad, género, estado civil, condición de empleo, ocupación y propiedad de vivienda, así como niveles previos de utilización, como medidas para ajustar el riesgo a nivel individual. Holanda puede estar un paso más adelante aun desde 2002, cuando introdujo una capitación por edad, género, estado de seguridad social y empleo, región de residencia, e incluso grupos de costos por diagnóstico y farmacéuticos, como mecanismos para ajustar el riesgo.

Alemania presenta la evolución típica de la capitación. Desde 1989 hasta 1995, Alemania tuvo un sistema mixto de agrupación de gasto para los pensionados, mientras que para todos los otros asegurados cada fondo de enfermedad agrupaba sus propios recursos. La introducción de competencia entre fondos en 1996 fue precedida por la introducción de un mecanismo de ajuste de riesgo que consideraba edad, género y discapacidad (Busse 2001). Desde entonces, los fondos de enfermedad han tenido que cubrir todos los gastos con los recursos asignados desde la agrupación de riesgo central, o han tenido que aumentar sus niveles de contribución. Así, los fondos de enfermedad se han reducido a sus funciones de compra, a pesar de que todavía llevan a cabo ciertas funciones de financiamiento de riesgo. El riesgo se redujo aún más por la extensión de la capitación a la participación en programas de administración de enfermedades. Otros países, como Holanda y Suiza, han seguido enfoques similares.

Cuadro 9.3 *Criterios de ajuste de riesgo en las fórmulas de capitación para la asignación de recursos en países con sistemas de aseguramiento social en salud*

País	*Año de implementación*	*Criterios de ajuste de riesgo*
Alemania	1994/1995	Edad, género, condición de pensión de discapacidad
	2002	Edad, género, condición de pensión de discapacidad, participación en programas de administración de enfermedades
Austria	Ninguno	
Bélgica	1995	Edad, género, condición de aseguramiento social, condición de empleo, mortalidad, urbanización, ingreso
	2006	Edad, género, condición de aseguramiento social, condición de empleo, mortalidad, urbanización, ingreso, grupo de costos de diagnóstico y farmacéutico
Francia	Ninguno	
Holanda	1993	Edad, género
	1996	Edad, género, región, condición de discapacidad
	1999	Edad, género, condición de seguridad social, empleo, región de residencia
	2002	Edad, género, condición de seguridad social/empleo, grupo de costo de diagnóstico y farmacéutico
Japón	Ninguno	
Luxemburgo	Ninguno	
República de Corea	Ninguno	
Suiza (en el interior de un cantón)	1994	Edad, género

Fuente: Adaptado de Busse, Saltman, y Dubois 2004 y actualizado de datos de Risk Adjustment Network (RAN).

En resumen, casi todos los países de altos ingresos aplican algún mecanismo de capitación para asignar los recursos de la entidad de agrupación de riesgo hacia las organizaciones encargadas de compras. Incluso sistemas como el de Corea, con un único fondo de enfermedad central que actúa como agrupación de riesgo y organización de compra, necesitan ciertos mecanismos para asignar los recursos entre regiones. Cualquiera que sea el mecanismo de financiamiento elegido, se necesita un mecanismo de capitación para redistribuir equitativamente los recursos. Si un sistema intenta establecer competencia entre los fondos de enfermedad, la capitación tiene también la función regulatoria de igualar las posibilidades de éxito de cada fondo. Cuanto más alto sea el valor predictivo de la capitación, más justa es la competencia, y más equitativa la asignación.

Cuadro 9.4 *Criterios de ajuste de riesgo en fórmulas de capitación para la asignación de recursos en países con sistemas financiados por impuestos*

País	*Criterio de ajuste de riesgo*
Australia	Edad, género, grupo étnico, indigencia, mortalidad, nivel educativo, área rural
Canadá	Edad, género, estado socioeconómico, grupo étnico, distancia al centro urbano
Dinamarca	Edad, número de hijos en familias de padre/madre soltero(a), número de apartamentos rentados, desempleo, educación, inmigrante, estatus social, ancianos solteros
España	Porcentaje de población mayor de 65 años, "insular" (región = isla)
Finlandia	Edad, discapacidad, morbilidad, archipiélago, distancia al centro urbano
Inglaterra	Edad, mortalidad, morbilidad, desempleo, ancianos que viven solos, origen étnico, estatus socioeconómico
Irlanda	No aplica
Islandia	Ninguno
Italia	Edad, género, mortalidad, morbilidad, utilización
Noruega	Edad, género, mortalidad, ancianos que viven solos, estado civil
Nueva Zelanda	Edad, género, condición de bienestar, grupo étnico, área rural
Portugal	Basado principalmente en precedentes históricos, edad, carga relativa de enfermedad (diabetes, hipertensión, tuberculosis, SIDA)
Suecia	Edad, género, estado civil, condición de empleo, ocupación, propiedad de vivienda, alta utilización

Fuente: Rice y Smith 2002; Mapelli 1999, Järvelin, Rico y Cetani 2002; Vallgarda, Krasnik y Vrangbaek 2001.

Compras y remuneración a proveedores

La compra se refiere a la transferencia de los recursos recaudados a los proveedores de servicios y la *remuneración* se refiere al mecanismo usado para asignar los recursos. Las organizaciones de compras deben tener los mismos fondos que una organización de agrupación de riesgo, pero no son necesariamente idénticas a ésta. Cada método de remuneración a proveedores crea diferentes incentivos de comportamiento para los proveedores de servicios. Se deben aclarar dos objetivos antes de diseñar el sistema de pagos. Primero, la estructura de mercado debe tenerse en cuenta como el marco general de las actividades de las organizaciones de compras. Un solo comprador puede cubrir una nación entera, o muchos compradores pueden ser asignados a áreas fijas o pueden competir con otros en la misma área. Segundo, es importante ser claro sobre el papel asignado a los compradores: un papel pasivo como intermediario fi-

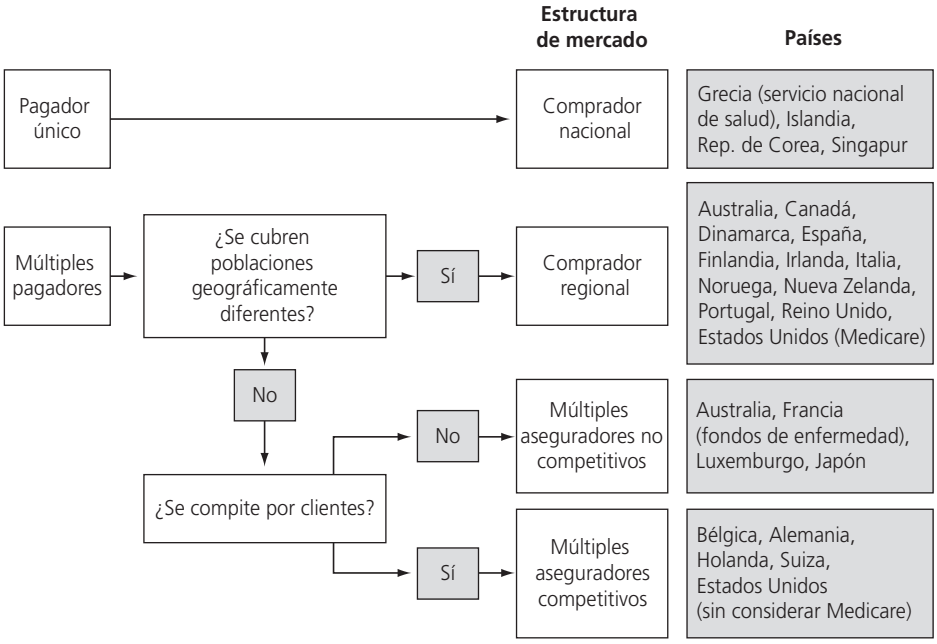
nanciero o un papel activo con poder financiero total para alcanzar un nivel definido de calidad y eficiencia.

Estructura de mercado de las organizaciones de compra

El número de organizaciones de compras, su tamaño y estructura de mercado, varían mucho entre los países analizados (gráfico 9.3). Sin embargo, la ola de descentralización ha llegado a casi todos los países en las tres últimas décadas, trasladando hacia abajo las decisiones de compra desde las autoridades centrales a las regionales o locales. Sólo unos pocos países todavía retienen sistemas centralizados de un solo comprador.

Durante la década de 1990, Alemania y Holanda, que tenían anteriormente sistemas de múltiples compradores no competitivos, introdujeron la elección entre fondos de enfermedad, uniéndose así a Bélgica y Suiza. Antes de la introducción de la

Gráfico 9.3 Estructuras de mercado para organizaciones de compras en países de altos ingresos



Fuente: Adaptado de Kutzin 2001.

competencia, los miembros de cada fondo de enfermedad se definían principalmente con base en la ocupación o área geográfica. La motivación no era tanto la reducción de costos administrativos, como se asume generalmente, sino un incremento en la eficiencia asignativa, una reducción del gasto por asegurado o un incremento en la calidad de los servicios comprados. La competencia ha sido acompañada de una reducción importante en el número de fondos de enfermedad, que varían entre una reducción de 21% en Bélgica hasta 70,6% en Alemania entre 1990 y 2002.

El papel del comprador

Durante las décadas de 1970 y 1980, el papel del comprador se limitaba todavía a la intermediación financiera, proveyendo o desembolsando los servicios necesarios en nombre de la población. Sin embargo, debido a la creciente presión de costos de fines de la década de 1980, varios países intentaron integrar mecanismos de mercado en sus sistemas para aumentar la calidad y la eficiencia de los servicios ofrecidos. Durante la década de 1990, las organizaciones de compra en los países con aseguramiento social y también en los países financiados mediante impuestos ganaron más autonomía en la administración y planeación, a través de la contratación y la administración de la atención (no necesariamente *atención administrada* en un sentido estricto). Aunque la atención administrada es un desarrollo reciente, muchos países con múltiples compradores experimentaron con la contratación durante la década de 1990.

En sistemas con múltiples pagadores, geográficamente diferentes, que en general son financiados con impuestos, un papel activo de las organizaciones regionales de compras se conoce frecuentemente como un mercado interno. En 1991, el servicio nacional de salud de Gran Bretaña se embarcó en un experimento de gran escala de creación de un mercado interno o cuasimercado dentro del sistema de salud, al separar a los compradores de los proveedores y promover la competencia entre proveedores. Los proveedores se volvieron entidades cuasiindependientes, manejando sus propios presupuestos y financiándose mediante contratos con los compradores (Le Grand 1999). Había dos tipos de compradores: autoridades distritales de salud y esquemas de tenencia de fondos de médicos generales (GP por las iniciales en inglés de *general practitioner*). Las grandes agrupaciones de GP recibieron un presupuesto con que podían comprar un número limitado de servicios secundarios en nombre de sus pacientes. Este cambio reflejó la idea de que el GP es un mejor agente para el paciente que la autoridad de salud, porque tiene mejor información respecto de la calidad de los proveedores secundarios y un mejor conocimiento de las preferencias de los pacientes que las autoridades de salud.

A pesar de que en eficiencia, equidad, posibilidad de elección y capacidad de respuesta, el mercado interno puede no haber generado tantos resultados como esperaban sus proponentes, no lo hizo tan mal –especialmente cuando su desempeño se

compara con lo que sucedió desde que se eliminó oficialmente en 1997. La tenencia de fondos de los GP parece haber sido particularmente efectiva; con investigaciones recientes que sugieren que redujo los tiempos de espera y las tasas de referencia (Dixon, Le Grand y Smith 2003). Otros nuevos problemas también se han evidenciado. Entre ellos se incluyen los costos altos de transacción, las desigualdades resultantes de dividir las compras entre autoridades de salud y los tenedores de fondos GP (Dixon, Le Grand y Smith 2003); y aún más preocupante, un serio deterioro en los resultados clínicos en algunos casos (Propper, Burgess y Abraham 2002). La mayoría de los analistas de política están de acuerdo en que el servicio nacional de salud ha cambiado fundamentalmente, en varias maneras no mensurables, a través de las reformas del mercado interno. Entre los cambios de cultura se incluyen la atención adicional a las preocupaciones del GP; un incremento general por la conciencia de costos; y más claridad sobre qué servicios se deben ofrecer, para quién, según cuál estándar y a qué precio (Le Grand 1999). A pesar de que en 1997 el recién elegido gobierno laborista abolió formalmente el mercado interno de Thatcher, ha desarrollado su propia versión de un mercado interno, que mantiene la división entre comprador y proveedor. En 2003, reemplazó la autoridad distrital de salud con un fondo primario de salud, en donde el GP y otros profesionales de salud tienen nuevamente funciones ejecutivas. Algunos hospitales, llamados hospitales fundacionales, están recibiendo más autonomía, y existe un esquema muy controvertido para atraer la inversión privada al servicio nacional hospitalario (Pollock, Shaoul y Vickers 2002). De esta manera, las medidas del partido Laborista han tomado una orientación mucho más de mercado en el servicio nacional de salud que las de su gobierno precedente más conservador.

Otros países con financiamiento mediante impuestos han introducido también divisiones parciales entre compradores y vendedores pero, en su mayoría, en pequeña escala. Por ejemplo, Suecia introdujo mercados internos en su servicio nacional de salud en el condado de Estocolmo en 1992. Como las reformas del Reino Unido, las reformas de Suecia crearon incrementos modestos en la productividad, eficiencia y capacidad de respuesta (Quaye 1997). En Nueva Zelanda, los mercados internos se introdujeron en 1993 para alcanzar mayor eficiencia asignativa y técnica y para contener el gasto total en salud. En consecuencia, se unieron los mecanismos que estaban anteriormente separados de financiamiento para servicios médicos generales y para hospitales y otros servicios, y se establecieron cuatro autoridades regionales de salud (RHA por las iniciales en inglés de *regional health authorities*) (French, Old y Healy 2001). En 1996, por el incremento pronunciado en los costos de transacción después de la reforma de 1993, problemas con la equidad en el acceso a la atención, y déficit sustanciales en tres de los cuatro RHA y la gran cantidad de proveedores de hospitales públicos que debían establecer contacto con el gobierno (Gauld 1999), el nuevo gobierno decidió que las reformas habían fallado en sus objetivos y se decidió unir las cuatro RHA en una única organización de compras.

Del mismo modo como ocurrió el cambio a mercados internos en los países con financiamiento de impuestos, los contratos selectivos se han desarrollado en algunos países con aseguramiento social. En Bélgica, Francia y Luxemburgo, el gobierno define beneficios específicos, dejando el volumen y los precios a las organizaciones de compras. Sin embargo, el volumen de estos beneficios es muy pequeño. Alemania, Holanda y Suiza dieron un paso adicional. Los gobiernos entendieron que la competencia entre fondos de enfermedad no puede funcionar si los fondos individuales no tienen instrumentos de administración para diferenciarse en la competencia. Por tanto, los fondos de enfermedad en los tres países han recibido más autonomía, no sólo en la contratación selectiva, sino también en las actividades de mercadeo, pago de bonos a pacientes y proveedores, y otras medidas de incentivos.

En Holanda, la contratación selectiva se ha promovido desde 1992. Bajo la Ley en Contra de Carteles, la contratación colectiva en el servicio de salud ha sido ilegal desde el 2002 (den Exter y otros 2004). Los hospitales fueron exentos de esta regulación, pero la autoridad anticarteles anunció que demandaría a los fondos de enfermedad que no contrataran proveedores ambulatorios selectivamente. Sin embargo, los fondos de enfermedad todavía contratan proveedores colectivamente, principalmente debido a los altos costos de transacción de las negociaciones contractuales con cada proveedor individual. En Holanda, lo mismo que en Alemania y Suiza, los fondos de enfermedad también pueden contratar de manera selectiva con redes de proveedores y negociar libremente los precios de los servicios. El número de contratos selectivos es bajo pero creciente. Desde 2004, los fondos de enfermedad de Alemania tienen que gastar 1% del gasto total en esos contratos con redes de proveedores bajo el esquema conocido como de servicio integrado. Se espera que este esquema alcance mayor integración de los diferentes sectores de servicios que están tradicionalmente separados, y prevenga así la duplicación de la utilización y consiga mejores resultados. La contratación selectiva también rompe con los carteles en la atención ambulatoria, donde las asociaciones médicas negocian en nombre de los médicos de los sistemas de aseguramiento social en salud en cada región.

En los tres países los fondos de enfermedad han recibido también más autonomía para mejorar las actividades de administración de la atención. En Suiza, los dos fondos más grandes están ofreciendo programas de administración de enfermedades, pero el porcentaje de participación es relativamente bajo, 5% de los participantes potenciales estimados (Weber y otros 2004). Para impulsar las tasas de participación, el gobierno de Alemania siguió un enfoque innovador para aumentar el atractivo del programa. Los fondos de enfermedad pueden ofrecer programas de administración de enfermedades, y los participantes en programas aprobados se tratan como una categoría separada en el esquema de compensación de estructura de riesgos, desde 2002. En consecuencia, los fondos de enfermedad con un porcentaje alto de participantes en programas de administración de enfermedades reciben un presupuesto mayor de

la organización de agrupación de riesgo (Autoridad de Aseguramiento Federal). Se esperaba que esto estimulara a los fondos de enfermedad a intentar atraer los enfermos crónicos y preocuparse más por ellos (en lugar de verlos como un "mal riesgo"). Los críticos han señalado que la ley ofrece un incentivo para que los fondos de enfermedad enrolen tantos enfermos crónicos como les sea posible, pero no mejora necesariamente su atención, ya que los fondos de enfermedad individuales son compensados por el gasto promedio de todos los participantes en el programa de administración de enfermedades en los fondos de salud (por edad y sexo) (Busse 2004).

Remuneración de los proveedores

El cambio hacia la división de compradores y proveedores en los sistemas financiados con impuestos y hacia una mayor actividad de compra de los fondos de enfermedad, en el sistema social de aseguramiento, se ha visto acompañado por cambios en los mecanismos de remuneración de médicos y hospitales en muchos países. La nueva transparencia de provisión de servicios que fue creada por los procesos activos de contratación y un incremento en la conciencia de costos, de parte de los hacedores de decisiones, compradores y proveedores, pueden ser los principales motivos para los cambios en los mecanismos de remuneración, en lugar de un simple deseo de control de costos.

Históricamente, la remuneración a los proveedores ha sido basada en función del tiempo y de la población en los países con financiamiento mediante impuestos, mientras que en los sistemas de financiamiento social o mixtos (por ejemplo, Francia, Alemania, Japón y Estados Unidos) es común que la misma se base en servicios. Durante la década de 1980, el presupuesto global, junto con los pagos/tarifas por el servicio de hospitales privados, o de pacientes privados en hospitales públicos, eran el principal mecanismo para financiar los hospitales públicos en la mayoría de los países de altos ingresos con financiamiento mediante impuestos. Los hospitales recibían un presupuesto anual fijo prospectivo para cubrir sus servicios. La mayor parte del tiempo este presupuesto reflejó el gasto histórico en lugar de la intensidad del servicio o la morbilidad de los pacientes que atendía. Las tarifas por servicios son el principal medio de pago en los hospitales de Japón; en algunos cantones en Suiza, los hospitales reciben pagos según los servicios individuales ofrecidos (Docteur y Oxley 2003).

En 1983, el programa Medicare de Estados Unidos se convirtió en el primer comprador público en introducir un pago por episodio de paciente –sistema de grupo de diagnóstico relacionado (DRG). Con este tipo de mecanismo de remuneración, el financiamiento se basa en un pago prospectivo específico por unidad estandarizada, teniendo en cuenta las variantes o mezclas de casos. Las diferentes patologías se agrupan en grupos de costos homogéneos según la condición médica o la intervención quirúrgica, y se estima el costo promedio de tratamiento para cada grupo. Cuando el

paciente sale del hospital, el mismo es asignado a un grupo específico y el hospital recibe una suma fija correspondiente al costo promedio de un paciente en este grupo.

Desde entonces, casi todos los países con sistemas financiados por impuestos o con aseguramiento social han introducido alguna forma de pagos por caso en sus sistemas de financiamiento de hospitales, en su mayoría parcialmente o en alguna combinación con el presupuesto global. Los países con financiamiento mediante impuestos que han desarrollado sus propios sistemas de pago DRG o han adaptado sus sistemas siguiendo el ejemplo de otros países y los han implementado son: Suecia (1985), Finlandia (1987), Portugal (1989), Canadá (1990), Australia (1993), Reino Unido (1992), Irlanda (1993), Italia (1995), Dinamarca (1999) y Noruega (1999). El primer país con aseguramiento social en introducir los pagos por DRG fue Bélgica en 1995, seguida por Alemania (sistema parcial en 1995, revisado en 2003), Francia (1997), Austria (1997), Suiza (1997) y la región de Cataluña en España (1998) y Holanda (2003). En Japón (2003) se implementó un sistema llamado combinación de procedimiento de diagnóstico. Los hospitales reciben un número determinado de puntos, cada uno con un valor fijo, por cada servicio. Corea ha desarrollado su propio sistema DRG, pero todavía no lo ha implementado (Fischer 2003).

Con el paso de los años, han surgido problemas con los métodos de pago por caso, incluyendo su complejidad administrativa y operacional, su dependencia en la disponibilidad de datos de costos y de actividad, consistentes y completos, y la necesidad de incentivos para asegurar que los costos estén limitados por tipo de servicio dentro de los límites de remuneración (Langenbrunner y Wiley 2002). Del lado positivo, el sistema de precios prospectivos parece haber promovido una mayor eficiencia de costos en el sector hospitalario. La evidencia de Estados Unidos indica que ha habido importantes reducciones en el tiempo promedio de permanencia en hospital comparado con otros métodos de remuneración, a pesar de que esto también puede haber sido acompañado de una menor intensidad de atención en algunos casos (Chalkley y Malcolmson 2000). En Suecia, una comparación entre condados que usaban sistemas de remuneración prospectivos, con otros que no los usaban, sugería una diferencia de costos del 10% a favor de la remuneración prospectiva (Gerdtham y otros 1999; Gerdtham, Rehnberg y Tambour 1999).

Sin embargo, el uso de estos métodos de remuneración puede entrar en conflicto con el control general del gasto, particularmente ante la presencia de un exceso de oferta o de reserva de productividad. Por ejemplo, la introducción de los DRG en el condado de Estocolmo generó un incremento importante en la actividad y el gasto y, como resultado, se restableció el control central del gasto mediante castigos al exceso de volúmenes (Docteur y Oxley 2003).

Para el servicio de atención ambulatoria, los mecanismos tradicionales de pago por servicio en el sistema de aseguramiento social y de salarios en el sistema financiado con impuestos se han reemplazado por una combinación de sistemas, con que se

intenta balancear los incentivos positivos y negativos de cada mecanismo de pago individual para inducir a los proveedores a alinear su comportamiento con los objetivos de los compradores. Ejemplos son los pago per cápita combinados a las asociaciones médicas y los pagos en el punto de servicio a los médicos individuales en Alemania, o los pagos per cápita a los médicos generales en Gran Bretaña, que se suplementan con los pagos por servicio para aquellos servicios que no están suficientemente provistos, por ejemplo, vacunación de niños o actividades de diagnóstico de cáncer. El mismo desarrollo puede ser visto en la remuneración a doctores en hospitales, quienes ahora cada vez más seguido reciben pagos sujetos a desempeño que son adicionales a su salario básico.

Referencias

Asher, M. G. 2002. "Pension Reform in an Affluent and Rapidly Ageing Society: The Singapore Case." Documento preparado para el International Symposium on Pension Reforms in Asian Countries, Asian Public Policy Programme, Hitotsubashi University, Tokio, febrero 1.

Bärnighausen, T. y R. Sauerborn. 2002. "One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle-and Low-Income Countries?" *Social Science and Medicine* 54 (10): 1559-87.

Bentes, M., C. Matías Días, C. Sakellarides y V. Bankauskaite. 2004. *Health Care Systems in Transition –Portugal.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Bunce, V. C. 2001."Medical Savings Accounts –Progress and Problems under HIPAA." Análisis de política 411, Washington, D. C.: Cato Institute.

Busse, R. 2001. "Risk Adjustment Compensation in Germany's Statutory Health Insurance." *European Journal of Public Health* 11 (2): 174-7.

———. 2004. "Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System –A Gordian Solution to the Adverse Selection of Chronically Ill in Competitive Markets?" *Health Affairs* 23 (3): 56-67.

Busse, R., R. B. Saltman y H. Dubois. 2004. "Organization and Financing of Social Health Insurance Systems –Current Status and Recent Policy Developments." En R. B. Saltman, R. Busse y J. Figueras, eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Busse, R. y S. Schlette, eds. 2003. *Health Policy Developments, International Trends, and Analyses,* Issue 1/2003. Gütersloh: Bertelsmann Foundation Publishers.

Carrin, G. y C. James. 2004. "Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period." Health Financing Policy Issue Paper Series, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

CBO (Congressional Budget Office). 2003. *How Many People Lack Health Insurance and for How Long?* Washington, D. C.

Chalkley, M. y J. Malcolmson. 2000. "Government Purchasing of Health Services." En A. Culyer y J. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics.* Amsterdam: Elsevier.

Colombo, F. y N. Tapay. 2003. "Private Health Insurance in Australia –A Case Study." Documento de trabajo sobre salud OCDE 8, París.

den Exter, A. H. Herman, M. Dosljiak y R. Busse. 2004. *Health Care Systems in Transition –The Netherlands.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Dixon, J., J. Le Grand y P. Smith. 2003. *Shaping the National Health Service –Can Market Forces Be Used for Good?* Londres: King's Fund.

Docteur, E. y H. Oxley. 2003. "Health-Care Systems –Lessons from the Reform Experience." Documento de trabajo sobre salud OCDE 8, París.

Donatini, A., A. Rico, M. G. D'Ambrosio, A. Lo Scalzo, L. Orzella, A. Cicchetti, S. Profili y T. Cetani. 2001. *Health Care Systems in Transition –Italy.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Fischer, W. 2003. *Nutzung von DRGs und verwandten Patientenklassifikationssystemen.* [www.fischer-zim.ch/notizen/DRG-Nutzung-2001 –0304.htm].

French, S., A. Old y J. Healy. 2001. *Health Care Systems in Transition –New Zealand.* Copenhague: European Observatory on Health Care Systems.

Gauld, R. 1999. "Beyond New Zealand's Dual Health Reforms." *Social Policy and Administration* 33 (5): 567-85.

Gerdtham, U. G., M. Löthgren, M. Tambour y C. Rehnberg. 1999. "Internal Markets and Health-Care Efficiency: A Multiple-Output Stochastic Frontier Analysis." *Health Economics* 8 (2): 151-64.

Gerdtham, U. G., C. Rehnberg y M. Tambour. 1999. "The Impact of Internal Markets on Health-Care Efficiency: Evidence from Health-Care Reforms in Sweden." *Applied Economics* 31 (8): 935-45.

Gericke, C. A., M. Wismar y R. Busse. 2004. "Cost-Sharing in the German Health Care System." Documento de trabajo 2004/4, Faculty of Economics and Management, Technische Universität Berlin. [www.ww.tu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp04-2004.pdf].

Gibis, B., P. W. Koch-Wulkan y J. Bultman. 2004. "Shifting Criteria for Benefit Decisions in Social Health Insurance Systems." En R. B. Saltman, R. Busse y J. Figueras, eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Halldorsson, M. y V. Bankauskaite. 2003. *Health Care Systems in Transition –Iceland.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Hilless, M. y J. Healy. 2001. *Health Care Systems in Transition –Australia.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Hjortsberg, C., O. Ghatnekar, A. Rico, W. Wisbaum y T. Cetani. 2001. *Health Care Systems in Transition –Sweden.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Järvelin, J., A. Rico y T. Cetani. 2002. *Health Care Systems in Transition –Finland.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Jommi, C. y G. Fattore. 2003. Regionalisation and Drugs Cost-Sharing in the Italian National Health Service. *EuroObserver* 5 (3): 1-4.

Kaufhold, R. y M. Schneider. 2000. Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext. Colonia, Alemania: IDZ.

Kupsch, S., A. Kern, C. Klas, B. Kressin, M. Vienonen y F. Beske. 2000. *Health Service Provision on a Microcosmic Level –An International Comparison.* Resultado de una encuesta de WHO/IGSF en 15 países europeos. Kiel, Alemania: Institute for Health Systems Research.

Kutzin, J. 2001. "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements." *Health Policy* 56 (3): 171-204.

Langenbrunner, J. C. y M. M. Wiley. 2002."Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries." En M. McKee y J. Healy, eds., *Hospitals in a Changing Europe.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Le Grand, J. 1999. "Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service." *Health Affairs* 18 (3): 27-40.

Mapelli, V. 1999. *L'allocazione delle risorse nel Servizio Sanitario Nazionale.* Rome: Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica.

McKee, M., M. J. Delnoij y H. Brand. 2004. "Prevention and Public Health in Social Health Insurance Systems." En R. B. Saltman, R. Busse y J. Figueras, eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

Minder, A., H. Schoenholzer y M. Amiet. 2000. *Health Care Systems in Transition –Switzerland.* European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, R. U.: Open University Press.

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2003. *OCDE Reviews of Health Care Systems: Korea.* París.

———. 2004a. *OECD Health Data,* 3ª ed. París.

———. 2004b. *Private Health Insurance in OECD Countries.* París.

Pollock, A. M., J. Shaoul y N. Vickers. 2002. "Private Finance and Value for Money in NHS Hospitals: A Policy in Search of a Rationale?" *British Medical Journal.*

Prescott, N. y L. M. Nichols. 1998. "International Comparison of Medical Savings Accounts." Documento de trabajo del Banco Mundial 392: *Choices in Financing Health Care and Old Age Security.* Banco Mundial, Washington, D. C.

Propper, C., S. Burgess y D. Abraham. 2002. *Competition and Quality: Evidence from the National Health Service Internal Market 1991-1999.* Bristol, R. U.: CMPO, University of Bristol.

Quaye, R. 1997. "Struggle for Control: General Practitioners in the Swedish Health Care System." *European Journal of Public Health* 7 (3): 248-53.

Rice, N. y P. Smith. 2002. "Strategic Resource Allocation and Funding Decisions." En E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras y J. Kutzin, eds., *Funding Health Care: Options for Europe.* Buckingham, R. U.: Open University Press.

Rico, A., R. Sabes y W. Wisbaum. 2000. *Health Care Systems in Transition –Spain.* Copenhague: European Observatory on Health Care Systems.

Sandier, S., V. París, D. Polton, S. Thomson y E. Mossialos. 2004. *Health Care Systems in Transition –France.* Copenhague: European Observatory on Health Care Systems.

Schreyögg, J. 2004. "Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts." *The Geneva Papers on Risk and Insurance* 29 (4): 689-704.

Schreyögg, J. y M. K. Lim. 2004. "Health Care Reforms in Singapore. Twenty Years of Medical Savings Accounts." *Dice-Report –Journal for Institutional Comparisons* 2 (3): 55-60.

Thomson, S., E.Mossialos y N. Jemiai. 2003. *Cost Sharing for Health Services in the European Union.* Documento preparado para la European Commission, Directorate General for Employment and Social Affairs. Copenhague: European Observatory on Health Care Systems; Londres: London School of Economics and Political Science.

U. S. Census Bureau. 2003. *Health Insurance Coverage in the United States: 2002.* Washington, D. C.

U. S. GAO (General Accounting Office). 1998. *Comprehensive Study of the Medical Savings Account Demonstration.* GAO/HEHS-98-57. Washington, D. C.

Velasco Garrido, M. y R. Busse. 2005. *Health Technology Assessment –An Introduction to Objectives, Role of Evidence, and Structure in Europe.* Documento de política. Copenhague y Bruselas: European Observatory on Health Systems and Policies.

Vallgarda, S., A. Krasnik y K. Vrangbaek. 2001. *Health Care Systems in Transition –Denmark.* Copenhague: European Observatory on Health Care Systems.

Weber, A., A. S. Götschi, R. Kühne, y D. Meier. 2004. Patientenrekrutierung für Disease Management. *Schweizerische Ärztezeitung* 85 (48): 2581-4.

Zweifel, P. y W. G. Manning. 2001. "Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care." En A. J. Culyer y J. P. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics.* Vol. 1A. North Holland: Elsevier.

Esta publicación es muy oportuna y hace una contribución valiosa al debate actual y vital de cómo desarrollar los instrumentos de mejores prácticas para financiar actividades en el sector salud. Presenta hábilmente acciones basadas en la experiencia de Ruanda y muestra la utilidad y la efectividad de los procesos de financiamieno y planeación, particularmente cuando se coordinan con las estrategias de reducción de la pobreza y se implementan bajo una estructura macroeconómica fuerte.

DONALD KABERUKA
Presidente del Banco Africano de Desarrollo
Ex Ministro de Finanzas, Ruanda

Exponiendo lecciones de las experiencias de varios países, el libro constituye una referencia invaluable para economistas y oficiales del sector salud de países de ingresos bajos y medios, que enfrentan los retos de diseñar y reformar los mecanismos de financiamiento para el cuidado del sector.
De particular valor es la manera como el libro describe los retos del diseño del sector, en especial en los diferentes tipos de países, en términos de las etapas de desarrollo y los papeles relativos de los sectores público y privado.

PETER S. HELLER
Director Ejecutivo, Fiscal Affairs Department,
Fondo Monetario Internacional

MAYOL EDICIONES

BANCO MUNDIAL

ISBN 958-8307-11-4
9 789588 307114
ISBN 978-958-8307-11-4