

CAPÍTULO 4

¿Qué recursos se necesitan?

La prestación eficiente de servicios de atención sanitaria exige que los diversos recursos financieros se repartan de manera equilibrada entre los muchos insumos que se usan a tal fin. Es inútil contar con gran cantidad de médicos, enfermeras y demás personal, si no se dispone de establecimientos adecuadamente contruidos, equipados y aprovisionados. Los recursos disponibles deben asignarse tanto a las inversiones en capacitación en nuevos campos, instalaciones y equipo, como al mantenimiento de la infraestructura existente. Es más, este delicado equilibrio debe mantenerse tanto en el tiempo como entre las diferentes zonas geográficas. En la práctica, los desequilibrios entre la inversión y los gastos ordinarios y entre las diferentes categorías de insumos son frecuentes y obstaculizan un desempeño satisfactorio. Las decisiones sobre nuevas inversiones deben tomarse cuidadosamente con miras a reducir el riesgo de desequilibrios futuros, y la distribución de los insumos debe vigilarse en forma sistemática. Es necesario proporcionar orientaciones de política e incentivos claros a los compradores y proveedores de servicios para que estos adopten prácticas eficaces en respuesta a las necesidades y expectativas en materia de salud.

4

¿QUÉ RECURSOS SE NECESITAN?

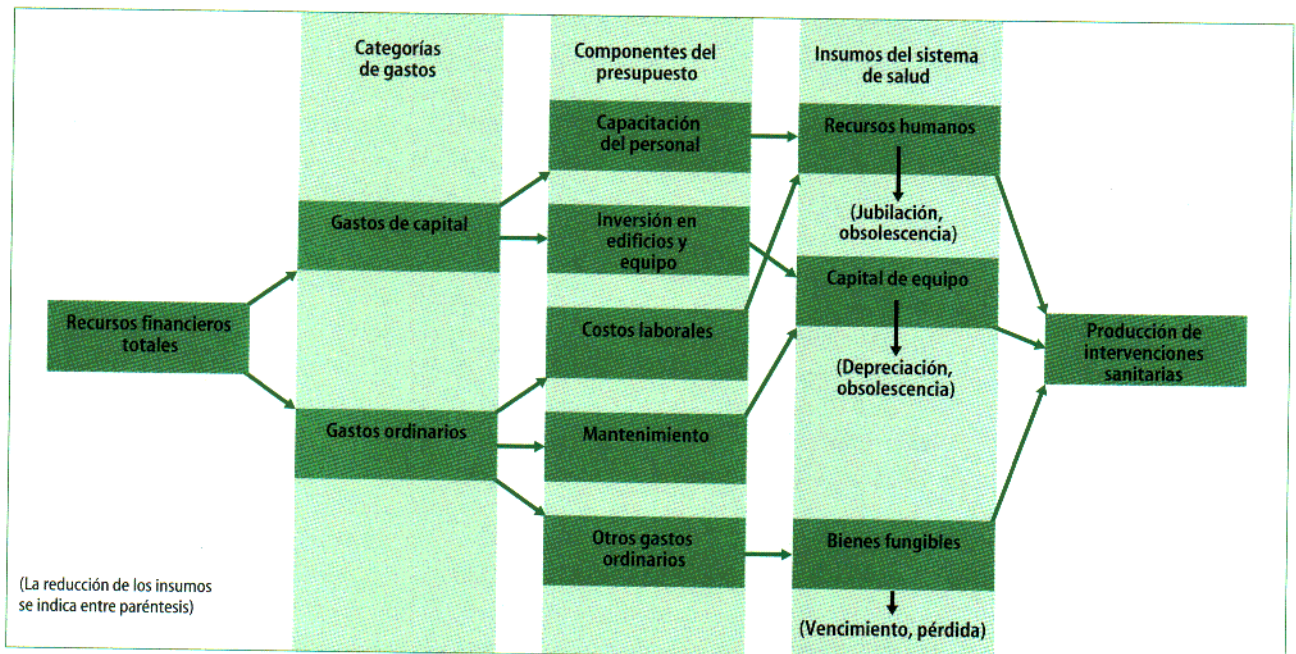
EQUILIBRIO DE LA COMBINACIÓN DE RECURSOS

La prestación de asistencia sanitaria supone conjugar un considerable número de insumos a fin de generar como resultado una variedad extraordinaria de servicios. Pocos procesos productivos, si acaso alguno, deben armonizar la variedad de posibilidades de producción y hacer frente al ritmo de los cambios que se producen en el campo de la salud. En la figura 4.1 se describen tres insumos principales del sistema de salud: los recursos humanos, el capital de equipo y los bienes fungibles; también se muestra que los recursos financieros para adquirir estos insumos comprenden inversiones de capital y gastos de carácter ordinario. Como en otras actividades, las decisiones de inversión sanitaria resultan cruciales porque suelen ser irreversibles: comprometen grandes cantidades de dinero en lugares y actividades que son difíciles, o incluso imposible, de cancelar, cerrar o reducir.

El hecho de que algunas decisiones de inversión se adopten fuera del ámbito del ministerio de salud hace aún más difícil lograr un equilibrio global. Por ejemplo, la formación de los médicos suele ser competencia del ministerio de educación, probablemente con inversiones privadas en instalaciones y equipo.

El capital está constituido por los activos productivos acumulados. Los trabajadores de salud capacitados y los consultorios móviles, así como el activo fijo, forman parte del acervo

Figura 4.1 Los insumos de los sistemas de salud: de los recursos financieros a las intervenciones sanitarias



de capital del sistema de salud. Es inversión todo lo que aumente este acervo, por ejemplo, un mayor número de fármacos o de vehículos. En general, la vida productiva de las diferentes inversiones oscila desde un mínimo de 1 ó 2 años en el caso de determinado tipo de equipo hasta 25–30 años, o más, en el caso de los edificios y de algunos profesionales.

El progreso tecnológico influye en la vida económica de un bien de capital: las inversiones se tornan rápidamente obsoletas a medida que surgen tecnologías nuevas y mejores. La manera en que se administra un activo también influye en su vida útil. Con una utilización y un mantenimiento adecuados, los edificios y vehículos pierden su valor más lentamente. Sin atención y mantenimiento, el capital sanitario se deteriora en forma acelerada. En la planificación del mantenimiento también debe tenerse en cuenta el entorno físico. Por ejemplo, el mal estado de los caminos reduce la vida promedio de los vehículos; por lo tanto, en la planificación del mantenimiento, funcionamiento y reemplazo de los vehículos debe considerarse este factor.

El capital humano se puede tratar conceptualmente de la misma manera que el capital de equipo, considerando la educación y la capacitación como inversiones claves por medio de las cuales se puede adaptar el acervo de capital humano y determinar los conocimientos y aptitudes con que se cuenta (1). A diferencia del capital de equipo, el conocimiento no se deteriora con el uso. No obstante, al igual que el equipo, las aptitudes pasan a ser obsoletas al surgir nuevas tecnologías, por lo cual el capital humano también necesita mantenimiento. La educación continua y la capacitación en el servicio son elementos necesarios para adaptar las aptitudes al progreso tecnológico y los nuevos conocimientos. El capital humano también se pierde como consecuencia de la jubilación o muerte de los individuos.

En un sentido más amplio, la inversión también abarca todo nuevo programa, actividad o proyecto. Los costos de la inversión en capital son todos aquellos que tienen lugar una sola vez (para iniciar una determinada actividad), mientras que los costos ordinarios son los compromisos financieros a largo plazo que generalmente se derivan de tal inversión. Si se considera que la tecnología médica disponible es el “capital”, y la investigación y desarrollo es el instrumento de inversión para ampliar la frontera tecnológica y desarrollar nuevas ideas, estos conceptos también pueden aplicarse al equipo de diagnóstico, los medicamentos y otros elementos análogos.

La inversión es la actividad esencial para ajustar el acervo de capital y crear nuevos activos productivos. En la generalidad de los casos, este ajuste tiene lugar de manera gradual a lo largo del tiempo. Por lo tanto, en muchos países la infraestructura física actual de los edificios e instalaciones hospitalarias es el producto de una evolución que ha llevado un gran número de años. Entre los países de la OCDE, los gastos de inversión en edificios y equipo no suelen superar 5% de los gastos totales anuales en atención sanitaria y, en general, actualmente son algo menores que hace 15 ó 20 años: el control de costos se ha hecho efectivo, en parte, controlando los aumentos de capital.

En cambio, en los países de ingresos bajos hay mayor variación. Los niveles de inversión pueden ser sustancialmente mayores que en la OCDE, sobre todo cuando la infraestructura física se crea o restaura con ayuda de organismos donantes. En países como Burkina Faso, Camboya, Kenya, Malí y Mozambique, los gastos de capital declarados oscilan entre 40% y 50% del presupuesto total de salud pública en uno o varios años (2). En general, un gran porcentaje del presupuesto ordinario restante se destina a remuneraciones del personal de salud. Esto significa que solo una pequeña fracción del presupuesto total se destina al mantenimiento del capital de equipo y humano, y a bienes fungibles utilizados como insumos, incluidos los productos farmacéuticos. En los países de ingresos bajos reviste mayor importancia lograr un equilibrio entre las inversiones y otros gastos, ya que hay

escaso margen para equivocaciones. En general, sin embargo, se sabe muy poco acerca de las inversiones sanitarias en dichos países, incluso en el sector público. En lo que respecta al sector privado, en las cuentas sanitarias nacionales a menudo no se presenta dato alguno, o se indican proporciones con respecto al gasto total que son inverosímilmente altas y se mantienen durante muchos años. El hecho de no saber cuánto se está invirtiendo y en qué clase de insumos, hace casi imposible vincular las decisiones acerca del capital con las relativas a los costos ordinarios, o cerciorarse de que el capital no se malgaste ni se permita el despilfarro de recursos que se necesitan para financiar otros insumos.

Es incluso menor la cantidad de datos de que se dispone sobre la magnitud de las inversiones anuales en educación y capacitación. Estos costos de inversión incluyen las facultades de medicina y las escuelas de enfermería, las diversas formas de capacitación en el servicio y la investigación clínica. Son muchas las partes que intervienen en este proceso, y a menudo las inversiones no están controladas por un solo ministerio ni guiadas por una finalidad común. Hay razones para creer que la suma de las inversiones en capital humano es mucho mayor que la correspondiente al capital de equipo, al menos en los países de ingresos altos. Al igual que en el caso de la inversión en capital de equipo, el aumento del capital humano en general tiene lugar lentamente a lo largo del tiempo. La formación de un especialista, por ejemplo, puede llevar diez años o más de estudios en una facultad de medicina y de capacitación en el servicio. Las nuevas inversiones en capital humano también tienen consecuencias a largo plazo, de manera análoga a las inversiones en capital de equipo. Por ejemplo, la formación de un conjunto de trabajadores sanitarios con nuevas aptitudes requerirá una inversión a largo plazo en nuevos programas de estudios básicos y de educación continua, así como el compromiso a largo plazo de pagar sus sueldos.

LOS RECURSOS HUMANOS SON VITALES

Los recursos humanos, las diferentes clases de trabajadores clínicos y de apoyo que hacen realidad cada intervención individual o de salud pública son los insumos más importantes del sistema de salud. El desempeño de los sistemas de atención sanitaria depende en última instancia de los conocimientos, las aptitudes y la motivación de las personas encargadas de prestar los servicios.

Además, el gasto en recursos humanos suele ser el mayor rubro del presupuesto ordinario para la sanidad. En muchos países, dos tercios o más del total de gastos ordinarios corresponden a costos laborales. Pero los individuos no podrían prestar servicios eficazmente sin capital de equipo —hospitales y material— y bienes fungibles como las medicinas, que cumplen una función importante al aumentar la productividad de los recursos humanos. Es necesario que exista un equilibrio funcional no solo entre la formación de capital sanitario en general y las actividades ordinarias que se requieren, sino también entre las tres categorías de insumos que se ilustran en la figura 4.1.

¿Qué opciones de tratamiento deben usarse para determinada enfermedad o trastorno médico? ¿Deben ofrecerse servicios en hospitales o en establecimientos de atención primaria? ¿Cuál es el nivel de aptitudes y conocimientos necesario para prestar este conjunto de servicios? Estas preguntas tienen un común denominador: tienen que ver con el grado de flexibilidad que existe en la prestación de los servicios de salud, es decir, la posibilidad de sustitución de un tipo de insumo por otro, o la sustitución de una forma de atención por otra, manteniendo al mismo tiempo constantes el nivel y la calidad del producto resultante. Desde un punto de vista social, debe promoverse esta sustitución positiva para lograr que los servicios se presten de manera eficaz en función de los costos. La combinación

equilibrada de los diferentes insumos de recursos dependerá de las necesidades sanitarias que se hayan identificado, de las prioridades sociales y de las expectativas de la población.

Para el buen funcionamiento de un sistema de salud se requiere gran cantidad de mano de obra y personal calificado y experimentado. Además de un equilibrio entre los recursos humanos y los recursos materiales, debe haber un equilibrio entre los diferentes tipos de promotores de la salud y de proveedores de asistencia. Sería obviamente un derroche de recursos contratar médicos para llevar a cabo las tareas más sencillas. A medida que se incrementa la cantidad de un determinado insumo en un sistema de salud, el valor agregado por cada unidad adicional de dicho insumo tiende a disminuir (3). Por ejemplo, cuando hay muy pocos médicos, la llegada de otro médico tiene un efecto positivo en la atención sanitaria; pero si ya hay demasiados médicos, por cada nuevo médico que se incorpore es más probable que aumenten los costos y no que mejore la atención. En el recuadro 4.1 se explican algunas formas de corregir los desequilibrios entre los proveedores de atención sanitaria.

Aunque un sistema de salud tenga abundantes recursos humanos, con conocimientos y aptitudes excelentes, puede verse ante una crisis inminente si no se tienen en cuenta las necesidades sanitarias futuras, las prioridades y los recursos disponibles. Por ejemplo, cuando la formación y la capacitación de médicos y de personal de enfermería son deficientes, o cuando los profesionales más experimentados carecen de tiempo y recursos suficientes para actualizar sus conocimientos y aptitudes, cabe esperar deficiencias futuras. De igual manera, se planteará un verdadero problema si en un sistema de salud hay una distribución asimétrica de edades entre el personal, con una gran concentración de trabajadores cercanos a la jubilación. Por lo tanto, los sistemas de salud deben equilibrar las inversiones en capital humano para satisfacer las necesidades futuras así como las exigencias actuales. Algunos de los problemas más críticos y complejos en materia de insumos se refieren a los recursos humanos (recuadro 4.2).

Si los establecimientos no funcionan adecuadamente y no se dispone de equipo de diagnóstico y medicamentos, poco importa que los conocimientos, las aptitudes y la dotación de personal sean altos, ya que de todos modos la prestación de servicios será deficiente. La falta de insumos complementarios también tendrá un efecto negativo en la motivación

Recuadro 4.1 La sustitución de unos recursos humanos por otros

Gran cantidad de países afrontan una escasez general de médicos. Otros países que están aplicando una estrategia a largo plazo para desplazar recursos hacia la atención primaria comprueban que tienen demasiados especialistas y muy pocos médicos generales. Muchos están tratando de resolver los problemas sustituyendo ciertos tipos de proveedores de servicios de salud por otros.

Reorientación de los médicos especialistas. Aunque se puede recurrir a la limitación del ingreso a la capacitación especializada y la modificación de los programas de internado médico como estrategia a largo plazo para equilibrar la distribución profesional de los médicos, en algunos casos, por ejemplo, en Europa central y oriental, se recurre a la reorientación de los especialistas hacia la medicina familiar como estrategia de sustitución a corto plazo.

Sustitución por otros profesionales de la salud. La formación de un médico puede costar tres veces más que la de una enfermera.¹ Por lo tanto, capacitar más enfermeras y otros profesionales de la salud puede ser una forma económicamente eficaz de sustituir a los médicos. En Botswana, mediante la capacitación de mayor número de enfermeras de atención primaria y de farmacéuticos se ha compensado la falta de médicos en algunas zonas.²

Creación de nuevos cuadros profesionales. Para lograr una mayor coincidencia entre las aptitudes y las funciones, puede ser necesario crear nuevos cuadros profesionales. En Nepal, un programa educativo permitió capacitar a asistentes y otros trabajadores sanitarios de zonas rurales para ocupar puestos profesionales de mayor rango.³

¹Informe sobre el desarrollo mundial 1993: *invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.

²Egger D, Lipson D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Issues in health services delivery, Discussion Paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).

³Hicks V, Adams O. *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Issues in health services delivery, Discussion Paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8). (En prensa).

del personal, factor que influye en la capacidad de los recursos humanos. La motivación, sin embargo, no depende solamente de las condiciones de trabajo. Los incentivos financieros y la remuneración, es decir, los ingresos y otros beneficios, también son importantes, como lo son la dirección general del personal y las posibilidades de progreso profesional.

Una remuneración insuficiente y pocas prestaciones, sumadas a condiciones de trabajo deficientes —desde el hecho de trabajar en zonas de conflicto hasta el mal estado de los establecimientos y la escasez de medicinas y otros materiales fungibles— suele ser, en los países menos desarrollados, uno de los problemas más apremiantes para los trabajadores de la salud (4). En algunos países, por ejemplo, Bangladesh y Egipto, la gran mayoría de los médicos empleados por el sector público atienden pacientes privados para complementar sus ingresos. En Kazajistán, se calcula que los “pagos informales” aumentan en 30% los gastos nacionales en atención sanitaria (5). En varios países se ofrece a los médicos la posibilidad de trabajar privadamente en instituciones públicas para contrarrestar la fuga de cerebros, que está mermando el personal capacitado del sector público. Se considera que esta estrategia dio resultados satisfactorios en Bahrein, pero las experiencias realizadas en Ghana y Nepal indican que este tipo de incentivos puede dar lugar a una desviación de los escasos recursos destinados a servicios públicos y puede inducir a los profesionales a dedicarse a la práctica privada independiente (6).

Las personas, como seres pensantes, son muy diferentes de las máquinas, por lo cual el capital humano no puede administrarse de la misma manera que el capital de equipo. En primer lugar, los recursos humanos, y en particular los médicos, determinan el uso de otros insumos disponibles. Un excedente de médicos casi sin duda significará un excedente de los servicios que prestan estos profesionales. La alta densidad de médicos particulares que trabajan en las zonas urbanas de muchos países de ingresos medianos, como Tailandia, en general está correlacionada con el uso frecuente de equipo y pruebas de laboratorio costosos, y con la prestación de mayor cantidad de servicios de dudosa utilidad a la población

Recuadro 4.2 Problemas de recursos humanos en la prestación de servicios

Desequilibrios numéricos. Un estudio reciente de los recursos humanos en 18 países de ingresos bajos y medianos, de los cuales por lo menos uno pertenece a cada una de las regiones de la OMS, indica que la mayoría de los países afrontan en grado variable una escasez de personal sanitario calificado. En el África al sur del Sahara, en particular, la limitada capacidad de adiestramiento y el bajo nivel de remuneración que reciben los trabajadores de salud calificados causa problemas graves en la prestación de servicios. En otros países, por ejemplo, Egipto, el problema es el exceso de oferta. En general, la escasez y el exceso se definen tomando como referencia los países de la misma región que se encuentran en niveles similares

de desarrollo. Por lo tanto, el exceso puede ser absoluto, como ocurre con los médicos especialistas en muchos países de Europa oriental y Asia central, o puede estar relacionado con la ubicación geográfica.

Desequilibrios en la capacitación y en la combinación de aptitudes. Los trabajadores de la salud a menudo no están calificados para las tareas que cumplen debido a la escasez de oportunidades de capacitación, como ocurre en muchos países africanos, o a una discordancia entre el tipo de personal disponible y las necesidades y prioridades del sistema de atención sanitaria, como es el caso de Europa oriental y Asia central. Sin embargo, el número de médicos y demás trabajadores de la salud con determinada capacitación o califica-

ción es solo una parte del problema. Ni la capacitación formal ni la colegiación profesional son necesariamente sinónimo de capacidad para tratar problemas específicos.

Desequilibrios en la distribución. En casi todos los países hay desequilibrios entre las zonas urbanas y las rurales en lo tocante a sus recursos humanos y se plantean problemas para satisfacer las necesidades de determinados grupos, como los pobres, los discapacitados o las minorías étnicas. En casi todo el mundo, los proveedores de servicios de salud tienden a concentrarse en las zonas urbanas. En Camboya, las zonas rurales concentran 85% de la población pero tan solo 13% del personal sanitario del gobierno trabaja en ellas. En Angola, 65% de la población

vive en las zonas rurales, pero 85% de los profesionales de la salud trabajan en las zonas urbanas. En Nepal, solo logran llenarse 20% de los puestos de médico en las zonas rurales, por comparación con 96% en las zonas urbanas.

Fracaso de las estrategias de política pública aplicadas en el pasado. Aunque en los últimos años se han logrado avances en la formulación de políticas y planes nacionales de recursos humanos en el campo sanitario, en la mayoría de los países estas políticas y planes no se han aplicado cabalmente. Es más, muy pocos países efectúan un seguimiento y evaluación del avance y los efectos de las políticas aplicadas.

urbana. En Egipto, la alta proporción de médicos —por cada cama de hospital ocupada hay dos médicos— y la automedicación generalizada explican el altísimo nivel de uso de medicamentos. Se calcula que, en ese país, los hogares más pobres gastan más de 5% de sus ingresos solo en medicamentos (2).

Los incentivos y la administración de los recursos humanos también repercuten de manera indirecta en el uso de otros recursos. Por ejemplo, muchos sistemas de pago ofrecen a los médicos y proveedores de servicios de salud incentivos para recurrir en mayor o menor medida al uso de equipo médico, pruebas de laboratorio y medicamentos. En Bangladesh, los médicos reciben entre 30% y 40% de los cargos de laboratorio por cada paciente que derivan, lo cual crea un claro interés en incrementar el volumen de tales servicios (2). Tanto en China como en el Japón, muchos médicos obtienen parte de sus ingresos de la venta de los medicamentos que prescriben. En muchos países, todavía es común el uso de medicamentos patentados en lugar de fármacos genéricos, y en gran medida esta situación puede achacarse a los incentivos que los productores farmacéuticos ofrecen a los médicos y farmacéuticos. La falta de las aptitudes necesarias para evaluar la tecnología y controlar la calidad es otro factor que provoca desequilibrios entre los recursos.

Otra diferencia entre el capital humano y el capital de equipo, que afecta a la gestión administrativa, es que los médicos, el personal de enfermería y demás trabajadores de la salud no están motivados solo por las condiciones de trabajo, los ingresos y la administración existentes. También influyen en ellos sus expectativas sobre las condiciones futuras, basadas en las experiencias anteriores, las opiniones expresadas por los demás y las tendencias actuales. Si el personal calificado cree que en el futuro se deteriorarán las remuneraciones, las prestaciones y las condiciones de trabajo, sus decisiones laborales y su motivación reflejarán esa creencia. Esta “sombra del futuro” puede dar lugar fácilmente a un deterioro continuo de la motivación y el desempeño.

Un primer paso para prevenir tal situación es encontrar un equilibrio sostenible entre los diferentes tipos de recursos, y entre la inversión y los costos ordinarios. Quizá lo más importante para ese equilibrio es lograr que haya incentivos específicos para invertir en capital humano, en la forma de mejores ingresos, oportunidades de ascenso y condiciones de trabajo. En realidad, muchos países de ingresos bajos y medianos han aumentado las remuneraciones o las prestaciones como estrategia clave para desarrollar los recursos humanos y mejorar la prestación de servicios a objeto de satisfacer las necesidades y prioridades sanitarias (7). En Uganda, la remuneración del sector público aumentó 900% (en términos nominales) entre 1990 y 1999, lo que en términos reales representa una duplicación (8).

En general, no hay respuestas fáciles en lo que respecta al desarrollo de los recursos humanos. Si las cosas no se ordenan, los mercados de estos recursos tardan años, e incluso decenios, en responder a las señales del mercado. Además, a diferencia del capital de equipo, los recursos humanos no pueden desecharse cuando sus aptitudes ya no se necesitan o han quedado obsoletas; el despido de trabajadores sanitarios del sector público es a menudo tan difícil que solo puede lograrse como parte de una política más amplia de reforma de la administración pública.

Por lo tanto, es necesaria la intervención pública para lograr el equilibrio necesario a fin de reducir el derroche y acelerar el ajuste. A continuación se resumen algunas experiencias que han tenido éxito, aunque todavía quedan muchos problemas (7).

Niveles de utilización, combinación y distribución de los recursos. Cuando los mercados de trabajo funcionan adecuadamente, los precios relativos de las diferentes categorías de personal calificado deben guiar las decisiones sobre su combinación más eficaz. No hay nin-

guna norma absoluta en lo referente a la razón adecuada correcta entre médicos o enfermeras y número de habitantes, por lo que a menudo se aplican reglas prácticas. En general, la escasez o el exceso de recursos se evalúan teniendo en cuenta las necesidades y prioridades y efectuando comparaciones con países vecinos o con otros países con un nivel semejante de desarrollo. Para esta evaluación se requieren datos sólidos acerca de los recursos humanos disponibles y su distribución geográfica y profesional, información con la que a menudo no se cuenta. En Guinea-Bissau, se eliminaron de la nómina de sueldos del ministerio de hacienda 700 trabajadores "fantasmas" después de que se levantó un inventario del personal dedicado a la atención sanitaria. En Camboya, una encuesta de trabajadores de la salud realizada en 1993 reveló que la fuerza laboral estaba mal distribuida y en gran parte no estaba registrada, y que su idoneidad era muy dispar (2).

Se han aplicado tres tipos de estrategias en materia de recursos humanos, con cierto grado de éxito:

- utilizar de manera más eficaz el personal disponible mediante una mejor distribución geográfica;
- recurrir en mayor medida a personal capacitado para varias tareas, en los casos pertinentes;
- lograr una mayor coincidencia entre las aptitudes y las funciones.

Esta última estrategia responde a un problema generalizado. La capacitación formal de los trabajadores de la salud, sobre todo en el caso del personal muy calificado, rara vez refleja las tareas concretas que deben realizarse, lo cual es desmoralizador y representa un derroche de recursos.

Se ha registrado cierto grado de éxito con el servicio obligatorio y los incentivos múltiples (financieros, profesionales, educativos, etc.) para despertar mayor interés en campos técnicos o zonas geográficas poco atractivos, como se ha hecho en el Canadá y en los países escandinavos para cubrir puestos de trabajo en las regiones septentrionales. En países como Arabia Saudita, Fiji y Omán, se han logrado resultados satisfactorios recurriendo con carácter transitorio a la contratación de extranjeros para cubrir vacíos críticos. Sin embargo, esta estrategia puede crear otras dificultades y tensiones. En la actualidad, Omán aplica la política de contratar principalmente trabajadores del país, ya que ha aumentado el número de potenciales estudiantes de medicina.

Capacitación y educación continua en el lugar de trabajo. Hay motivos poderosos para que el sector público participe en la capacitación y el seguimiento de la calidad de la educación continua a fin de estimular el desarrollo de recursos humanos en los campos de interés. En Hungría y Jamaica se han creado recientemente nuevas escuelas de salud pública para satisfacer la necesidad de formar profesionales especializados en epidemiología, estadística, administración y educación sanitaria. En estas escuelas se procura integrar la capacitación formal inicial, la educación continua y la prestación de servicios concretos. Este enfoque tiene dos posibles ventajas: permite que la capacitación tenga sólidas bases prácticas y expone continuamente a los prestadores de servicios a nuevas ideas y adelantos. En los países con una gran población rural se han aplicado diversas estrategias a fin de contratar personal para las zonas rurales. Por ejemplo, se captan estudiantes de medicina de zonas rurales y se los capacita en los lugares donde posteriormente deberán ejercer como médicos.

Un problema conexo es la fuga de cerebros, es decir, la emigración de personal capacitado de los países de ingresos bajos a los países más prósperos, o del sector público al sector privado de un mismo país. Los egresados mejor preparados a menudo emigran, tentados por mejores condiciones profesionales y de vida. Muchas enfermeras jamaquinas han

emigrado a los Estados Unidos. Los médicos emigran de Egipto y de la India a otros países de Medio Oriente y a los Estados Unidos y Europa. La remuneración insuficiente y las pocas prestaciones son el problema más grave para los trabajadores estatales de salud pública en muchos países, lo cual tiene como consecuencia un mayor ejercicio privado de la medicina, de manera formal e informal. En Filipinas y en la República Unida de Tanzania, así como en América Latina, son comunes los contratos de servicios que exigen trabajar determinado número de años en el sector público, especialmente cuando el Estado ha patrocinado los estudios, pero esta práctica también plantea dificultades. El personal comprendido en estas normas por lo general es poco experimentado; los contratos son a corto plazo y no despiertan mayor interés; en muy pocos casos existen mecanismos adecuados de asesoramiento por buenos profesores, y, por lo común, esta práctica tiene escaso efecto en el desequilibrio geográfico general. La globalización ha producido mayor movilidad del personal y ha creado más oportunidades de capacitación en el extranjero, y los estudiantes preparados en el exterior generalmente prefieren quedarse en el país donde se capacitaron.

ADAPTACIÓN A LOS ADELANTOS EN LOS CONOCIMIENTOS Y LA TECNOLOGÍA

El desarrollo de los conocimientos o las tecnologías —por ejemplo, nuevos medicamentos o equipo de diagnóstico— puede aumentar considerablemente la capacidad de los recursos humanos para resolver los problemas sanitarios y, por esa vía, mejorar el desempeño de un sistema de atención sanitaria. Los nuevos conocimientos también plantean un desafío al equilibrio de insumos existente en cada país, ya que se modifican los precios relativos y se altera la combinación eficaz de recursos (9). En los últimos decenios, ha habido revolucionarios adelantos médicos y tecnológicos que han modificado los límites entre los hospitales, la atención primaria de salud y la atención comunitaria (10). En cambio, los cambios pertinentes en los recursos de los sistemas de salud se han producido con mucha más lentitud.

Los antibióticos son un ejemplo de nuevos conocimientos que influyen en las estructuras de costos. Desde la introducción de estos fármacos en los años cuarenta, los pacientes con infecciones bacterianas se han atendido principalmente en casa o en consultorios de atención ambulatoria y ya no en hospitales especiales, con lo cual se han reducido en forma significativa los costos y se han logrado mejores resultados. El aumento reciente del autotratamiento no reglamentado y la mayor incidencia de bacterias farmacorresistentes han puesto en peligro algunos de estos logros. En la actualidad, es necesario ejercer activamente una función rectora para reglamentar la calidad del diagnóstico, la prescripción y la observancia. De manera análoga, las vacunas han modificado la estrategia y los costos de la lucha contra enfermedades epidémicas tales como el sarampión y la poliomielitis, y las nuevas vacunas requerirán que se replanteen las estrategias para lograr una combinación eficaz de insumos en la política sanitaria nacional.

Todos los países, ricos y pobres por igual, deben hallar y mantener un equilibrio razonable entre los insumos. Sin embargo, las decisiones que deben adoptarse para lograr este equilibrio varían en función de la cantidad total de recursos disponibles. En un país pobre, las posibilidades de invertir en tecnologías médicas modernas o de adquirir medicamentos modernos son muy limitadas. Para los países pobres, pasar del uso de medicamentos esenciales al empleo de nuevos y costosos fármacos para tratar las enfermedades cardiovasculares significaría una pérdida de oportunidades enorme medida en resultados sanitarios.

Esta diferencia de oportunidades entre los países también influye en el equilibrio óptimo entre los recursos (recuadro 4.3).

Los precios de algunos insumos se determinan localmente, mientras que otros se fijan en los mercados internacionales. En la mayoría de los países, los precios de los recursos humanos (remuneraciones de médicos, personal de enfermería y demás trabajadores de la salud) se determinan en el ámbito nacional, y el nivel general de ingresos de cada país o región será un importante factor determinante. En cambio, los precios de elementos como los medicamentos patentados y el equipo médico se determinan en un mercado mundial. Aunque las diferencias en los niveles de ingresos de cada país inducirán a los fabricantes y distribuidores de medicinas y equipo a diferenciar los precios en cierta medida, las entidades rectoras de los sistemas de salud de cada país tienen una capacidad mucho menor para influir en estos precios que en los precios de los recursos humanos. Es necesaria una autoridad rectora internacional que represente los intereses de los consumidores en los países de ingresos bajos que sobrellevan la carga más onerosa de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Esta función rectora, a cargo de organismos como la OMS y el Banco Mundial, adquirirá cada vez más importancia a medida que avance la globalización de la economía y se pongan en práctica los acuerdos de libre comercio.

PRODUCCIÓN PÚBLICA Y PRODUCCIÓN PRIVADA DE LOS RECURSOS

Con excepción de los recursos humanos calificados, la mayoría de los insumos usados para los servicios de salud se producen en el sector privado, con grados variables de rectoría del sector público en lo que respecta al nivel y la combinación de la producción, la distribución y la calidad. Por ejemplo, los mercados locales producen satisfactoriamente la mayor parte de los bienes fungibles y de la mano de obra no calificada. La intervención del gobierno es necesaria sobre todo para hacer que se cumplan las normas de calidad y segu-

Recuadro 4.3 ¿Se abre cada vez más la brecha en el uso de la tecnología?

En los últimos decenios se han desarrollado una gran variedad de tecnologías médicas valiosas y de métodos clínicos innovadores, y muchos más se desarrollarán en el futuro. Lamentablemente, en algunos países las nuevas posibilidades no están abiertas a todos debido a que no se dispone de ingresos. Enfermedades que en los países ricos son tratadas eficazmente por personal profesional mediante tecnología moderna, en los países menos adelantados son atendidas por personal no calificado o con tratamientos caseros. Agrava la situación el hecho de que

algunas de estas enfermedades son más prevalentes en los países más pobres.

Actualmente, para tratar la *infección por el VIH/sida*, se dispone de medicamentos que, a un costo enorme, pueden al menos aplazar la aparición de la enfermedad. Pero los tipos de tratamientos y los recursos disponibles para tratar esta infección siguen hoy cursos diferentes en los distintos países. En los países pobres, esta es todavía una enfermedad sin opciones de tratamiento. Los enfermos se atienden principalmente en su casa, de manera informal, o en instituciones, con personal en general no califi-

cado. En Sudáfrica se ha mejorado el acceso al tratamiento contra la infección por el VIH obligando a las aseguradoras a cubrir su costo.

La transmisión de la *malaria* puede prevenirse mediante el rociado de las viviendas, mosquiteros tratados con insecticida, profilaxis con cloroquina y otras medidas, pero estos métodos no siempre están al alcance de las personas que más los necesitan. Se encuentran en marcha varios proyectos diferentes para obtener una vacuna contra la malaria.¹ El éxito en esta investigación abriría una extraordinaria oportunidad de mejorar la calidad de vida y evitar

muchas muertes. Este avance tecnológico también exigiría una nueva combinación de recursos, pero solo para los países que pudieran pagar la nueva vacuna.

En lo que respecta a la *tuberculosis*, está aumentando la incidencia de resistencia bacteriana a los medicamentos de primera línea. Esta es una preocupación fundamental en algunos países, por ejemplo, en la Federación de Rusia. La falta de un tratamiento médico eficaz y el uso inadecuado de los medicamentos siguen creando obstáculos para tratar este problema de creciente magnitud.²

¹ The world health report 1999: making a difference. Geneva: World Health Organization; 1999.

² Global tuberculosis control: WHO report 2000. Geneva: World Health Organization; 2000. (Document WHO/CDS/TB/2000.275).

ridad, que se disponga de información fidedigna acerca de los productos y que la competencia sea leal.

Otros insumos, como los productos farmacéuticos y el equipo médico especializado, a menudo se enfrentan con barreras de acceso al mercado, sea en forma de patentes, exigencia de licencias, normas de fabricación, grandes costos de inversión inicial, investigaciones de alto costo o prolongados períodos de desarrollo. Esto da a los fabricantes de estos insumos considerable poder de mercado para cometer abusos mediante la manipulación de los precios y la demanda. Por consiguiente, se requieren medidas enérgicas, por ejemplo, una legislación antimonopolio, formularios nacionales limitados, normas sobre el uso de fármacos genéricos, compras a granel y evaluaciones formales de las tecnologías (11–13). Además, mediante la adquisición de medicinas y tecnologías médicas en el mercado internacional los países pueden conseguir que los productores locales sigan siendo competitivos (14, 15).

Los subsidios estatales a la producción de bienes fungibles, productos farmacéuticos y equipo médico a menudo conducen a un deterioro de la calidad, falta de innovación, uso de tecnología anticuada, modalidades de producción ineficientes y retrasos en la distribución. El ejemplo más notable es el caso de la antigua Unión Soviética. La mayoría de los países que han seguido este modelo se han quedado en poco tiempo a la zaga en lo que respecta a la productividad y la tecnología de producción. A las compañías occidentales que ingresaron al mercado farmacéutico y de equipo médico en Europa central y oriental a principios de los años noventa les resultó más barato y fácil construir fábricas nuevas que reciclar y modernizar los bienes de capital antiguos (16–18).

Las decisiones sobre el capital de equipo, como los hospitales y otros grandes establecimientos, requieren más atención pública. Los dispensarios, los laboratorios, las farmacias, las clínicas y otros establecimientos clínicos pequeños a menudo necesitan poco capital, y los proveedores privados de servicios de salud quizá puedan financiarlos directamente o mediante préstamos personales de escaso monto paralelos a inversiones públicas. En el caso de los grandes hospitales, en el pasado la mayoría de los países recurrió en gran medida a la inversión pública. Las consecuencias de las decisiones de inversión en este campo pueden sentirse por 30 a 40 años, o incluso más. Una vez construido un hospital, por razones políticas es difícil cerrarlo. Sin embargo, la necesidad de políticas públicas enérgicas no significa necesariamente el financiamiento público de todos los bienes de capital. Cada vez más, muchos países están recurriendo al sector privado para que apoye las inversiones en el sistema de salud aun cuando los establecimientos resultantes no tengan fines de lucro, y los costos corrientes se financien con recursos públicos (19). En el capítulo 6 se ilustran algunos escollos que plantean las inversiones conjuntas, y las diferentes aptitudes que requiere la rectoría competente de estas iniciativas. Ocurre algo similar con la capacitación de la mano de obra especializada y la generación de conocimientos. Es necesaria una participación enérgica del Estado en la determinación de los objetivos de las políticas y la adopción de la reglamentación adecuada, pero se puede recurrir al capital privado para apoyar las inversiones tanto en actividades de capacitación como de investigación.

El principal factor que promovió el avance revolucionario de los servicios de salud en el siglo XX es el nuevo saber mundial generado por las actividades de investigación y desarrollo. En el capítulo 1 se reiteran los conceptos formulados en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999* cuando se sostiene que los sistemas de salud de hoy tienen la clara responsabilidad de proporcionar el conocimiento necesario para los sistemas de salud de mañana (20). La inversión en conocimientos que todos pueden usar tiene un mérito especial (recuadro 4.4). Aunque la mayoría de las actividades de investigación y desarrollo son y deben

ser financiadas por el capital privado, el Estado debe participar apoyándolas y orientándolas hacia los campos en que es más necesaria. Sin embargo, los intentos de dirigir directamente desde la cúspide la dinámica de las actividades de investigación y desarrollo a menudo fracasan. La experiencia indica que mediante enfoques indirectos e incentivos apropiados a la comunidad de investigadores se obtienen mejores resultados. Una vez más, ejerciendo con imaginación una función rectora en el plano internacional puede lograrse un cambio vital.

EL LEGADO DE LAS INVERSIONES PASADAS

En el pasado, las inversiones en los países más pobres se han centrado en la acumulación de infraestructura física mediante programas respaldados en muchos casos por donaciones de organismos multilaterales y bilaterales, en la esperanza de que conducirían a un mejor desempeño y que los propios países podrían recaudar recursos suficientes para sufragar los costos ordinarios (21). En realidad, a menudo los recursos para mantener y administrar el capital de equipo y humano han sido insuficientes. Los establecimientos sanitarios no pueden funcionar adecuadamente debido a que el mantenimiento es deficiente y los medicamentos y suministros esenciales son escasos. En muchos casos, los vehículos están inmovilizados por falta de reparación y mantenimiento. Por ejemplo, en Ghana, en un determinado momento en 1992, 70% de los vehículos del Ministerio de

Recuadro 4.4 La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización

Cada año, casi tres millones de niños mueren a causa de enfermedades que podrían prevenirse con vacunas actualmente disponibles; no obstante, casi 30 millones de los 130 millones de niños que nacen al año no reciben vacunas de ninguna clase. La gran mayoría de los niños no vacunados —25 millones— vive en países cuyo PNB per cápita es inferior a US\$ 1000.

La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) es una coalición de intereses públicos y privados que se formó en 1999 para lograr que todo niño esté protegido contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Entre los miembros de la GAVI se incluyen gobiernos nacionales, el Programa de Vacunación Infantil Bill y Melinda Gates, la Federación Internacional de la Industria del Medicamento, instituciones técnicas y de investigación sanitaria, la Fundación Rockefeller, el UNICEF, el Grupo del Banco Mundial y la OMS.

La GAVI está procurando cerrar la creciente brecha que existe entre los

países industrializados y los países en desarrollo en lo que respecta a la disponibilidad de vacunas. Además de las seis vacunas básicas del Programa Ampliado de Inmunización, PAI (contra la poliomielitis, la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión y la tuberculosis), en los países industrializados se utilizan ahora ampliamente las vacunas más nuevas, como la vacuna contra la hepatitis B, contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y contra la fiebre amarilla. Una importante prioridad es conseguir que todos los países del mundo logren al menos una cobertura de vacunación de 80% para 2005. Con base en los supuestos actuales sobre los costos de administración de las vacunas, se calcula que se necesitan anualmente \$226 millones más para alcanzar este nivel de cobertura en los países más pobres con las vacunas tradicionales del PAI; para cubrir el mismo número de niños con las vacunas más nuevas, según las normas adoptadas en la primera reunión de la junta directiva de la GAVI, se requerirían \$352 millones más.

En la segunda reunión de la junta directiva de la GAVI, que tuvo lugar en ocasión del Foro Económico Mundial celebrado en Davos en febrero de 2000, los asociados de la GAVI analizaron medidas para lograr el objetivo de vacunación de 80% y anunciaron la creación de un fondo mundial de varios millones de dólares destinado a la vacunación infantil. Gobiernos, empresas, filántropos del sector privado y organismos internacionales están colaborando, en el marco de la campaña denominada "El desafío de la niñez", en la administración de estos recursos para proteger a todos los niños del mundo mediante la vacunación. Los miembros de la GAVI sostienen que la protección de los niños del mundo contra las enfermedades prevenibles es no solo un imperativo moral sino también la piedra angular imprescindible de una sociedad mundial sana y estable.

Se ha invitado a todos los países con un PNB per cápita inferior a \$1000 (74 países en todo el mundo, la mayoría de ellos situados en África) a colaborar con la GAVI en esta campaña. Casi

50 países, de todas las regiones de la OMS, ya han presentado detalles de sus actividades y necesidades de inmunización. Los recursos del fondo se utilizarán principalmente para adquirir vacunas contra la hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y la fiebre amarilla, así como material de inyección inocuo.

Se prevé que los asociados de la GAVI en cada país colaborarán con los gobiernos nacionales para ayudar a cubrir las carencias que se identifiquen en las propuestas de cada país, fuera de las relacionadas directamente con la provisión de vacunas. Los miembros de la GAVI esperan que, al asignar una mayor responsabilidad a los propios países en lo que respecta al suministro de la información y el compromiso necesarios, las actividades resultantes dependerán más de la iniciativa de los países y, por consiguiente, serán más sostenibles.

Salud estaban inmovilizados en talleres del gobierno en espera de ser reparados. La reorganización del mantenimiento y la reparación y los procedimientos presupuestarios permitieron lograr mejoras con rapidez, pero lo sucedido en Ghana se repite en muchos otros países. Aun en los lugares donde los vehículos funcionan, el combustible suele ser un recurso escaso. Estos son solo algunos ejemplos de los desequilibrios que se traducen en un desempeño deficiente, reducen la vida útil de la infraestructura física y desmoralizan al personal. En lo que atañe al capital de equipo, la situación es a menudo irreversible, pues el costo de renovar estos bienes es mayor que el costo de volver a construir.

La carencia de mano de obra calificada, las deficiencias de los sistemas de información de costos, la rigidez de los sistemas de formulación de presupuestos y la fragmentación de las tareas —como la separación de las funciones de inversión de los presupuestos operativos— son otras razones que explican los desequilibrios en los insumos. Si no se dispone de información sobre las cantidades necesarias, es difícil calcular partidas presupuestarias razonables para insumos tales como los bienes fungibles y el combustible para el transporte. Si, además, se asigna a los proveedores la responsabilidad de cada una de estas partidas, se crean difíciles barreras para prestar los servicios de salud eficazmente. La escasez de insumos para la producción esencial coexiste con demasiada frecuencia con la utilización solo parcial de otras partidas debido a que los presupuestos sanitarios están excesivamente segmentados.

En el capítulo 6 se considera el desarrollo reciente de asociaciones formales, como los enfoques pansectoriales, entre el gobierno y grupos de donantes. En lo que atañe a la inversión de capital, los donantes podrían cumplir una función mucho más útil. Los organismos externos han contribuido al desequilibrio de la combinación de insumos al centrarse en inversiones de gran notoriedad sin considerar adecuadamente su compatibilidad con otras inversiones (por ejemplo, en lo que se refiere a repuestos) o los costos ordinarios. El éxito político de las inversiones en los sistemas de salud rara vez está aliado a la sostenibilidad a largo plazo. A menudo, los que toman las decisiones en los países menos adelantados se ven estimulados a aceptar el respaldo de los donantes independientemente de las consecuencias a largo plazo en el equilibrio entre los recursos existentes o entre las inversiones y los costos ordinarios. Por ejemplo, Sri Lanka aceptó la donación de un hospital de 1000 camas cuyo funcionamiento restó recursos a muchas otras actividades. La incompatibilidad de los objetivos de los donantes ha dado lugar a una mayor fragmentación de la responsabilidad y a actuar con una perspectiva de corto plazo (22).

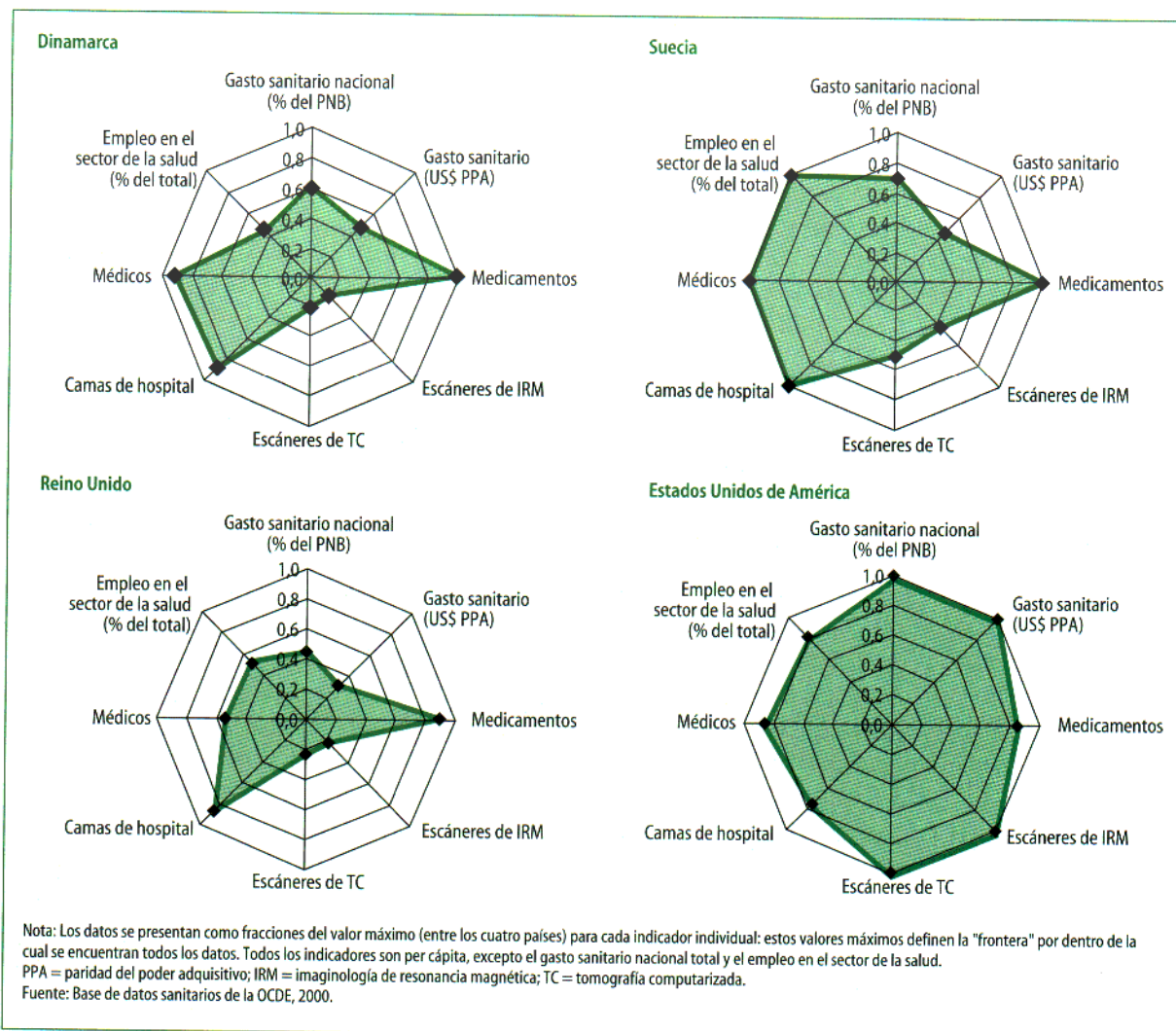
PERFILES DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA

Las grandes diferencias en la combinación de recursos utilizada en los países de ingresos altos y en los de ingresos bajos pueden explicarse en parte por las diferencias de los precios relativos. Como se analizará más adelante, un sistema integral de cuentas sanitarias nacionales ofrece la información más completa sobre los insumos del sistema de salud y sus precios. En un país pobre, la mano de obra no calificada será relativamente barata, mientras que la tecnología médica, los establecimientos y el personal sumamente capacitado tendrán un costo alto. Como resultado, un gran porcentaje del presupuesto público total suele destinarse a inversiones. Una vez pagadas las remuneraciones del personal con cargo al presupuesto ordinario, quedarán pocos fondos para gastar en equipo, medicinas, bienes fungibles y mantenimiento de los establecimientos. Esto prueba que, sencillamen-

te, hay demasiado personal, lo cual obedece en muchos casos a que la capacitación se planifica en función del número de habitantes o de las necesidades, en lugar de basarse en los recursos. En gran medida, el consumo de medicamentos en los países de ingresos bajos —que suele ser alto en términos relativos— es financiado privadamente por los consumidores mediante pagos de su propio bolsillo. En un país más desarrollado, el gasto en bienes fungibles será mucho mayor en números absolutos, pero seguirá siendo bajo en términos relativos debido a que el costo de los recursos humanos es más alto. No obstante, aun en el caso de los países con niveles de ingresos equivalentes a veces hay grandes diferencias en el perfil de recursos específico de cada país.

En la figura 4.2 se ilustra el perfil de recursos de cuatro países de ingresos altos: Dinamarca, los Estados Unidos, el Reino Unido y Suecia (23). El nivel de insumos de cada país, correspondiente a ocho insumos diferentes, se expresa como porcentaje del valor más alto de ese indicador en el grupo: las cifras no muestran el “mejor desempeño” según se lo analiza en el capítulo 2, sino que solo comparan los niveles de insumos.

Figura 4.2 Combinación de los insumos de los sistemas de salud en cuatro países de ingresos altos, alrededor de 1997



Estados Unidos se ubica en el valor máximo o cerca de este en cada insumo. En lo que respecta al gasto y la tecnología, se sitúa en el valor máximo de este grupo de países. Suecia tiene el mayor acervo de recursos humanos y camas, y comparte con Dinamarca el gasto más elevado en medicamentos. El Reino Unido se halla dentro de los límites fijados por este grupo para cada insumo: específicamente, se ubica lejos del valor máximo en lo que respecta al gasto per cápita y la tecnología (escáneres de imaginología de resonancia magnética [IRM] y de tomografía computarizada [TC]). Sin embargo, en lo que respecta a camas y medicamentos, el valor correspondiente al Reino Unido es comparable al del resto del grupo y más alto que el de los Estados Unidos.

Esta comparación sencilla entre países muestra las claras diferencias que existen en la combinación de insumos. Estas diferencias pueden atribuirse en parte a la situación pasada en lo que respecta a la competencia y los métodos de pago entre los hospitales de los Estados Unidos, que se centraban más en la calidad que en el precio y la eficacia en función de los costos. Las diferencias en los precios relativos también son un factor importante. La "carrera armamentista médica" en Suecia, y en particular en el Reino Unido, ha estado más restringida en el marco de los presupuestos mundiales. Esto también significa que el sistema de salud estadounidense (y, en último término, los contribuyentes y quienes tienen que pagar primas de los seguros de salud en ese país) sufragará una proporción mayor de los costos mundiales que representa la aportación al mercado de nuevas tecnologías médicas y productos farmacéuticos. Los datos de tendencias (que no se ilustran en los diagramas) indican que, en lo que se refiere a la IRM y los escáneres de TC, tanto el Reino Unido como Suecia se están poniendo a la par de los Estados Unidos. Esto respalda la opinión de que el sistema de salud estadounidense es de los primeros en adoptar la nueva tecnología médica. El precio relativo de los médicos y las enfermeras en Suecia es bajo comparado con el de los Estados Unidos, y las diferentes combinaciones de insumos revelan el grado en que los recursos humanos pueden sustituirse por otros insumos sanitarios.

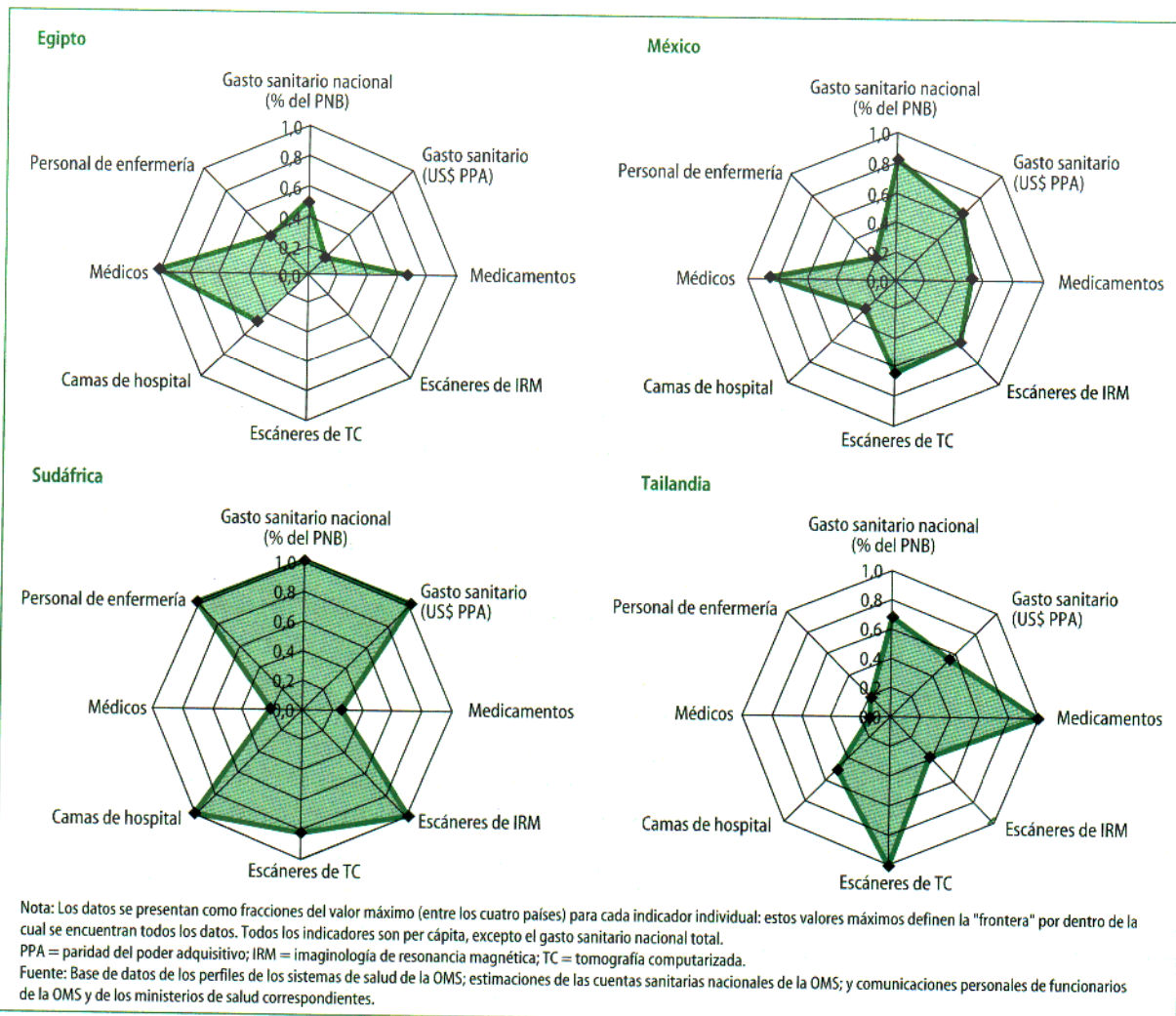
En la figura 4.3 se ilustran perfiles similares de recursos correspondientes a Egipto, México, Sudáfrica y Tailandia. Estos cuatro países de ingresos medianos gastan sustancialmente menos en todos los tipos de recursos de atención sanitaria que el grupo de países de ingresos altos. A semejanza de estos últimos, hay considerables contrastes en la combinación de recursos, y estas diferencias no parecen deberse principalmente a diferencias en los ingresos o los precios.

Sudáfrica tiene el valor máximo del grupo en lo que respecta a gastos, personal de enfermería, camas y escáneres de IRM, mientras que es el país más alejado de ese valor en lo que respecta a medicamentos y médicos (junto con Tailandia). Egipto tiene el gasto sanitario total per cápita más bajo del grupo, pero la razón más alta de médicos y el segundo nivel más alto de consumo de medicamentos. En Egipto, los pacientes pagan directamente de su bolsillo la mayor parte de los gastos en honorarios médicos y medicamentos. Se calcula que los médicos obtienen un 80% de sus ingresos por conducto de la práctica privada, y las familias financian cerca de 60% del costo total de medicamentos mediante pagos directos (2). Se han planteado dudas acerca de los niveles de aptitud de los médicos. Además, es generalizado el uso de medicamentos patentados en lugar de medicamentos genéricos. En parte, esta modalidad del uso de medicamentos se explica por el hecho de que los consumidores tienen poco conocimiento de los medicamentos genéricos y los ven con recelo, lo cual se combina con un amplio recurso a la automedicación. La prescripción poco racional de los médicos y la dispensación de medicamentos caros por los farmacéuticos son otros factores importantes que explican esta situación.

México tiene una elevada razón de médicos y, junto con Tailandia, la razón más baja de personal de enfermería dentro del grupo. Se calcula que en México cerca de 15% de los médicos no ejercen la profesión o están subempleados o desempleados (2). A pesar de la verificación de este excedente de recursos, hay un gran número de puestos vacantes de médico en las zonas rurales. En cambio, Sudáfrica y Tailandia tienen una razón de médicos muy baja. En realidad, las autoridades sanitarias tailandesas calculan que se necesitan como mínimo otros 10 000 médicos (2). La razón entre médicos y personal de enfermería revela grandes contrastes: en Sudáfrica el número de enfermeras es muy superior al de médicos, posiblemente debido a una mayor movilidad internacional de estos últimos; pero en Egipto y México se invierten las proporciones.

La distribución de los recursos disponibles entre las zonas urbanas y las rurales es un importante problema en los cuatro países de ingresos medianos, pero esto no se refleja en las cifras, que son solo promedios. Los médicos trabajan principalmente en los lugares que tienen los niveles sanitarios más elevados. La distribución de los recursos entre los grupos

Figura 4.3 Combinación de los insumos de los sistemas de salud en cuatro países de ingresos medianos, alrededor de 1997



étnicos es un problema particular en Sudáfrica. En Tailandia, la mayor parte del equipo de alta tecnología está concentrado en los hospitales urbanos, mientras que el uso de tecnología en la atención primaria es escaso. La mayoría de los casi 900 médicos que se forman anualmente en Tailandia permanecen en las zonas urbanas, y se prevé que persista la escasez de personal calificado en las zonas rurales.

CAMBIAR LAS MODALIDADES DE INVERSIÓN

La experiencia indica que hay dificultades políticas para cambiar las modalidades de inversión y los perfiles de recursos. Cada euro, bhat o kwacha que se gasta en la prestación de servicios o en inversiones en el sistema de salud representa un ingreso para alguien y, por consiguiente, da lugar a un interés creado (24). Si los ingresos son elevados, ese "alguien" ejercerá presiones políticas para obtener más recursos y opondrá resistencia a los cambios que sean incompatibles con sus intereses particulares. Ese cabildeo y esa resistencia provienen tanto de los sectores médicos como de los grupos sindicales. Los intentos de reformar los sistemas de pago a los proveedores de servicios de salud suelen suscitar intensas polémicas, al igual que los cambios en el sistema de ingreso a las facultades de medicina o en los programas educativos de estas. El cabildeo también lo ejercen los grupos de interés y los políticos. Las inversiones en atención sanitaria generalmente cuentan con el apoyo popular, por lo cual puede ser difícil reorganizarlas para lograr un nuevo equilibrio. Esto es lo que suele ocurrir aun en los casos en que existen grandes desequilibrios en relación con las prioridades sociales. Los intereses creados y el cabildeo en lo que se refiere a la distribución de los costos y beneficios son factores importantes en la inercia que es preciso superar para cambiar la estructura del capital y la combinación de insumos.

En los últimos decenios, la inversión en los sistema de salud se ha orientado predominantemente hacia los hospitales y la atención especializada. Además de las otras fuerzas opuestas a la atención primaria de salud, que se analizan en el capítulo 1, las decisiones de inversión también han sido un factor importante. La asignación de capital a inversiones en edificios hospitalarios no es la razón principal. Un factor más importante es que el énfasis en la atención especializada hizo necesario realizar inversiones en la contratación y capacitación de recursos humanos para atender los hospitales. Esa concentración en la atención hospitalaria condujo a un rápido aumento del número de camas. En los países de ingresos altos, el ritmo acelerado de los cambios tecnológicos acompañó e impulsó esta acumulación de camas, y dio lugar a una atención más intensiva y a un incremento de los costos. El envejecimiento de la población, y el consiguiente aumento de las tasas de utilización de los sistemas de salud por los ancianos, hicieron que persistiera esta presión para aumentar el número de camas.

En los países menos adelantados, el aumento del número de camas fue paralelo a cambios tecnológicos y aumentos de costos mucho más lentos, pero también coincidió con una atención menos intensiva, un inadecuado mantenimiento de los establecimientos y una menor calidad de los servicios debido a la falta de fondos para solventar los costos ordinarios (24). En muchos países de ingresos medianos y bajos, las tasas de ocupación en los hospitales públicos han sido bajas. En México, por ejemplo, se considera que en los hospitales de la Secretaría de Salud las tasas de ocupación han sido de 50% en promedio, debido a la insuficiencia de personal y al mantenimiento inadecuado, con la consiguiente ineficiencia en el uso de los recursos (25).

Durante los años noventa, muchos países comenzaron a reducir el tamaño del sector hospitalario, y muchos de los hospitales pequeños fueron cerrados o utilizados para otras

finalidades (recuadro 4.5). Como consecuencia del progreso técnico y los bajos costos de la atención ambulatoria, disminuyó el número de camas y se redujo la duración media de la estancia hospitalaria. Ante el cierre de hospitales pequeños y pabellones de urgencias y la reducción del número de camas, deberán formularse nuevas estrategias para responder a los cambios de la demanda. Los componentes fundamentales de esta estrategia serán una mayor integración entre los prestadores de servicios, el transporte de los pacientes, la mancomunación de recursos y el intercambio de información.

Dado que la demanda fluctúa, es necesario que haya cierto excedente de capacidad para absorber las fluctuaciones. La epidemia de influenza que se propagó arrasadoramente por Europa en 1999–2000 reveló que en muchos países, por ejemplo, en el Reino Unido, es limitado el excedente de camas de hospital para hacer frente a cambios súbitos en las necesidades sanitarias (26). En otros sectores (abastecimiento de electricidad, transporte público), los aumentos temporales de la demanda pueden atenderse fijando precios basados en la máxima demanda. Según se analiza con mayor detenimiento en el capítulo 3, el racionamiento por medio de los precios no es un mecanismo de asignación de recursos aceptable en el sistema de salud. El exceso de demanda que no pueda ser reprimido mediante la aplicación de precios más altos debe ser absorbido por otros medios de racionamiento, por ejemplo, aplazando los casos que no sean urgentes, transfiriendo pacientes, reduciendo la estancia hospitalaria o de otras maneras.

En los países con una estructura de planificación jerárquica, la asignación de recursos y la planificación de las inversiones generalmente se realiza por incrementos. El presupuesto del año anterior suele ser el punto de partida para la planificación del próximo año. Por lo común, no se ponen en tela de juicio las actividades en curso, lo que reduce considerablemente las posibilidades de que el país pueda orientarse hacia una asignación global de los insumos que sea más eficaz en función de los costos. El proceso de planificación puede describirse como un juego en el cual los ministerios que prestan los servicios (como los

Recuadro 4.5 Inversión en hospitales en los países de la antigua Unión Soviética antes de la reforma de las políticas

La mayoría de los recursos de atención sanitaria en la antigua Unión Soviética se controlaba de manera vertical desde los ministerios de salud. El gobierno central administraba las inversiones y la consiguiente acumulación de recursos en capital de equipo y humano. La estructura de la prestación de servicios estaba determinada por normas tales como el número de camas o médicos por cada 1000 habitantes. Como resultado, había una gran capacidad hospitalaria.

A comienzos de los años noventa, la razón de camas en la mayoría de los países de la antigua Unión Soviética era considerablemente mayor que en muchos países de Europa

occidental. El número de médicos por habitante, la mayoría de ellos asignados al sector hospitalario, también era alto en comparación con muchos países occidentales. Las estancias hospitalarias prolongadas y la moderada tasa de ocupación de las camas, especialmente en los hospitales pequeños, eran indicios de la ineficiencia del sistema. La deficiente calidad de los establecimientos y del equipo médico también menoscababa la eficacia de los servicios hospitalarios. Muchos de los hospitales de los distritos pequeños tenían no más de 4 a 5 m² por cama, y en algunos de los hospitales más pequeños no había servicios de radiología y la calefacción o el abastecimiento de agua eran inadecuados.

Por ejemplo, según una encuesta de 1989, en 20% de los hospitales rusos no había agua caliente corriente, en 3% no había siquiera agua fría corriente y 17% carecían de instalaciones de saneamiento adecuadas. La encuesta también reveló que uno de cada siete hospitales y policlínicas necesitaba reconstrucción básica. Una encuesta similar realizada en 1988 mostró una gran insuficiencia de inversiones en el mantenimiento de los hospitales y policlínicas; se consideró que 19% de las policlínicas y 23% de los hospitales estaban en situación "desastrosa" o requerían una reconstrucción total.

En los años noventa, la reducción del número y el uso de los hospitales

fue una parte esencial de las reformas. La conjunción del excedente de capacidad y la deficiente calidad de los recursos materiales había acabado por producir una importante distorsión en la combinación de insumos de estos países. En los casos en que los establecimientos no fueron cerrados, o destinados a casas de convalecencia u otras funciones, se los mejoró y utilizó más eficazmente en el sistema de envío de pacientes. En muchos casos, sin embargo, los cambios han sido moderados debido a dificultades políticas para transferir recursos de un destino a otro.

ministerios de salud) solicitan mayores recursos, mientras que los tesoreros tratan de mantener el gasto en el nivel anterior (27). Este enfoque suele ser aceptado debido a su sencillez, pero exige presupuestos cada vez más altos. Si los presupuestos siguen una tendencia decreciente, en realidad los ministerios deben analizar con sentido crítico la amplia gama de programas y actividades en curso y establecer prioridades con miras a una posible supresión o reducción de algunas actividades. Las burocracias públicas suelen tratar de mantener la situación prevaleciente reduciendo los costos en forma generalizada sin modificar las prioridades globales y sin tener en cuenta la necesidad especial de proteger determinadas zonas geográficas o subgrupos de población.

Los organismos tratarán, durante todo el tiempo que les sea posible, de mantener los gastos que consideran imprescindibles, como los sueldos, y de reducir los gastos que no perjudiquen de manera inmediata el desempeño del sistema de salud (22). Se retrasan las inversiones planificadas y se paralizan las construcciones. En la esperanza de que las crisis financieras duren poco tiempo, los sistemas de salud pueden disminuir su gasto en inversiones a largo plazo en capital humano y físico, e incluso en costos ordinarios de mantenimiento, medicamentos y otros bienes fungibles. Con el tiempo, esto limitará gravemente la capacidad del capital humano y el desempeño del sistema de salud. Las inversiones, por su naturaleza, tienden a ser más inestables que los gastos ordinarios: exigen un desembolso de gran cuantía y luego requieren gastos operativos más pequeños pero regulares. El aplazamiento por corto plazo o el recorte de las inversiones quizá sea la reacción apropiada ante una crisis, pero requiere tener en cuenta la situación global de los recursos de capital y los recursos ordinarios, así como la probable duración de la crisis. De lo contrario, la reducción ad hoc de las inversiones planificadas creará desequilibrios e ineficiencia.

EL CAMINO POR DELANTE

El mal desempeño, el deterioro de los establecimientos y la desmoralización del personal son síntomas claros de desequilibrios entre los recursos. A menudo, el capital humano capacitado se traslada al sector privado o hacia regiones más prósperas. Por su parte, el capital de equipo se deteriora de manera más visible. Los pacientes recurren al sector privado en busca de una atención de mejor calidad.

Independientemente del nivel de ingresos de un país, existen maneras eficaces de asignar los insumos del sistema de salud para que este funcione lo mejor posible. La combinación de recursos más eficaz variará con el transcurso del tiempo y de un país a otro, en función de los precios relativos de los insumos y las necesidades sanitarias y las prioridades sociales propias de cada país. En los países menos adelantados, sin duda será más difícil establecer prioridades, y el equilibrio entre las inversiones y los costos ordinarios tendrá una importancia más decisiva. Los sistemas de atención sanitaria afrontan grandes desafíos cuando se produce un cambio rápido en la tecnología o en los recursos financieros disponibles como resultado de turbulencias macroeconómicas. Si quienes adoptan las decisiones sanitarias no responden adecuadamente ante un cambio de esta naturaleza, el desempeño del sistema de salud distará de ser óptimo.

Por razones muy diferentes, tanto en los países desarrollados como en los menos adelantados se registran desequilibrios entre los insumos disponibles. Debido a los cambios tecnológicos rápidos en los servicios de salud, estos desequilibrios han sido la regla más que la excepción en los países desarrollados. Los problemas son mucho más visibles en los países menos adelantados, en los cuales el desequilibrio a menudo se produce debido a la falta de aptitudes administrativas y a la disminución de los recursos financieros disponi-

bles. Aunque probablemente existan ciertos desajustes incluso en sistemas de salud de adecuado funcionamiento, es mucho lo que podría hacerse para corregirlos rápidamente, o bien evitarlos.

Un primer paso es crear una conciencia general sobre el problema documentando los diversos recursos utilizados y el desempeño de los sistemas de salud. La disponibilidad de datos sólidos sobre el número y la distribución de los recursos humanos, especialmente cuando están vinculados a datos sobre el desempeño de los sistemas de salud, también puede facilitar la formulación de políticas y planes para resolver los problemas. En las figuras 4.2 y 4.3 se presentan algunos datos sobre insumos, que no reflejan la forma en que la combinación de insumos influye en el desempeño.

Las cuentas sanitarias nacionales constituyen un marco de mayor alcance que permite recopilar los datos sobre insumos y ofrecer información a los diversos interesados directos sobre las políticas de inversión futura. Estas cuentas presentan un panorama general que ayuda a los ministerios a orientar los servicios de atención sanitaria durante los procesos de reforma y en los momentos difíciles. Cuando a comienzos de los años noventa la economía de Finlandia entró en crisis ante la pérdida del mercado de exportación que representaba la Federación de Rusia, las autoridades sanitarias pudieron valerse de las cuentas sanitarias nacionales para restablecer la productividad en el sistema de salud.

Una información más adecuada sobre los costos y mejores sistemas de contabilidad también facilitarían el logro de un equilibrio entre los insumos, por ejemplo, al permitir cálculos presupuestarios más fiables. Con todo, una mayor conciencia de la situación y una mejor información general por medio de las cuentas sanitarias nacionales y de los sistemas de contabilidad no darán lugar a cambio alguno si paralelamente los responsables de las decisiones relativas a la atención sanitaria no asumen de manera general el compromiso de resolver los problemas fundamentales.

La mejor forma de respaldar este compromiso es mediante la combinación de la función rectora —supervisión y ejercicio de la influencia— con una mayor descentralización del proceso decisorio entre los compradores y los proveedores. Resulta esencial que haya una autoridad central que adopte las principales decisiones de inversión, pero esto no significa que todas las decisiones de esta naturaleza deban tomarse en forma centralizada. No obstante, la política y la orientación central, mediante un proceso de licitación o certificación, son necesarias para lograr la coordinación general de las decisiones de inversión públicas y privadas, y de estas con el financiamiento ordinario del sector público. El peor error es promover o permitir inversiones cuyo costo ordinario no pueda sufragarse. Seguirá siendo necesaria una política central en materia de medicamentos y registro de las tecnologías más importantes, la elaboración de listas de medicamentos esenciales y la formulación de directrices sobre tratamiento, la garantía de la calidad y las compras a granel. Los compradores y los proveedores deben tener incentivos y oportunidades para cuestionar los criterios predominantes en la asignación de los insumos a fin de hallar la mejor manera de responder a las necesidades sanitarias y a las prioridades y expectativas sociales. La aplicación de enfoques jerárquicos rígidos para equilibrar los recursos en general da lugar a cambios reactivos en lugar de cambios continuos, y es muy probable que se plantee comúnmente el problema de la conjunción de una escasez de insumos esenciales y la utilización solo parcial de determinadas partidas presupuestarias. No obstante, el proceso de adopción de decisiones por los proveedores de manera descentralizada debe controlarse y guiarse por medio de adquisiciones activas y mecanismos de pago apropiados para atender las prioridades generales. La descentralización de las decisiones en lo que respecta a los aspectos de pormenores de los servicios y los mecanismos de intervención también requiere nuevas

estrategias de recursos humanos e inversiones en la planificación y la capacitación gerencial a todos los niveles.

Sin una función rectora explícita en lo que respecta a las fuentes de los insumos y el seguimiento de los acontecimientos, las unidades descentralizadas dispondrán de una excesiva discrecionalidad que puede dar lugar a un comportamiento oportunista. Este tipo de comportamiento, ya sea en el ámbito de la autoridad central o a nivel descentralizado, también disuadirá a los organismos donantes de apoyar la descentralización, por ejemplo, mediante enfoques pansectoriales integrados y la mancomunación de los recursos financieros. También será una razón para que los receptores de ayuda desconfíen de los intentos de coordinación de los donantes (22). La descentralización no significa falta de responsabilización en el manejo de los recursos, como tampoco significa que el gobierno central deba abstenerse de intervenir en la planificación y el seguimiento. Más bien, debe concebirse con miras a establecer una mayor responsabilización y asignar al gobierno y los ministerios centrales una nueva función centrada en la reglamentación y el seguimiento general.

Como parte de esa nueva función, debe evaluarse la repercusión de las nuevas tecnologías médicas, y deben establecerse los procedimientos de reglamentación en consulta con los principales interesados directos. Para esta evaluación de las nuevas tecnologías es preciso disponer de documentación sobre las prácticas y usos en materia de recursos. Esto resalta aún más la importancia del seguimiento. En el caso de los países menos adelantados, los organismos donantes deben tener en cuenta los desequilibrios concretos o probables cuando formulen sus estrategias de apoyo. La información que proporciona el uso uniforme de las cuentas sanitarias nacionales constituye un buen punto de partida para una comprensión común de los desequilibrios existentes.

Tanto en los sistemas jerárquicos rígidos como en los sistemas descentralizados carentes de responsabilización, incentivos adecuados y rectoría, los desequilibrios entre los recursos serán más difíciles de corregir y prevenir. Este tipo de desequilibrios a menudo crean por sí mismos problemas enormes, y además provocan nuevos problemas al transmitir señales equivocadas al mercado de trabajo dedicado a la atención sanitaria y a la industria que apoya los servicios de salud. Los sistemas de salud eficaces en función de los costos que tienen un buen desempeño y responden a las necesidades sanitarias tomando como base las prioridades explícitas, ofrecen a la industria médica y a las facultades de medicina incentivos para invertir adecuadamente en investigación y desarrollo, en programas educativos e insumos físicos esenciales para mejorar la salud.

REFERENCIAS

1. Becker GS. *Human capital. A theoretical and empirical analysis with special reference to education*. 3rd ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1993.
2. Base de datos de la OMS sobre perfiles de los sistemas de salud.
3. Folland S, Goodman AC, Stano M. *The economics of health and health care*. New York: Macmillan Publishing Company; 1993.
4. Berckmans P. *Initial evaluation of human resources for health in 40 African countries*. Geneva: World Health Organization, Department of Organization of Health Services Delivery; 1999. (En preparación).
5. Ensor T, Savelyeva L. Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning* 1999;13(1):41-49.
6. Hicks V, Adams O. *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Issues in health services delivery, Discussion Paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8). (En prensa).

7. Egger D, Lipson D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Issues in health services delivery, Discussion Paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).
8. Uganda, Ministry of Public Service. *Public sector pay reform project, final report*. Accra, Uganda: Ministry of Public Service; 1999. (Base de datos de la Organización Mundial de la Salud sobre perfiles de los sistemas de salud.)
9. Weisbrod BA. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature* 1991;24:523–552.
10. World Health Organization. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen, Denmark: WHO; 1997. (European Series No. 72).
11. World Health Organization. *Action Programme on Essential Drugs*. Geneva: WHO; 1999.
12. World Health Organization. *Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational use*. Geneva: WHO; 1997. (Health economics and drugs, DAP Series No. 5).
13. Banta HD, Luce BR. *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
14. World Bank. *Medical equipment procurement manual*. Washington, DC: The World Bank; 1998.
15. World Bank. *Standard bidding documents: procurement of health sector goods*. Washington, DC: The World Bank; 2000.
16. Van Gruting CWD, ed. *Medical devices: international perspective, Part VIII – Geographical situations in central and east Europe*. Amsterdam: Elsevier; 1994.
17. Issakov A, Richter N, Tabakow S. Health care equipment and clinical engineering in central and eastern Europe. *New World Health* 1994;167–171.
18. World Bank. *Russian Federation medical equipment project*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Report No. 14968-RU).
19. International Finance Corporation. *Private hospital study*. Washington, DC: IFC; 1998.
20. World Health Organization. *The world health report 1999: making a difference*. Geneva: WHO; 1999.
21. Lee K. Symptoms, causes and proposed solutions. En: Abel-Smith B, Creese A, eds. *Recurrent costs in the health sector: problems and policy options in three countries*. Geneva: World Health Organization; 1989. (Documento WHO/SHS/NHP/89.8).
22. Walt G, et al. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning* 1999;14(3):207–218.
23. Anell A, Willis M. International comparison of health care resources using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78. (En prensa).
24. Reinhardt U. *Accountable health care: is it compatible with social solidarity?* London: The Office of Health Economics; 1997.
25. Barnum H, Kutzin J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1993.
26. The health service: bedridden. *The Economist* 15 January 2000: 31–34.
27. Wildavsky A. *Budgeting: a comparative theory of budgetary processes*. Boston: Little, Brown & Co.; 1975.

