

CAPÍTULO 5

¿Quién costea los sistemas de salud?

Las opciones para el financiamiento de los servicios de salud tienen repercusiones sobre la equidad con que se reparte la carga de los pagos. ¿Pueden los ricos y sanos subsidiar a quienes son pobres y padecen alguna enfermedad? Con miras a lograr la equidad y la protección contra el riesgo financiero, debería haber un alto grado de pagos anticipados; el riesgo debería repartirse (por medio de subsidios cruzados que vayan del riesgo de salud bajo al alto); los pobres deberían recibir subsidios (por medio de subsidios cruzados de los de altos ingresos a los de bajos ingresos); debería evitarse la fragmentación de los fondos comunes y los recursos financieros, y debería practicarse la compra estratégica para mejorar los resultados del sistema de salud y su capacidad de respuesta.

5

¿QUIÉN COSTEA LOS SISTEMAS DE SALUD?

CÓMO FUNCIONA EL FINANCIAMIENTO

Los gastos en atención de salud han pasado de 3% del producto interno bruto (PIB) mundial en 1948 a 7,9% en 1997. Este considerable aumento del gasto en todo el mundo ha impulsado a muchas sociedades a buscar modalidades de financiamiento para los sistemas de salud con miras a que la falta de medios económicos no sea un impedimento para el acceso de las personas a esos servicios. Por mucho tiempo, facilitar este acceso a todos los ciudadanos ha sido una piedra angular de los modernos sistemas de financiamiento de la salud en muchos países. La función principal del sistema de salud es prestar servicios a la población. En este capítulo se recalca la importancia del financiamiento sanitario como elemento clave para alcanzar una interacción eficaz entre proveedores y usuarios. Se aborda la finalidad del financiamiento sanitario, así como los vínculos entre financiamiento y prestación de servicios, por medio de la compra. Se examinan también los factores que influyen en los resultados del financiamiento sanitario.

El propósito del financiamiento es contar con fondos, así como establecer incentivos financieros adecuados para los proveedores, con miras a lograr que todas las personas tengan acceso a servicios eficaces de salud pública y de atención sanitaria personal. Esto significa reducir o eliminar la posibilidad de que una persona no tenga la capacidad de pagar esos servicios, o de que se empobrezca si trata de hacerlo.

Para lograr que las personas tengan acceso a servicios de salud, son fundamentales tres funciones interrelacionadas del financiamiento de los servicios de salud, a saber: recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y compra de las intervenciones. Las principales dificultades consisten en poner en práctica los arreglos técnicos, organizativos e institucionales necesarios para que la interacción de esas funciones proteja financieramente a la gente de la manera más justa posible, y establecer incentivos que motiven a los proveedores a mejorar el estado de salud y la capacidad de respuesta del sistema. Las tres funciones a menudo se integran en una sola organización y este suele ser el caso en muchos sistemas de salud del mundo. Si bien este capítulo aborda las tres funciones por separado, eso no significa que debe tratarse de separarlas en diferentes organizaciones. Con todo, se observa una tendencia cada vez mayor a introducir una separación entre financiamiento y prestación de servicios.

La *recaudación de ingresos* es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero de familias y organizaciones o empresas, así como de donantes. Las donaciones se tratan en el recuadro 5.1. Los sistemas de salud tienen varias formas de recaudar ingresos,

tales como impuestos generales, contribuciones obligatorias a seguros de salud de carácter social (por lo general, vinculadas con el sueldo y casi nunca con el riesgo), contribuciones voluntarias a seguros de salud privados (usualmente relacionadas con el riesgo), pagos del bolsillo del usuario y donaciones. La mayoría de los países de ingresos altos dependen principalmente de los impuestos generales o de contribuciones obligatorias al seguro de salud de carácter social. En cambio, los países de bajos ingresos dependen mucho más de los pagos directos del usuario: en 60% de los países con ingresos por debajo de \$1000 per cápita, el gasto sufragado por el bolsillo del usuario es de 40% o más del total; por contraposición, 30% de los países de ingresos medianos o altos dependen fundamentalmente de este tipo de financiamiento (cuadro 5.1).

En la mayoría de los planes de seguro de carácter social y de seguro voluntario privado, la recaudación de los ingresos y la mancomunación de recursos se integran en una organización y un proceso de compra. En el caso de las organizaciones que dependen principalmente de los impuestos generales, tales como los ministerios de salud, el cobro lo hace el ministerio de hacienda y la asignación de fondos al ministerio de salud se hace por intermedio del presupuesto gubernamental.

La *mancomunación* es la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual. Dentro del sistema de salud, la mancomunación se conoce tradicionalmente como la "función de aseguramiento", tanto si el aseguramiento es explícito (gente que se suscribe a un plan deliberadamente) como si es implícito (como ocurre con los ingresos procedentes de los impuestos). Su finalidad principal es compartir el riesgo financiero que entrañan las intervenciones sanitarias cuya necesidad es incierta. Por ello se distingue del cobro, modalidad según la cual las personas siguen costearo sus riesgos de salud con dinero de su propio bolsillo o de sus ahorros. Cuando la gente paga esos gastos totalmente de su bolsillo, no se produce la mancomunación.

Tratándose de las actividades de salud pública y hasta de ciertos aspectos de la atención sanitaria personal —tales como exámenes médicos completos de carácter preventivo—

Recuadro 5.1 La importancia de las contribuciones de los donantes en la recaudación de ingresos y en la compra, en países en desarrollo

Las contribuciones de los donantes, como una fuente de ingresos para el sistema de salud, son de importancia decisiva para algunos países en desarrollo. Las cantidades absolutas de esta ayuda fueron considerables en los últimos años en Angola, Bangladesh, Ecuador, India, Indonesia, Mozambique, Papua Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania y varios países de Europa oriental; pero en los países grandes la ayuda suele ser solamente una parte pequeña del gasto sanitario total o hasta del gasto gubernamental. En cambio,

varios países, particularmente en África, dependen de los donantes, que aportan una parte importante del gasto sanitario total. Esa porción puede llegar a ser hasta de 40% (Uganda en 1993) o incluso 84% (Gambia en 1994); en 1996 ó 1997, superó el 20% en Eritrea, Kenya, la República Democrática Popular Lao y Malí. Por otra parte, Bolivia, Nicaragua, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe obtuvieron de dos o más donantes entre 10% y 20% de sus recursos para la salud, en uno o más años recientes.

La mayor parte de la ayuda recibida adopta la forma de proyectos, que se formulan y negocian por separado entre cada donante y las autoridades nacionales. Si bien cabe reconocer que la cooperación internacional por medio de proyectos ha sido fructífera, también puede generar fragmentación y duplicación de esfuerzos, en especial si participan muchos donantes y cada uno de ellos hace hincapié en sus propias prioridades geográficas o programáticas. Este modo de proceder obliga a las autoridades nacionales a dedicar mucho tiempo a lidiar con las prioridades y los pro-

cedimientos de los donantes, en vez de concentrarse en la rectoría estratégica y en la ejecución de los programas sanitarios. Los donantes y los gobiernos cada vez se dan más cuenta de que es necesario dejar atrás el enfoque por proyectos y, en su lugar, prestar un apoyo programático más amplio al desarrollo estratégico de largo plazo que se integre en el proceso de elaboración del presupuesto del país. En este sentido, los enfoques que abarcan todo el sector han sido eficaces en países como Bangladesh, Ghana y Pakistán.¹

¹ Cassels A, Janovsky K. Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *The Lancet* 1998; 352:1777–1779.

Cuadro 5.1 Participación estimada de los pagos del bolsillo del usuario en el gasto sanitario, según el nivel de ingreso, en 1997

(número de países en cada categoría de ingreso y de gasto)

Ingreso anual per cápita estimado (US\$ a la tasa de cambio)	Participación estimada en el gasto sanitario total (%)						Total
	Menos de 20	20–29	30–39	40–49	50–59	60 y más	
Menos de 1000	7	10	9	7	11	19	63
1000–9999	16	18	23	15	8	8	88
10 000 y más	19	7	4	5	0	2	37
Todas las clases de ingresos	42	35	36	27	19	29	188

Fuente: OMS, cálculos basados en las cuentas sanitarias nacionales; se desconocen los ingresos de tres países.

que no entrañan incertidumbre o cuyo costo es bajo, los fondos pueden ir directamente del cobro a la compra. Esta es una consideración importante con respecto a la reglamentación de los planes obligatorios de mancomunación de recursos, ya que las preferencias del consumidor por uno u otro conjunto de prestaciones del seguro a menudo se inclinan por las intervenciones de alta probabilidad y bajo costo (en relación con la capacidad de pago de la familia), aunque la mejor manera de costearlas es con ingresos corrientes o por medio de subsidios públicos directos para los pobres.

La mancomunación reduce la incertidumbre tanto para los ciudadanos como para los proveedores. Al aumentar y estabilizar la demanda y la corriente de recursos financieros, los fondos comunes pueden aumentar la probabilidad de que los pacientes estén en capacidad de pagar los servicios y de que un volumen mayor de estos últimos justifique nuevas inversiones por parte del proveedor.

La *compra* es el proceso mediante el cual se paga a los proveedores con recursos financieros mancomunados para que presten un conjunto especificado o no especificado de intervenciones de salud. La compra puede realizarse de manera pasiva o estratégica. La compra pasiva supone ceñirse a un presupuesto predeterminado o sencillamente pagar las facturas cuando se presentan. La compra estratégica supone una búsqueda continua de la mejor forma de lograr el máximo rendimiento del sistema de salud decidiendo qué intervenciones deben comprarse, cómo y a quién. Esto significa escoger activamente las intervenciones con miras a obtener el mejor rendimiento tanto para los individuos como para la población en su totalidad, por medio de la contratación selectiva y los planes de incentivos. La compra utiliza diferentes instrumentos para pagar a los proveedores, entre ellos la elaboración de presupuestos. Recientemente, muchos países, entre los que se cuentan Chile (1, 2), Hungría (3), Nueva Zelanda (4, 5) y el Reino Unido (6–8), han tratado de introducir una función activa de compra en sus sistemas de salud pública.

PAGOS ANTICIPADOS Y RECAUDACIÓN

Tradicionalmente, la mayoría de los debates sobre políticas relativas al financiamiento de los sistemas de salud se centran en torno a las repercusiones que puede tener el financiamiento público, en comparación con el privado, sobre el desempeño del sistema. En el capítulo 3 se aclara el papel fundamental del financiamiento público en materia de

salud pública. No obstante, cuando se trata de atención sanitaria personal, la dicotomía público-privado no es lo más importante para determinar el desempeño del sistema de salud, sino la diferencia entre pago anticipado y pagos del bolsillo del usuario. En consecuencia, el financiamiento privado, especialmente si se trata de países en desarrollo, equivale fundamentalmente a pagos efectuados por el usuario o a contribuciones que se hacen a fondos comunes pequeños, voluntarios, y que suelen estar sumamente fragmentados. En cambio, el financiamiento público o el privado obligatorio (procedentes de la tributación general o de contribuciones a la seguridad social) siempre está asociado con pagos anticipados y con fondos comunes de gran tamaño. La forma en que los planificadores organizan el financiamiento público o influyen en el financiamiento privado repercutirá en cuatro factores determinantes que son claves para el desempeño del financiamiento del sistema de salud, a saber: el nivel de pago anticipado; el grado de distribución del riesgo; el monto de los subsidios a los pobres, y la compra estratégica.

Obviamente, un sistema de salud en el que los individuos tienen que pagar de su propio bolsillo una parte sustancial del costo de los servicios en el momento de buscar tratamiento hará que el acceso se restrinja a quienes pueden pagarlos y probablemente excluirá a los miembros más pobres de la sociedad (9-12). Algunas intervenciones sanitarias importantes no recibirían financiamiento si el usuario tuviera que pagarlas, como sucede con el tipo de intervenciones para el bien público que se abordan en el capítulo 3 (13). La equidad en cuanto a la protección contra el riesgo financiero requiere el nivel más alto posible de separación entre contribuciones y utilización. Esto es particularmente cierto para las intervenciones que tienen un costo elevado en relación con la capacidad de pago de la familia.

Además de ofrecer protección contra la obligación de pagar del propio bolsillo y, en consecuencia, encarar obstáculos al acceso, el pago anticipado hace posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común, como se explica más adelante en este capítulo. El financiamiento individual proveniente del bolsillo del usuario no permite compartir el riesgo de esa forma. En otras palabras, como se propuso en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999* (14), debe existir el pago anticipado para que sea posible lograr un verdadero acceso a la atención personal de costo elevado.

El nivel de pago anticipado está determinado principalmente por el mecanismo predominante de recaudación de ingresos que se utilice en el sistema. Los impuestos generales permiten la separación máxima entre contribuciones y utilización, mientras que si los pagos provienen del bolsillo del usuario quiere decir que no hay separación. ¿Por qué entonces se utiliza tanto esta última modalidad, particularmente en los países en desarrollo? (15).

La respuesta es que separar las contribuciones de la utilización exige que las instituciones recaudadoras tengan una capacidad institucional y organizativa muy sólida. Estos atributos no se encuentran en muchos países en desarrollo. Por lo tanto, aunque es recomendable el nivel más alto posible de pago anticipado, suele ser muy difícil de alcanzar en los entornos de bajos ingresos donde las instituciones son débiles. Depender de acuerdos de pago anticipado, particularmente de los impuestos generales, resulta muy exigente desde el punto de vista institucional. La tributación general como fuente principal del financiamiento de la atención sanitaria exige una excelente capacidad recaudadora de las contribuciones o de los impuestos. Esto suele estar muy vinculado con una economía fundamentalmente estructurada, en tanto que en los países en desarrollo suele predominar el sector informal. Mientras que los gravámenes generales en promedio aportan más de 40% del PIB en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), en los países de bajos ingresos esta cantidad es menor de 20%.

Todas las otras formas de pago anticipado, entre ellas las contribuciones a la seguridad social y las primas de seguro voluntario, son fáciles de recaudar, puesto que el beneficio de la participación está vinculado a las contribuciones reales. En la mayoría de los casos, la participación en planes de seguro de carácter social está limitada a los trabajadores del sector estructurado, quienes contribuyen por medio de deducciones de sus sueldos. Esto permite que la organización de seguridad social los identifique fácilmente, cobre las contribuciones y posiblemente los prive de las prestaciones si no han pagado la cuota. De igual manera, la identificación y el cobro resultan más fáciles en el caso de planes voluntarios de seguro de salud y de fondos comunes comunitarios. Con todo, estos pagos anticipados exigen también contar con una gran capacidad organizativa e institucional, en comparación con el financiamiento directo que proviene de los propios usuarios.

En consecuencia, en los países en desarrollo el objetivo es crear las condiciones para aplicar mecanismos de recaudación de ingresos que permitan una separación cada vez mayor entre contribuciones y utilización. En los países de bajos ingresos, donde suele haber altos niveles de gastos de salud sufragados por el usuario de su propio bolsillo y donde las capacidades organizativa e institucional son demasiado débiles para que se pueda depender principalmente de los impuestos generales para financiar los servicios de salud, esto significa que, donde sea posible, hay que fomentar los sistemas de contribuciones vinculados al trabajo, y facilitar la creación de planes de pago anticipado comunitarios o por intermedio de proveedores. Sin embargo, se ha comprobado (16, 17) que si bien estos últimos representan una mejora con respecto al financiamiento con dinero del usuario, son difíciles de mantener y deben considerarse únicamente como una transición hacia niveles más altos de mancomunación o como instrumentos para mejorar la forma de asignar los subsidios públicos para la atención sanitaria. En países de ingresos medianos, con economías más estructuradas, las estrategias para incrementar el número de arreglos de pago anticipado, así como los de mancomunación, incluyen el fortalecimiento y la expansión de los sistemas de contribuciones obligatorias relacionadas con el trabajo o de los sistemas de contribuciones basadas en el riesgo, así como el aumento de la proporción del financiamiento público, particularmente para los pobres.

Aunque el pago anticipado es una piedra angular del financiamiento equitativo de un sistema de salud, en los países o entornos de bajos ingresos tal vez se requiera alguna contribución directa en el momento de la utilización para aumentar los ingresos cuando no hay suficiente capacidad de pago anticipado. También puede necesitarse en la forma de copago para determinadas intervenciones, con miras a reducir la demanda. Este modo de proceder solo deberá aplicarse donde haya pruebas claras de sobreutilización injustificada de la intervención correspondiente como resultado de los esquemas de pago anticipado (riesgo moral). El uso del copago tiene el efecto de *racionalizar* el uso de una intervención determinada, pero no *racionaliza* su demanda por los consumidores. Cuando la gente, en especial los pobres, tiene que hacer copagos, reduce la cantidad de servicios solicitados (hasta llegar al extremo de no solicitar ningún servicio); pero no se vuelve necesariamente más racional para distinguir cuándo pedir servicios o cuáles servicios tiene que pedir. En consecuencia, si los cargos al usuario se aplican indiscriminadamente, también se reducirá la demanda indiscriminadamente, lo que perjudicará a los pobres en particular.

Los servicios gratuitos no se traducen automáticamente en una sobreutilización injustificada de los servicios. Los servicios que no implican un costo directo en realidad no son forzosamente gratuitos ni asequibles, en particular para los pobres, debido a los otros costos asociados con la procura de atención de salud, tales como el costo de los medicamentos

(cuando no se reciben gratis), los pagos bajo cuerda, el transporte y las horas de trabajo perdidas (18, 19).

En vista de las repercusiones potencialmente negativas sobre los servicios necesarios, especialmente para los pobres, el copago no debería escogerse como una forma de financiamiento, excepto si se trata de necesidades de bajo costo, relativamente predecibles. Debería usarse más bien como instrumento para controlar la sobreutilización, cuando esta es evidente, de intervenciones concretas o para excluir implícitamente algunos servicios que forman parte de un conjunto de prestaciones, cuando no es posible su exclusión explícita. Debido a que es recomendable separar las contribuciones de la utilización, la modalidad de pago del bolsillo del usuario no debería aplicarse, a menos que no se tenga otra opción. Toda forma de pago anticipado es preferible, excepto en el caso de intervenciones de bajo costo, en las cuales no se justifican los gastos administrativos que supone el pago anticipado.

REPARTIR EL RIESGO Y SUBSIDIAR A LOS POBRES: LA MANCOMUNACIÓN DE RECURSOS

La mancomunación de recursos es la forma principal de repartir el riesgo entre los participantes. Aun cuando haya un alto grado de separación entre contribuciones y utilización, el pago anticipado por sí solo no garantiza un financiamiento justo si se hace únicamente en forma individual; es decir, por medio de cuentas de ahorro destinadas a pagar servicios médicos. En ese caso, los usuarios tendrían acceso limitado a los servicios una vez que se agotasen sus ahorros. Quienes defienden las cuentas de ahorro para servicios médicos que se utilizan en Singapur y en los Estados Unidos, alegan que reducen el riesgo moral y dan a los consumidores el incentivo de adquirir los servicios de manera más racional; pero si bien es cierto que se ha comprobado una reducción de los gastos y ahorros sustanciales entre las personas que reciben beneficios tributarios y pueden permitirse ahorrar (20), no hay pruebas de que se haga una compra más racional. Por otra parte, el financiamiento individual fomenta el pago de honorarios por servicio prestado y dificulta aun más reglamentar la calidad de los servicios (21). A las personas con un alto riesgo de tener que solicitar servicios médicos, tales como los enfermos y los ancianos, se les negará el acceso porque no habrán podido ahorrar lo suficiente de sus ingresos. Por el contrario, los sanos y los jóvenes, cuyo riesgo suele ser bajo, podrían hacer pagos adelantados por largo tiempo sin necesitar los servicios para los cuales habrían ahorrado. En este caso, los mecanismos que permiten los subsidios cruzados de los jóvenes y sanos a los ancianos y enfermos beneficiarían a los últimos sin perjudicar a los primeros. En consecuencia, tanto los sistemas como los usuarios salen beneficiados con mecanismos que no solo aumentan el nivel de pago anticipado para los servicios de salud, sino que reparten el riesgo financiero entre sus miembros.

Aunque el pago anticipado y la mancomunación representan un mejoramiento considerable con respecto al financiamiento que depende del pago directo por el usuario, no tienen en cuenta la cuestión de los ingresos. Como resultado de la formación de grandes fondos comunes, la sociedad se beneficia de las economías de escala, de la ley de los grandes números y de los subsidios cruzados de las personas de bajo riesgo a las de alto riesgo. La mancomunación por sí misma permite la nivelación de las contribuciones entre los miembros del fondo común, independientemente del riesgo financiero de cada uno que va asociado con la utilización de servicios. Pero también permite que los pobres de bajo riesgo subsidien a los ricos de alto riesgo. Las sociedades interesadas en la equidad no son indife-

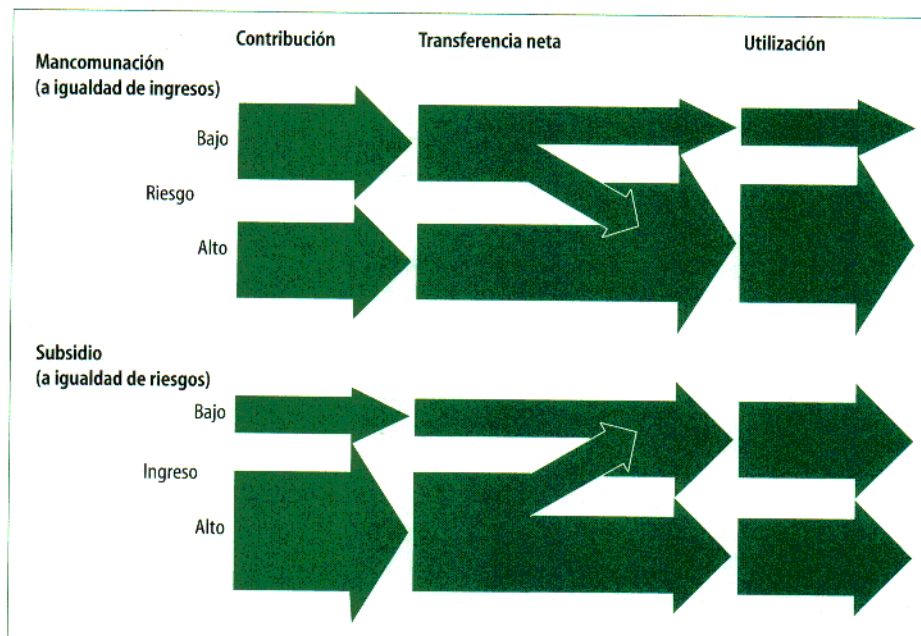
rentes a quién es subsidiado por quién. Por lo tanto, el financiamiento de la salud, además de ofrecer la opción de los subsidios de bajo a alto riesgo (que ocurrirá en toda mancomunación, a menos que las contribuciones estén relacionadas con el riesgo), debería lograr que esos subsidios no fueran regresivos (figura 5.1).

Los sistemas de salud en todo el mundo intentan repartir el riesgo y subsidiar a los pobres mediante diversas combinaciones de arreglos organizativos y técnicos (22). Los subsidios cruzados relacionados con el riesgo y con el ingreso pueden darse entre los miembros del mismo fondo común—por ejemplo, en los sistemas de fondo común único, como la institución de seguridad social de Costa Rica y el servicio nacional de salud del Reino Unido—o bien por medio de subsidios gubernamentales otorgados a un sistema con uno o varios fondos comunes.

En la práctica, en la mayoría de los sistemas de salud, la subvención cruzada por riesgo y por ingresos se da mediante una combinación de dos métodos: mancomunación y subsidios gubernamentales. Los subsidios cruzados pueden existir también entre miembros de fondos comunes diferentes (en un sistema de mancomunación múltiple), por medio de mecanismos explícitos de nivelación de riesgos y de ingresos, tales como los que se utilizan en los sistemas de seguridad social de la Argentina (23), Colombia (24) y los Países Bajos (25). En estos países, la existencia de fondos comunes múltiples permite a los afiliados tener diferentes perfiles de riesgos y de ingresos. Si no existe algún tipo de mecanismo compensatorio, esos arreglos pueden incitar a las organizaciones mancomunadas a seleccionar a las personas de poco riesgo, y a excluir a los pobres y a los enfermos.

Aun si se trata de organizaciones de fondo común único, la descentralización puede tener como resultado grandes diferencias en el riesgo y los ingresos entre las regiones descentralizadas, a menos que vaya acompañada de mecanismos de nivelación para la asignación de recursos. El Brasil introdujo mecanismos compensatorios en la asignación de ingresos del gobierno central a los estados para reducir esas diferencias (26).

Figura 5.1 Mancomunación para distribuir el riesgo, y subsidio cruzado para lograr mayor equidad (la flecha indica la corriente de los fondos)



El cuadro 5.2 presenta cuatro ejemplos de países con diferentes formas de repartir el riesgo y subsidiar a los pobres. Algunos arreglos organizativos son menos eficientes que otros para lograr estos objetivos, especialmente si facilitan la fragmentación creando numerosos fondos comunes pequeños. Las funciones de recaudación, mancomunación, compra y prestación de los servicios supone corrientes de recursos financieros que van de las fuentes a los proveedores por conducto de una variedad de organizaciones que realizan una o varias de estas tareas. La figura 5.2 ilustra la estructura del financiamiento del sistema de salud en cuatro países que difieren considerablemente en cuanto a la mancomunación formal de los recursos financieros y las compras, en vez de que los consumidores paguen directamente a los proveedores sin compartir en absoluto los riesgos.

Los fondos comunes grandes son mejores que los pequeños porque pueden aumentar la cantidad de recursos disponibles para los servicios de salud. Cuanto más grande sea el fondo, mayor será la parte de las contribuciones que puede asignarse exclusivamente a los servicios de salud. Un fondo grande puede aprovechar las ventajas de las economías de

Cuadro 5.2 Métodos para distribuir el riesgo y subsidiar a los pobres: casos de país

País	Sistema	Distribución del riesgo	Subsidios a los pobres
Colombia	Numerosos fondos comunes: muchas organizaciones de seguridad social en competencia, sistemas municipales de salud y Ministerio de Salud.	Dentro de los fondos por medio de contribuciones no relacionadas con el riesgo, y entre fondos por medio de un fondo central de nivelación de riesgos. Conjunto de prestaciones mínimo obligatorio para todos los miembros de todos los fondos comunes.	Contribución vinculada al sueldo dentro de los fondos y entre ellos más subsidio explícito pagado al asegurador para que los pobres se afilien a la seguridad social; subsidio del lado de la oferta por conducto del Ministerio de Salud y los sistemas municipales.
Países Bajos	Numerosos fondos: organizaciones de seguro de carácter social en competencia principalmente privadas.	Dentro de los fondos por medio de contribuciones no vinculadas con el riesgo, y entre los fondos por medio de un fondo central de nivelación del riesgo.	Por medio del fondo de nivelación, que excluye a los ricos.
República de Corea	Dos fondos principales: el seguro nacional de salud y el Ministerio de Salud. Sin embargo, el seguro nacional de salud cubre solamente 30% del gasto sanitario total de cada afiliado.	Dentro de los fondos por medio de contribuciones no relacionadas con el riesgo. Conjunto explícito único de prestaciones para todos los afiliados.	Contribución vinculada al sueldo más subsidio del lado de la oferta por conducto del Ministerio de Salud y el seguro nacional de salud procedente de las asignaciones del Ministerio de Hacienda. Subsidio público para asegurar a los pobres y los agricultores.
Zambia	Un fondo común único y oficial que predomina: Ministerio de Salud/Junta Sanitaria Central.	Dentro del fondo, conjunto único de prestaciones implícito para todos en el sistema del Ministerio de Salud y a nivel de los estados. Financiado por impuestos generales.	Dentro del fondo por medio de impuestos generales. Subsidio del lado de la oferta por conducto del Ministerio de Salud.

Figura 5.2 Estructura del financiamiento y prestación de servicios del sistema de salud en cuatro países**Bangladesh (1996–1997)**

Recaudación de ingresos	Tributación general	Donantes	Del bolsillo	Otros
Mancomunidad de recursos	Ministerio de Salud	Otras entidades gubernamentales	No hay mancomunidad	
Compra			Compras individuales	
Prestación de servicios	Ministerio de Salud		Proveedores privados	

Chile (1991–1997)

Recaudación de ingresos	Tributación general		Seguro de carácter social	Del bolsillo
Mancomunidad de recursos	Seguro de salud público (FONASA)		Seguro privado (ISAPRE)	No hay mancomunidad
Compra				Compra individual
Prestación de servicios	Otras entidades gubernamentales	Servicio Nacional de Salud	Proveedores privados	

Egipto (1994–1995)

Recaudación de ingresos	Tributación general	Donantes	Seguro de carácter social	Del bolsillo
Mancomunidad de recursos	Ministerio de Salud	Otras entidades gubernamentales	No hay mancomunidad	
Compra			Compra individual	
Prestación de servicios	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Otras entidades gubernamentales	Proveedores privados

Reino Unido (1994–1995)

Recaudación de ingresos	Tributación general		Seguro de carácter social	Del bolsillo
Mancomunidad de recursos	Ministerio de Salud		Seguro privado	No hay mancomunidad
Compra	Autoridades sanitarias		Médicos generales	Compra individual
Prestación de servicios	Servicio Nacional de Salud		Proveedores privados	

Nota: La longitud de las franjas es proporcional a la corriente calculada de fondos.

Fuente: Cálculos basados en las cuentas sanitarias nacionales.

escala en la administración y disminuir el nivel de las contribuciones requeridas para la protección contra algunas necesidades inciertas, a la vez que se cuenta con recursos financieros suficientes para costear los servicios. Dado que las necesidades varían de forma impredecible, los cálculos para un individuo pueden arrojar cifras tan grandes que resultan inasequibles. Al reducir esta incertidumbre, el fondo común podrá reducir la cantidad que se retiene como reserva financiera destinada a amortiguar las variaciones en los cálculos de gastos sanitarios de los miembros. De esta forma, tendrá la capacidad de utilizar los recursos financieros liberados para dar más y mejores servicios.

La mancomunación fragmentaria —es decir, la existencia de demasiadas organizaciones pequeñas que participan en la recaudación de ingresos, la mancomunación de recursos y la compra— deteriora el desempeño de las tres actividades, en especial de la propia mancomunación. En los sistemas fragmentados, no es el número de fondos mancomunados y de compradores existentes lo que importa, sino que muchos de ellos sean demasiado pequeños. En la Argentina, antes de las reformas de 1996 había más de 300 organizaciones mancomunadas (obras sociales nacionales) para los trabajadores del sector estructurado y sus familias, algunas con menos de 50 000 afiliados. La capacidad administrativa y las reservas financieras requeridas para lograr la viabilidad financiera de las organizaciones más pequeñas, unidas a los bajos sueldos de sus beneficiarios, determinaban que los conjuntos de prestaciones que ofrecían fuesen muy reducidos. Un problema similar ocurre con las modalidades de mancomunación comunitaria en los países en desarrollo. Si bien representan un mejoramiento con respecto al financiamiento directo por el usuario, su tamaño y capacidad organizativa a menudo ponen en peligro su sostenibilidad financiera (16, 17). El financiamiento que depende predominantemente del pago directo por el usuario representa el grado más alto de fragmentación. En este caso, cada individuo constituye un fondo mancomunado y, por lo tanto, tiene que pagar sus propios servicios de atención sanitaria.

Lo más grande resulta lo mejor cuando se trata de la mancomunación de recursos y la compra. Pero las economías de escala presentan rendimientos decrecientes y, una vez que se rebasa un tamaño crítico, los beneficios marginales pueden ser insignificantes. Por lo tanto, el argumento en defensa de los fondos comunes grandes no es un argumento en favor de la creación de fondos únicos, si cabe la posibilidad de que exista una mancomunación múltiple sin fragmentación, y cuando el tamaño y los mecanismos de financiamiento de esos fondos permiten repartir el riesgo y subsidiar a los pobres adecuadamente.

La política de los sistemas de salud con relación a la mancomunación tiene que centrarse en crear las condiciones para establecer organizaciones mancomunadas tan grandes como sea posible. Si un país en particular carece por el momento de la capacidad organizativa e institucional necesaria para que haya un fondo común único o fondos grandes para todos los ciudadanos, los encargados de formular las políticas y los donantes deberían tratar de crear las condiciones que permitan la formación de dichos fondos. Entretanto, los encargados de formular las políticas deberían promover arreglos de mancomunación siempre que fuese posible, como una etapa de transición hacia la futura agrupación de los fondos comunes. Aun los fondos pequeños o los fondos para segmentos de la población son mejores que el financiamiento del bolsillo del usuario para todos. Oponerse a hacer esto o posponerlo hasta que exista la capacidad para el establecimiento de un fondo común único eficaz tiene dos inconvenientes. En primer lugar, priva a los consumidores de una mejor protección y, en segundo lugar, puede impedir al Estado reglamentar este tipo de iniciativas y orientarlas hacia la formación futura de organizaciones mancomunadas grandes o únicas. La implantación de normas como la tarificación comunitaria (ajuste según el riesgo promedio de un grupo), la mancomunación basada en el empleo y transferible (seguro que un

trabajador puede mantener aunque cambie de empleo), y conjuntos iguales de prestaciones mínimas (acceso a los mismos servicios en todos los fondos comunes), además de proteger a los miembros de los fondos comunes, prepara el camino para una mayor mancomunación en el futuro.

Para las economías de bajos ingresos donde el sector estructurado es pequeño, esto significa promover la mancomunación a nivel comunitario. La falta de confianza de las comunidades en las organizaciones mancomunadas locales podría ser un factor limitante, pero esas iniciativas ofrecen una oportunidad importante para la cooperación internacional, pues los donantes pueden servir de garantes para la comunidad y ayudar a crear la capacidad organizativa e institucional necesaria. Para los países en desarrollo de ingresos medianos, esto significa fomentar la creación de fondos comunes y, donde sea posible, establecer directamente un fondo común grande o aprobar leyes que estipulen el tamaño mínimo que deben tener estos fondos para que sean viables financieramente, así como para reglamentar las iniciativas de mancomunación, de forma que en el futuro se facilite la unificación.

Sin embargo, la competencia entre los fondos no es totalmente perjudicial. Puede aumentar la capacidad de respuesta de las organizaciones mancomunadas a sus afiliados e incentivar la innovación. También puede representar un estímulo para reducir los costos (aumentar la participación en el mercado y las ganancias), por ejemplo, mediante fusiones, como en la reforma de las obras sociales (organizaciones cuasipúblicas de seguro de salud) de la Argentina en 1996. La falta de competencia significaba que los administradores no se preocupaban mucho por los altos costos administrativos y las pocas prestaciones para sus afiliados, porque tenían un grupo cautivo de contribuyentes. La competencia y las fusiones resultantes, junto con subsidios explícitos para los beneficiarios de bajos ingresos, han permitido a los miembros de fondos pequeños unirse en consorcios más grandes y recibir mejores beneficios por las mismas cuotas.

A pesar de sus beneficios potenciales, la competencia entre los fondos comunes plantea problemas considerables a los sistemas de salud, particularmente en lo relativo al comportamiento selectivo tanto de las organizaciones mancomunadas como de los consumidores. La participación obligatoria (es decir, todos los miembros que reúnen los requisitos deben afiliarse a la organización mancomunada) reduce considerablemente el alcance del comportamiento selectivo pero no elimina totalmente los incentivos asociados con él, particularmente en el marco de los planes de contribuciones no relacionados con el riesgo.

El comportamiento selectivo es un problema potencial de competencia siempre que se lleva a cabo la mancomunación, independientemente del nivel organizativo en que esta ocurra (27, 28). En particular, representa un problema de competencia en los planes de contribución no relacionados con el riesgo. Por un lado, las organizaciones mancomunadas tratarán de escoger a los consumidores de riesgo más bajo (selección del riesgo), que pagarán contribuciones pero no causarán gastos; por el otro lado, los consumidores de más alto riesgo buscarán cobertura más activamente que el resto de la población (selección adversa). La competencia motivada por la mancomunación se convierte entonces en una batalla por la información entre los consumidores (quienes usualmente saben más acerca de su propio riesgo de necesitar una intervención sanitaria) y la organización mancomunada (que necesita saber más acerca de los riesgos de los consumidores para lograr una sostenibilidad financiera a largo plazo). Esto tiene enormes consecuencias para los costos administrativos de las organizaciones mancomunadas. Es decir, si predomina la selección adversa, estos consorcios terminan con mayores costos, se ven obligados a pedir cuotas más altas y, finalmente, pueden ir a la quiebra. Esto se aplica no solo a los planes de seguro

de salud privado sino también a los arreglos de mancomunación comunitaria; se ha comprobado que estos tienen el gran problema de cómo hacer frente a la selección adversa (17), que depende principalmente de la afiliación voluntaria. Si, por el contrario, predomina la selección del riesgo —como es lo más probable cuando la reglamentación de la competencia entre fondos comunes es débil—, los pobres y los enfermos quedarán excluidos.

La exclusión de la mancomunación es un problema que debe corregirse mediante una variedad de medidas reglamentarias e incentivos financieros. La reglamentación podría cubrir aspectos tales como la participación obligatoria, las contribuciones no relacionadas con el riesgo o la tarificación comunitaria (el mismo precio para un grupo de afiliados que viven en la misma zona geográfica o tienen el mismo lugar de trabajo), y la prohibición de la selección del riesgo (solicitar información complementaria sobre los riesgos de salud). Los incentivos financieros podrían incluir mecanismos de compensación del riesgo y subsidios para que los pobres se afilien a una organización mancomunada. Estas medidas reducen los problemas de la competencia vinculada con la mancomunación, pero son caras en lo administrativo debido a los elevados costos de transacción dentro del sistema que son necesarios para pasar de las modalidades organizativas jerárquicas para consorcios no competitivos a un mercado donde predomina la mancomunación (29, 30).

La reglamentación y los incentivos deberían dirigirse también a evitar la fragmentación del fondo común como resultado de la competencia. Si los incentivos organizativos e institucionales son adecuados, los grandes fondos comunes son mucho más eficientes que la competencia entre fondos. Los fondos únicos nacionales, por ser los consorcios más grandes posibles y como organizaciones que no están en competencia, pueden considerarse como la forma más eficiente de organizar la mancomunación. Con ellos se evitan la fragmentación y todos los problemas de competencia, pero también se renuncia a las ventajas de la competencia.

En la mayoría de las modalidades de financiamiento de la atención sanitaria, la mancomunación y la compra están integradas dentro de la misma organización. La asignación de los fondos obtenidos de la mancomunación a la compra tiene lugar en la organización por medio de la elaboración de presupuestos. Sin embargo, se han hecho algunos intentos en el mundo para separar las funciones, de tal manera que los recursos de una organización mancomunada se asignan a compradores por medio de la capitación ajustada según el riesgo. Por ejemplo, en Colombia (31, 32) y en los Estados Unidos (33, 34) se ha intentado aprovechar la competencia en las compras con objeto de aminorar en lo posible los problemas de competencia vinculados con la mancomunación que se han mencionado antes.

COMPRA ESTRATÉGICA

Los sistemas de salud tienen que lograr que el conjunto de intervenciones sanitarias que suministran y financian responda a los criterios descritos en el capítulo 3. Además, tienen que velar por que la forma de suministrar las intervenciones ayude a mejorar la capacidad de respuesta del sistema y la equidad financiera. La compra estratégica es la forma de lograrlo.

Pero, tal como se indica en el capítulo 3, la responsabilidad de lograr la eficacia de las intervenciones sanitarias recae principalmente sobre los proveedores. Para que estos desempeñen su función eficazmente, necesitan insumos y arreglos organizativos adecuados, así como incentivos coherentes, tanto dentro como fuera de la organización. La compra desempeña una función fundamental para alcanzar la coherencia de los incentivos exter-

nos para los proveedores mediante los mecanismos de contratación, elaboración del presupuesto y pago.

La compra estratégica debe hacer frente a tres dificultades esenciales, a saber: qué intervenciones se deben comprar, a quién se han de comprar, y cómo se deben comprar. El tamaño también es importante para las organizaciones que compran. Los grandes compradores no solo pueden aprovechar las ventajas de las economías de escala sino también de una mayor capacidad de negociación (poder monopsónico) en relación con los precios, la calidad y la oportunidad de los servicios, al tratar con los monopolios naturales de los proveedores.

La compra estratégica exige una búsqueda continua de las mejores intervenciones que pueden adquirirse, de los mejores proveedores, así como de los mejores mecanismos de pago y arreglos contractuales para costear esas intervenciones. La determinación de quiénes son los mejores proveedores significa cerrar los mejores tratos (por ejemplo, acceso rápido de los pacientes a los servicios contratados). Significa igualmente forjar alianzas estratégicas para el desarrollo futuro de esos proveedores y para difundir sus mejores métodos a otros proveedores.

La importante función de la salud pública y las características técnicas de las intervenciones que se deben suministrar se abordan en el capítulo 3. Al adquirir atención sanitaria personal, la determinación de qué intervenciones se deben comprar se hace a dos niveles. Un nivel está vinculado en gran medida con la rectoría; en él la sociedad determina (casi siempre de manera implícita) el peso relativo de las metas del sistema, o sea, salud, capacidad de respuesta y una contribución justa al financiamiento. Esto se logra estableciendo prioridades para el financiamiento público de determinados programas o por medio de reglamentos e incentivos financieros para el financiamiento privado voluntario u obligatorio. Si la rectoría no es adecuada, el peso relativo de las metas de los sistemas de salud queda definido en la práctica por el comprador y las fuerzas del mercado. El segundo nivel compete al comprador, e implica que este debe identificar constantemente las intervenciones para alcanzar las metas del sistema (definidas a nivel de la rectoría), además de determinar los copagos y otros aspectos financieros. Eso significa también que el comprador tiene autoridad para negociar con los proveedores en relación con la cantidad, calidad y disponibilidad previstas de las intervenciones que se van a comprar y a suministrar.

Las organizaciones compradoras también tienen que definir a quién le van a comprar. Esto es fundamental para que esas organizaciones no tengan que verse envueltas en la microadministración de los proveedores. Con miras a fijar incentivos para controlar los costos, para que se asigne gran importancia a la atención preventiva y para mantener o mejorar la calidad de los servicios, los compradores tienen que establecer prioridades entre las *unidades* de compra: es decir, estipular si se deben comprar intervenciones individuales, conjuntos especificados de atención, toda la atención sanitaria para individuos o grupos, o todos los insumos necesarios para esa atención. Cada unidad de compra deberá tener un tamaño crítico e incluir una gama lo suficientemente amplia de proveedores individuales para lograr una combinación adecuada de servicios. Dichas unidades permiten que el comprador y el proveedor se pongan de acuerdo más fácilmente sobre un mecanismo de pago en el cual el proveedor comparte el riesgo con el comprador (es decir, el proveedor es parcialmente responsable de una amplia gama de intervenciones por una cantidad de dinero relativamente fija). La gama completa de la distribución del riesgo, desde la situación en que todos los riesgos recaen sobre el comprador hasta la situación en que esa carga la sobrellevan los proveedores, se aborda en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999*.

Con este tipo de unidades, también resulta más fácil para los compradores firmar contratos a largo plazo con proveedores que se ocuparían de todos los aspectos de la atención sanitaria requerida por grupos de miembros del fondo común. Si la unidad de compra es demasiado pequeña, el comprador tendrá dificultades para ponerse de acuerdo sobre un mecanismo de pago basado en la participación en el riesgo, debido a la posible fragmentación del fondo común, y tendrá que recurrir a la compra tradicional de insumos o a los pagos de honorarios por servicio prestado. Este tipo de situación obligará al comprador a concentrarse en intervenciones aisladas de corto plazo, ya que la falta de un acuerdo sobre la participación en los riesgos dificultará la firma de un contrato a largo plazo para adquirir intervenciones destinadas a grupos de población. Esto aumentará los costos administrativos generales del sistema en relación con el volumen de intervenciones en cuestión.

Con relación a cómo comprar, hay dos objetivos. El primero es evitar la microcompra, es decir, una compra de intervenciones en una escala tan pequeña que viene a ser igual a la microadministración de los proveedores. (Sin embargo, habrá circunstancias en que la microcompra o la microgestión estarán justificadas, en particular si se trata de intervenciones de gran complejidad, muy costosas y poco frecuentes.) El segundo es concebir y poner en práctica mecanismos eficaces de contratación, de elaboración de presupuestos y de pago. Evitar la microcompra supone que el proceso de suministro se centre en estipular los incentivos externos adecuados y en evaluar los resultados. En este caso, la dificultad consiste en fijar metas de compra que otorguen a los proveedores todo el poder discrecional necesario en su contacto con los ciudadanos, pero que a la vez dejen al comprador la capacidad de influir en el acceso general a los servicios personales y de otro tipo por los miembros del fondo común.

Los mecanismos de elaboración de presupuesto y de pago al proveedor constituyen una parte fundamental de la interacción entre comprador y proveedor. Junto con la contratación, crean un entorno en el cual hay incentivos para que los proveedores actúen de conformidad con los siguientes cuatro objetivos, a saber: prevenir problemas de salud de los miembros de la organización mancomunada; prestar servicios y resolver problemas de salud de esos miembros; responder a las expectativas genuinas de los usuarios, y contener los costos.

No hay un solo mecanismo de elaboración de presupuesto o de pago a los proveedores que pueda alcanzar los cuatro objetivos simultáneamente (35). El cuadro 5.3 resume las características de los mecanismos más comunes de este tipo concebidos para alcanzar esos

Cuadro 5.3 Mecanismos de pago al proveedor y comportamiento del proveedor

Comportamiento del proveedor	Prevenir problemas de salud	Prestar servicios	Responder a expectativas legítimas	Contener costos
Mecanismos				
Presupuesto por partidas	+/-	--	+/-	+++
Presupuesto general	++	--	+/-	+++
Capitación (con competencia)	+++	--	++	+++
Pago relacionado con el diagnóstico	+/-	++	++	++
Honorario por servicio	+/-	+++	+++	---

Clave: +++ efecto muy positivo; ++ cierto efecto positivo; +/- efecto pequeño o variable; -- cierto efecto negativo; --- efecto muy negativo.

objetivos. Si bien los presupuestos por partida pueden ser eficaces para controlar los costos, ofrecen pocos incentivos para alcanzar los otros tres objetivos. Por el contrario, mientras que el pago de honorarios por servicio prestado ofrece buenos incentivos para prestar los servicios, también crea incentivos que conducen a un aumento generalizado de los costos del sistema. En consecuencia, los compradores tienen que utilizar una combinación de mecanismos de pago para alcanzar sus objetivos. La libre selección del proveedor por los consumidores aumenta la capacidad de respuesta en todos los sistemas de pago, pero especialmente en los que tienen que atraer pacientes para garantizar el pago por el comprador (pago de honorarios por servicio o relacionado con el diagnóstico).

La capitación es un pago fijo por beneficiario a un proveedor que se encarga de prestar una gama de servicios. Ofrece incentivos potencialmente fuertes para la prevención de enfermedades y el control de costos, hasta tal punto que el proveedor que recibe la capitación se beneficiará de ambos. Si el contrato es de tan corta duración que una intervención preventiva en particular tendría un efecto observable solamente después de terminado el contrato, el incentivo para la prevención será mínimo o nulo. De manera análoga, si no se le permite al proveedor beneficiarse del excedente resultante de los ahorros, ni invertirlo, habrá pocos incentivos para controlar los costos más allá de lo necesario para lograr la sostenibilidad financiera de la organización proveedora.

Debido a sus ventajas en cuanto al control de costos y la prevención, la capitación se ha introducido en muchas organizaciones de compra en todo el mundo. Se ha utilizado en el servicio nacional de salud del Reino Unido en relación con los médicos generales, y en fecha reciente ha tenido una función más importante en la participación en el riesgo con la introducción de la asignación de presupuestos a los médicos generales, lo que permite la inversión de los excedentes en la práctica profesional del titular (6). En la Argentina también se ha utilizado en las redes de proveedores de la organización de seguridad social para jubilados (23), en Nueva Zelanda con las asociaciones de ejercicio profesional independiente (36), y en los Estados Unidos con las organizaciones para el mantenimiento de la salud (37). Cuando se utilizan mecanismos de pago basados en la participación en los riesgos, dependiendo de los términos particulares del mecanismo en cuestión, parte de la función de mancomunación consistente en distribuir el riesgo entre los miembros puede realizarla el proveedor. Por lo tanto, cuando una organización mancomunada y de compras integrada contrata proveedores pequeños, cada proveedor también puede convertirse en una organización mancomunada. Por ende, hay un riesgo de fragmentación del fondo si los consorcios de proveedores son demasiado pequeños. Este fue el argumento principal para que, en 1999, el Reino Unido decidiera pasar de la asignación de presupuestos a los médicos generales a consorcios más grandes, los llamados grupos de atención primaria de salud.

Los mecanismos de pago al proveedor orientados por la demanda, tales como los presupuestos por partida, concentran las actividades de compra en los insumos y no permiten que los proveedores respondan con flexibilidad a los incentivos externos. Sucede con demasiada frecuencia que estos son los principales mecanismos de asignación de recursos para los proveedores públicos en los países en desarrollo. De esta forma, los proveedores no adaptan continuamente la combinación de servicios que ofrecen. Este ha sido un obstáculo serio al mejoramiento de la eficiencia del sistema de salud en muchos países en desarrollo (38). También ha entorpecido considerablemente el mejoramiento de la colaboración entre el sector público y el privado en la prestación de servicios (39). En este sentido, los presupuestos por partida son mucho peores que los presupuestos generales, que también controlan los costos.

¿Qué hace falta para pasar a una administración más flexible de los recursos a nivel de los proveedores? El *Informe sobre la salud en el mundo 1999* dio a conocer una respuesta a esta pregunta (14): significa llegar a convenios más explícitos entre compradores y proveedores en relación con los servicios que se van a prestar (convenios de desempeño, cuasi-contratos y contratos). Los arreglos cuasicontractuales son acuerdos explícitos sin fuerza jurídica obligatoria entre dos partes, en este caso el comprador y el proveedor. La gestión de los recursos exige además la introducción de planes según los cuales “el dinero sigue al paciente”, en especial cuando se introducen políticas que favorecen la libre selección de los proveedores. Para hacerlo bien hay que tener una considerable capacidad organizativa e institucional, junto con condiciones políticas favorables, particularmente debido a las posibles consecuencias para los proveedores públicos. De no lograrse esta capacidad y las condiciones políticas antes o simultáneamente con la firma de un contrato, aunado a las reformas financieras del lado de la demanda, puede haber consecuencias negativas, a juzgar por la experiencia en India, México, Papua Nueva Guinea, Sudáfrica, Tailandia y Zimbabwe (40, 41). La contratación externa de servicios clínicos es particularmente compleja aun cuando se limite a proveedores sin fines de lucro, tales como los hospitales de las iglesias de Ghana, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe (42).

En resumen, los compradores necesitan hacer la transición de los mecanismos de pago determinados por la oferta a mecanismos de pago regidos por la demanda, de la contratación implícita a la explícita, y del pago de honorarios por servicio prestado a alguna forma de pago basado en la participación en el riesgo. La contratación, la transición al pago determinado por la demanda y la introducción de mecanismos de pago al proveedor basados en la participación en el riesgo exigen un alto nivel de capacidad técnica, organizativa e institucional, así como considerable influencia política debido a la probable resistencia de los proveedores a sobrellevar más riesgos y a que se les exija mayor responsabilidad, particularmente en el sector público.

FORMAS DE ORGANIZACIÓN

El debate sobre las opciones de política para el financiamiento de los sistemas de salud suele centrarse en los aspectos técnicos y subestima la importancia de los factores organizativos e institucionales. Un ejemplo de los resultados de este criterio son las reformas de los mecanismos de pago a proveedores concebidas a comienzos de los años noventa en algunos países de América Latina (Argentina, Chile, Costa Rica y Nicaragua) (39). Inicialmente, estas reformas subestimaron la importancia de los efectos organizativos e institucionales al suponer que si las señales emitidas por los precios eran adecuadas, esto bastaría para cambiar el comportamiento del proveedor. Al parecer, se había dado por sentado, de manera implícita o explícita, que los administradores de los proveedores públicos entenderían —principalmente en virtud de mecanismos nuevos, tales como los pagos relacionados con el diagnóstico o la capitación— las señales emitidas por los precios, sabrían cómo responder y estarían dispuestos a actuar de conformidad con ellas, a pesar de la cultura de sus organizaciones. Estas reformas también subestimaron la importancia y las dificultades que entrañaba el dar a los gerentes un entorno legal y administrativo lo suficientemente flexible para efectuar los cambios correctos. Más aún, las reformas parecen haber supuesto que el gobierno estaría dispuesto y tendría la capacidad de lidiar con los problemas políticos relacionados con esa flexibilidad. La experiencia de los 10 años últimos demuestra que esos supuestos no siempre son correctos, y que se requiere hacer más hin-

capié en el cambio organizativo e institucional para que las reformas en el pago a los proveedores sean fructíferas.

Las características de las organizaciones proveedoras se analizan en el capítulo 3. Un análisis similar puede hacerse para las organizaciones de financiamiento de la salud. A continuación se analizan algunos de los factores más importantes que influyen en el desempeño de las organizaciones de financiamiento sanitario y, por conducto de ellas, en la protección contra el riesgo financiero aportada por el sistema de salud.

Los ciudadanos contribuyen a sostener el sistema de salud por medio de los pagos que hacen de su propio bolsillo en el momento de pedir los servicios; pero también contribuyen a sostener la mayoría de los sistemas de salud en el mundo por medio de diversas combinaciones de las siguientes formas de organización.

- El *ministerio de salud*, que por lo general encabeza una amplia red de proveedores públicos organizados como servicio nacional de salud, que depende de los impuestos generales —recaudados por el ministerio de hacienda— como fuente principal de ingresos, y atiende a la población en general.
- Las *organizaciones de seguridad social* (únicas o múltiples, en competencia o no), que dependen principalmente de las contribuciones relacionadas con el sueldo, son dueñas de su propia red de proveedores o compran a proveedores externos, y atienden principalmente a sus propios afiliados (que suelen ser trabajadores del sector estructurado).
- Las *organizaciones mancomunadas comunitarias o dependientes de proveedores*, que usualmente comprenden una pequeña organización mancomunada o de compra que depende principalmente de contribuciones voluntarias.
- Los *fondos de seguro de salud de carácter privado* (reglamentados o no), que dependen principalmente de cuotas voluntarias (primas), las cuales pueden estar relacionadas con el riesgo pero no suelen estarlo con los ingresos, y a menudo son contratados por un empleador para todos los empleados de su empresa.

Los proveedores pueden actuar como organizaciones mancomunadas o consorcios, regidas por un mecanismo de pagos por capitación no ajustado en función del riesgo, según se ha mencionado en párrafos anteriores. De acuerdo con estas circunstancias, los incentivos internos para los proveedores coexisten con los incentivos internos para las organizaciones financieras, lo que puede entorpecer la coherencia entre los incentivos.

Cada forma de organización maneja las características técnicas del financiamiento sanitario de una manera particular. Esto se observa claramente al comparar el seguro de salud privado, vinculado con el riesgo, con la seguridad social. Las organizaciones de seguridad social distribuyen el riesgo entre todo el fondo común por medio de contribuciones no relacionadas con el riesgo. Todos los afiliados pagan una proporción de su sueldo, independientemente de su riesgo. Por el contrario, en las contribuciones a las organizaciones de seguro de salud voluntarias y privadas se cobra la misma prima solamente a los miembros de una categoría similar de riesgo (determinada, por ejemplo, por el sexo, la edad y el lugar de residencia) del fondo común. Hay numerosas categorías en el seguro de salud privado y se cobra a los asegurados de conformidad con la categoría de riesgo a la cual pertenecen. Los modos de proceder de la seguridad social y del seguro privado relacionado con el riesgo son contradictorios, y su coexistencia crea incentivos diferentes para los consumidores. Todos los consumidores cuya categoría de riesgo es tal que el seguro privado les cobraría menos que lo que tendrían que pagar a un plan de seguro de carácter social

tienen el incentivo de no pagar cuotas a este último y optar por el plan privado, si pueden hacerlo. Las personas de alto riesgo, sin embargo, tienen el incentivo de contribuir a la seguridad social, con lo cual esta se recarga con afiliados de alto riesgo y aumenta el costo per cápita de los servicios para los miembros del fondo común. El caso chileno, que se describe en el recuadro 5.2, es un ejemplo de este fenómeno (43), en el cual los contribuyentes pueden salirse de la seguridad social y pedir que sus cuotas vayan a aseguradoras privadas. Los incentivos contradictorios pueden controlarse solamente si el seguro de carácter social es obligatorio.

Las funciones de financiamiento de la salud suelen estar integradas en una organización única. Para los ministerios de salud (o servicios nacionales de salud), no obstante, el cobro lo hace generalmente el ministerio de hacienda. Algunos sistemas de salud con varias organizaciones de seguridad social han introducido entidades centrales de cobro encargadas de la nivelación del riesgo entre los fondos comunes (como en Alemania, Colombia y los Países Bajos). Se han hecho varios intentos por separar las funciones de mancomunación y de compra (como en Colombia y en los Estados Unidos). La separación organizativa del

Recuadro 5.2 El mercado del seguro de salud en Chile: cuando la rectoría no logra compensar los problemas de competencia de los fondos comunes ni los desequilibrios entre los incentivos internos y externos

En 1980, Chile efectuó una reforma radical del sistema de salud por la cual separó la administración financiera en el sector de la salud pública de los proveedores y del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que se financia mediante una combinación de impuestos generales (para los pobres que también se incluyen en el fondo) y un impuesto sobre la nómina de 7% para los trabajadores del sector estructurado. Esto permitió simultáneamente la introducción de organizaciones privadas de seguro de salud (las llamadas ISAPRE) que entraban a competir por el mercado. Todos los trabajadores del sector estructurado y sus familias tienen que contribuir al FONASA o a una ISAPRE. El resto de la población está asegurado por el FONASA. En contraste con el FONASA, que cobra a todos sus afiliados el mismo importe de 7% deducido de la nómina, independientemente del riesgo, las ISAPRE pueden ajustar la contribución (la contribución mínima deducible de la nómina es 7%) y el conjunto de prestaciones según el riesgo del titular y su familia. Estas formas de organización parten de fundamentos opuestos. Mientras

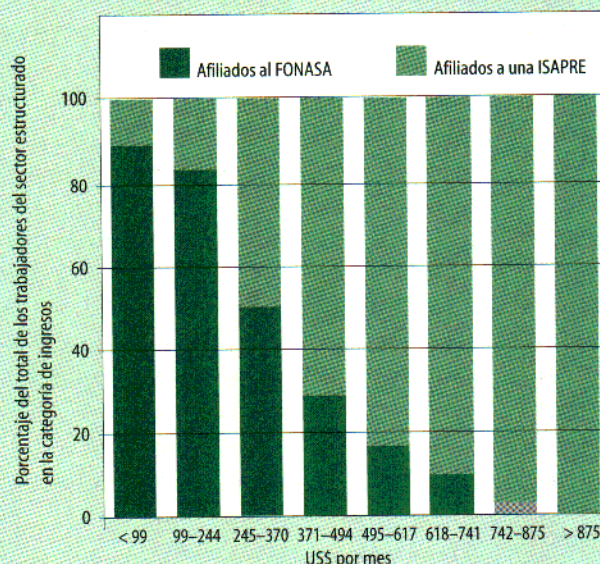
que el FONASA se basa en cuotas relacionadas con el sueldo sin ninguna exclusión, las ISAPRE en la práctica se basan en contribuciones relacionadas con el riesgo. Exceptuando el muy limitado poder del Ministerio de Salud, ninguna entidad normativa estaba en posición de reglamentar el funcionamiento de las ISAPRE hasta

10 años después de que fueron creadas. En consecuencia, las ISAPRE pasaron de cubrir a 2% de la población en 1983 a cubrir a 27% en 1996.

La falta de reglamentación, una rectoría débil (por razones políticas) y una política explícita de canalizar todos los subsidios cruzados por conducto del FONASA exclusivamente,

dio por resultado una marcada segmentación del mercado. Las ISAPRE se concentraron en los más ricos, y seleccionaron a los más sanos en función del riesgo. Solo en fecha reciente ha sido posible introducir reglamentaciones para reducir la selección según el riesgo. Como consecuencia de la segmentación, mientras que más de 9% de la población chilena tiene más de 60 años (por lo general, el grupo de más alto riesgo), ese grupo representa solamente alrededor de 3% de los beneficiarios de las ISAPRE. Al mismo tiempo, tal como se indica en el gráfico, mientras que todos los trabajadores de ingresos bajos están afiliados al FONASA, muy pocos forman parte del sistema de ISAPRE. En Chile continúa el debate sobre la reforma del sistema de seguro de salud para abordar este problema estructural.

Seguro de salud de los trabajadores del sector estructurado, afiliación al FONASA y a las ISAPRE según el nivel de ingresos, Chile, 1994



Fuente: Asociación de ISAPRE y FONASA, 1995.

Fuente: Baeza C, Copetta C. *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) y Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, 1999.

cobro y la mancomunación es menos frecuente que la separación entre compras y prestación de servicios, y se ha analizado menos. Al parecer, es menos importante para fijar los incentivos adecuados para los proveedores que la separación entre la compra y la prestación de servicios, tal como se ha introducido de acuerdo con la competencia administrada y las reformas del mercado interno (44-47).

INCENTIVOS

En cuanto a las organizaciones de proveedores descritas en el capítulo 3, las organizaciones de financiamiento de la salud están sujetas a incentivos internos. El desempeño organizativo depende de la coherencia de los siguientes incentivos internos.

- El grado de *autonomía* o derechos de decisión que la organización tiene con respecto a su dueño, a la autoridad supervisora o al gobierno. Los derechos cruciales de decisión son la fijación del monto de las contribuciones (primas o impuesto sobre la nómina) y del copago; la determinación del orden de prioridad de las intervenciones que se van a comprar; la elaboración y negociación de contratos y mecanismos de pagos a los proveedores; la selectividad al contratar con los proveedores, y, en muchos casos, la libertad para decidir con respecto a las inversiones.
- El grado de *responsabilización*. A medida que aumenta la autonomía, los dueños, las autoridades supervisoras o el gobierno necesitan mecanismos para que la organización se responsabilice de los resultados previstos por conducto de la supervisión jerárquica, la reglamentación o los incentivos financieros.
- El grado de *exposición al mercado*, es decir, la proporción de ingresos obtenidos de manera competitiva y no adquiridos mediante asignación presupuestaria. Desde el punto de vista del desempeño, es particularmente importante saber si los gobiernos otorgan suplementos presupuestarios para cubrir déficits derivados de un desempeño deficiente.
- El grado de *responsabilidad financiera* por pérdidas, y los derechos a los beneficios (retención de las ganancias y de lo recaudado en concepto de ventas o alquileres).
- El grado de *mandatos sin financiamiento previsto*, es decir, la proporción (en función de los ingresos asignados) de los mandatos por los cuales se considera legalmente responsable a la organización pero por los que no está autorizada a cobrar honorarios, y por los que no recibe ninguna transferencia financiera compensatoria. Esos mandatos pueden ser incluir a los muy pobres o muy enfermos en el fondo común, como suele suceder con los ministerios de salud o los servicios nacionales de salud. También puede ser un mandato para que el comprador pague la atención de urgencia en una situación que pone en peligro la vida, cualesquiera que sean la atención prestada y su costo.

Todos los sistemas de financiamiento de la salud mediante pago anticipado en el mundo representan combinaciones de las cuatro formas de organización que se acaban de describir. Está claro que cada forma tiene un nivel de exposición diferente a los incentivos internos. Por ejemplo, las organizaciones del ministerio de salud o del ministerio de hacienda tienen mayores probabilidades que los seguros privados de recibir mandatos sin financiamiento previsto. Más aún, debido a las diferencias en cuanto a exposición al mercado y responsabilización entre tales organizaciones, sus respuestas a dichos mandatos serán muy diferentes. Mientras que los ministerios de salud o de hacienda pueden responder a esos mandatos ajustando la calidad o la oportunidad de las intervenciones, o incluso

- Las normas y costumbres relativas a la *governabilidad* conforman la relación entre las organizaciones y sus propietarios. La propiedad (pública o privada) suele conllevar el derecho a tomar decisiones acerca del uso de un activo y el derecho al ingreso que queda después de cumplir con todas las obligaciones estipuladas. La especificación y la limitación de estos derechos suele ser un elemento importante de la reglamentación.
- Entre las normas y costumbres relacionadas con los *objetivos de política pública* que influyen en el comportamiento de las organizaciones se encuentran las directivas para la ejecución del presupuesto (para los ministerios de salud o los servicios nacionales de salud), los criterios para optar por los subsidios públicos (para los aseguradores privados y los fondos comunitarios), y los procedimientos de auditoría requeridos.
- Las normas y costumbres relativas a los *mecanismos de control* conforman las relaciones entre las organizaciones y las autoridades públicas, así como entre las organizaciones y los consumidores. En este contexto, las autoridades públicas son las que participan en esferas tales como formulación de políticas, reglamentación y aplicación. Además, tienen una gama de instrumentos a su disposición con los cuales pueden establecer incentivos externos para las organizaciones de financiamiento sanitario, que van desde el mando jerárquico y el control (por ejemplo, instrucciones políticas o administrativas del gobierno al ministerio de salud o al servicio nacional de salud) hasta la reglamentación y los incentivos. Estos instrumentos pueden incluir normas relacionadas con temas tales como el porcentaje del impuesto por nómina que se destinará al financiamiento de las organizaciones de seguridad social, el contenido mínimo de los conjuntos de prestaciones, las exclusiones permitidas y las enfermedades preexistentes que deben cubrirse, la duración de los contratos, las restricciones en cuanto a comercialización y mercadeo, la fijación de precios del seguro privado, y el envío obligatorio de información a las entidades de control.

En cuanto a los incentivos internos, las cuatro formas de organización están expuestas en diferentes grados a los diversos incentivos externos. El cuadro 5.5 resume las diferencias más importantes.

La diferencia entre los incentivos externos para los ministerios de salud o de hacienda y los seguros de salud privados es particularmente pertinente. Si bien el control jerárquico influye en los ministerios de salud o de hacienda, tiene poca o ninguna influencia sobre el

Cuadro 5.5 Exposición de diversas formas de organización a los incentivos externos

Formas de organización	Ministerios de salud o de hacienda	Organizaciones de seguridad social	Organizaciones mancomunadas comunitarias	Fondos de seguro de salud privado
Incentivos externos				
Governabilidad	Público, nivel bajo de derechos de decisión	Público o casi público con niveles variables de derechos de decisión	Privado, nivel alto de derechos de decisión	Privado, nivel alto de derechos de decisión
Financiamiento para objetivos de política pública	Importante	Variable; gobierno y mercado	Ninguno, excepto cuando reciben subsidios públicos condicionales	Ninguno, excepto cuando reciben subsidios públicos condicionales
Mecanismos de control	Control jerárquico	Diversos grados de control jerárquico, reglamentación e incentivos financieros	Reglamentación y posiblemente incentivos financieros	Reglamentación y posiblemente incentivos financieros

aseguramiento privado o los arreglos de mancomunación comunitaria. La introducción de un seguro de salud privado que sea competitivo (como una opción explícita de política) o la proliferación de arreglos informales de mancomunación comunitaria (o seguro de salud informal) requiere que la rectoría pase del control jerárquico a la aplicación de reglamentos e incentivos financieros como una forma de influir en el comportamiento. Esta transición suele representar un cambio significativo en la forma en que ha funcionado tradicionalmente el control. Requiere la habilidad para prever y llevar a la práctica las modificaciones legales y administrativas necesarias, y exige una modificación significativa de la variedad de aptitudes y la cultura de las organizaciones de control.

Los datos obtenidos de las tendencias observadas en las reformas del financiamiento sanitario en algunos países de Europa oriental y de América Latina (3, 48) muestran los posibles efectos negativos de no fortalecer el control y de cambiar a diferentes instrumentos de incentivos externos cuando se introduce el seguro de salud privado competitivo. La selección del riesgo es casi segura, de tal manera que los consumidores de altos ingresos y bajo riesgo se salen de los fondos comunes públicos y, en consecuencia, empeora la situación financiera de estos últimos.

Para alcanzar su potencial, los incentivos externos e internos deben ser coherentes y armónicos para abordar dos problemas fundamentales que son cada vez más evidentes en los países en desarrollo: la "apropiación" del proceso de toma de decisiones por otros intereses, y la ineficiencia en el financiamiento basado en la oferta.

Como los incentivos internos y externos hacen que los ministerios de salud o de hacienda, y hasta las organizaciones de seguridad social únicas, se concentren más en preocupaciones políticas que en los intereses de los consumidores, estas organizaciones son particularmente vulnerables a la apropiación. En otras palabras, la toma de decisiones en la organización mancomunada o de compra está impulsada por intereses ajenos a la esfera de la salud, la capacidad de respuesta ante los beneficiarios y la equidad financiera. La apropiación puede ocurrir como resultado de intereses fiscales, empresariales, sindicales, de los partidos políticos, y así sucesivamente. Hay muchos ejemplos de sistemas donde los ingresos de la seguridad social se utilizan para fines fiscales (un problema común en América Latina en el pasado) o donde el gobierno, en su calidad de empleador, simplemente no paga a la seguridad social las cuotas que le corresponden como parte de arreglos tripartitos de financiamiento (es decir, con aportaciones de trabajadores, empleadores y gobierno), como ocurrió en Costa Rica durante los años ochenta. Las huelgas de médicos y sus efectos sobre los sueldos en los servicios nacionales de salud también muestran la vulnerabilidad de tales sistemas a la apropiación por intereses profesionales e ilustran un peligro de la prestación de servicios en gran escala por el sector público.

CÓMO INFLUYE EL FINANCIAMIENTO EN LA EQUIDAD Y LA EFICIENCIA

El factor determinante más importante de hasta qué punto es justo el financiamiento de un sistema de salud, según se explica en el capítulo 2, es la participación del pago anticipado en el gasto total. Los pagos del bolsillo del usuario suelen ser la forma más regresiva de costear la atención sanitaria, y la forma que más expone a la gente a riesgos financieros catastróficos. Por lo tanto, la forma en que se recaudan los ingresos tiene una gran repercusión sobre la equidad del sistema.

Pero aun si, partiendo de esta base, casi cualquier forma de pago anticipado fuese preferible al gasto sufragado por el propio usuario, también importa mucho cómo se combi-

nan los ingresos de tal forma que se compartan los riesgos: cuántos fondos comunes hay, de qué tamaño son, si la inclusión es voluntaria u obligatoria, si es posible la exclusión, qué grado y tipo de competencia existe entre los fondos comunes y si, en el caso de fondos en competencia, hay mecanismos que compensen las diferencias en el riesgo y la capacidad de pago. Todas estas características influyen en el carácter justo del sistema, pero también ayudan a determinar con cuánta eficacia funciona. El argumento en favor de un fondo común único o de un número pequeño de fondos de tamaño adecuado, y en contra de la fragmentación, tiene que ver con la viabilidad financiera de los fondos comunes; con los costos administrativos del seguro; con el equilibrio entre las economías de escala y (cuando hay poca o ninguna competencia) los riesgos de apropiación de las decisiones y falta de capacidad de respuesta, y con la limitación en la selección del riesgo (que es una cuestión de eficiencia así como de equidad). La ineficiencia a la hora de recabar y mancomunar los ingresos reduce los recursos financieros disponibles tanto para invertir como para prestar servicios, y el acceso de la gente a los servicios que se pueden financiar.

La compra, finalmente, también influye tanto en la equidad como en la eficiencia, al determinar qué inversiones se hacen y qué intervenciones se compran, y para quién. Los ingresos pueden recabarse con justicia y con un mínimo de derroche, y pueden mancomunarse de tal forma que los sanos ayuden a apoyar a los enfermos y los ricos ayuden a apoyar a los pobres. El desempeño del sistema seguirá estando por debajo de su potencial si los recursos mancomunados no se utilizan de manera inteligente para comprar la mejor combinación posible de medidas para mejorar la salud y satisfacer las expectativas de la gente.

REFERENCIAS

1. Musgrove P. Reformas al sector salud en Chile: contexto, lógica y posibles caminos. En: Giaconi J, ed. *La salud en el siglo XXI*. Santiago, Chile: Centro de Estudios Públicos; 1995.
2. Oyarzo C, Galleguillos S. Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud. *Cuadernos de Economía* 1995;32(95).
3. Preker A, et al. *Health financing systems in transition: trends in Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC: The World Bank; 1990. (World Bank Technical Paper). (En preparación).
4. New Zealand Ministry of Health. *Healthy New Zealanders: briefing papers for the Ministry of Health* 1996. Wellington: Ministry of Health; 1996.
5. Hornblow A. New Zealand's health reforms: a clash of cultures. *British Medical Journal* 1997;314: 1892-1894.
6. Robinson R, Le Grand J. *Evaluating the National Health Service reforms*. Oxford: Policy Journals, Transaction Books; 1994.
7. UK Department of Health. *Working for patients*. London: HMSO; 1989.
8. UK Department of Health. *The new NHS*. London: The Stationery Office; 1998.
9. Gertler P, van der Gaag J. *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press; 1990.
10. Bitran R, McInnes DK. *The demand for health care in Latin America: lessons from the Dominican Republic and El Salvador*. Washington, DC: Economic Development Institute of The World Bank; 1993.
11. Lavy V, Quigley JM. *Willingness to pay for the quality and intensity of medical care by low-income households in Ghana*. Washington, DC: The World Bank; 1993. (Living Standards Measurement Study Working Paper No. 94).
12. Nyongato F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning* 1999;14(4):329-341.
13. Musgrove P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. World Health Organization. *The world health report 1999: making a difference*. Geneva: WHO; 1999: 37-43.
15. Schieber G, Maeda A. A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. En: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference, March 10-11, 1997*. Washington, DC: The World Bank; 1997. (World Bank Discussion Paper No. 365).

16. Bennett S, Creese A, Monash R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva: World Health Organization; 1998. (Document WHO/ARA/CC/98.1).
17. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Estudio de casos de esquemas de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano para Sistemas de Salud (CLAISS); 1999.
18. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *New England Journal of Medicine* 1981;305:1501-1507.
19. Abel-Smith B, Rawal P. Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning* 1992;7(4):329-341.
20. Scheffler R, Yu W. Medical savings accounts: a worthy experiment. *European Journal of Public Health* 1988;8:274-276.
21. Saltman RB. Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea. *European Journal of Public Health* 1998;8:276-278.
22. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41(1):1-36.
23. World Bank. *Argentina, facing the challenge of health insurance reform*. Washington, DC: The World Bank; 1997. (LASHD ESW Report 16402-AR).
24. Baeza C, Cabezas M. *¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina?* Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS); 1999.
25. Van de Ven WP, et al. Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands. *Health Affairs* 1994;13(5):120-136.
26. Musgrove P. *Equitable allocation of ceilings on public investment: a general formula and a Brazilian example in the health sector*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Working Paper No. 69).
27. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963;53(5):941-973.
28. Feldstein P. *Health care economics*. New York: Delmar Publisher; 1993.
29. Coase R. The nature of the firm. *Economica* 1937;4.
30. Williamson O. *The economic institutions of capitalism*. New York: The Free Press; 1985.
31. Londoño JL. Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana. *Revista de Análisis Económico* 1996;11(2).
32. Titelman D, Uthoff A. *The health care market and reform of health system financing*. Santiago, Chile: ECLA; 1999.
33. Weiner J, et al. Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses. *Health Care Financing Review* 1996;17(3):77-99.
34. Actuarial Research Corp. *Medical capitation rate development*. Annandale, Virginia: US Department of Commerce; 1996. (National Technical Information, 1996 PB 96214887).
35. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995;10:23-45.
36. Wilton P, Smith RD. Primary care reform: a three country comparison of budget holding. *Health Policy* 1998;44(2):149-166.
37. Sekhri Feachem N. Managed care: the US experience. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78. (En prensa).
38. Preker A, Feachem RGA. *Marked mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe*. Washington, DC: The World Bank; 1995. (Technical Paper No. 293).
39. Baeza C. *Taking stock of health sector reform in LAC*. Washington, DC: The World Bank; 1998. (World Bank Technical Discussion Paper, LASHD).
40. Mills A. Contractual relationships between governments and the commercial private sector in developing countries. En: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London: Zed Books; 1996.
41. McPake B, Hongoro C. Contracting out clinical services in Zimbabwe. *Social Science and Medicine* 1995;41(1):13-24.
42. Gilson L, et al. Should African governments contract out clinical health services to church providers? En: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London: Zed Books; 1996.
43. Baeza C, Copetta C. *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) y Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile; 1999.

44. Enthoven A. *Reflections on the management of the National Health Service*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1985.
45. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1988;13:305–321.
46. Enthoven A. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 1993;12:24–48.
47. Ovretveit J. *Purchasing for health: a multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press; 1995. (Health Services Management Series).
48. Baeza C. *Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS); 1999. (Documentos para el Diálogo en Salud No. 3).

