

CAPÍTULO 3

Servicios de salud: ¿se seleccionan adecuadamente y están bien organizados?

El objetivo de los servicios sanitarios es proteger o mejorar la salud. La eficacia con que se logra ese objetivo depende de los servicios que se prestan y de la manera en que están organizados. Los recursos deberán emplearse en intervenciones de eficacia conocida y de conformidad con las prioridades nacionales o locales. Dado que los recursos son limitados, siempre habrá cierta forma de racionamiento, pero el precio no deberá ser el criterio principal para determinar quién recibe asistencia y de qué tipo. Tanto las burocracias jerárquicas como los mercados fragmentados y desregulados presentan graves defectos en la manera en que organizan los servicios: la integración flexible de proveedores autónomos o semiautónomos de atención sanitaria puede mitigar los problemas.

3

SERVICIOS DE SALUD: ¿SE SELECCIONAN ADECUADAMENTE Y ESTÁN BIEN ORGANIZADOS?

DEFICIENCIAS ORGANIZATIVAS

Dado que el principal objetivo de un sistema sanitario es mejorar la salud de la población, su función primordial es prestar servicios de salud. Las otras funciones también son importantes, en parte porque contribuyen a la prestación de servicios. Por consiguiente, el sistema presenta una gran deficiencia cuando las poblaciones que se beneficiarían de intervenciones sanitarias eficientes y a costos razonables no tienen acceso a ellas. A veces esto se debe a que los proveedores de servicios carecen de las aptitudes adecuadas, o a la falta de medicamentos y equipo: esto es resultado de deficiencias de capacitación y de inversión, como se analiza en el capítulo 4, o de deficiencias en el proceso de compras, como se analiza en el presente capítulo y en el 5. A veces los servicios no se prestan a los beneficiarios potenciales porque los precios son un obstáculo: esto es consecuencia de la falta de financiamiento justo de estos servicios, como se analiza en el capítulo 5. Sin embargo, a menudo se observan deficiencias en la prestación de servicios debido a la organización imperfecta del sistema de salud, aun cuando existan los insumos necesarios y el respaldo financiero sea suficiente y esté distribuido en forma equitativa. Este tipo de deficiencias organizativas puede ser el reflejo de arreglos erróneos entre las diferentes partes que intervienen en la prestación de servicios, lo que a su vez genera incentivos perversos e induce a elecciones erróneas en cuanto al tipo de servicios que se van a prestar, las personas que tendrán acceso a ellos, o la manera de racionarlos cuando no sea posible satisfacer las necesidades o los deseos de todos. En este capítulo se considera la manera de seleccionar los servicios que se van a suministrar, así como la forma de organizar la prestación de servicios y de establecer incentivos apropiados para los proveedores.

El ejemplo que se presenta a continuación, que no resulta nada raro, ilustra las complejidades de la organización de la prestación de servicios. Una mujer de pocos recursos camina hasta un puesto de salud rural del gobierno con su bebé enfermo. En el puesto no hay médico y faltan medicamentos, pero una enfermera le entrega un estuche de rehidratación oral y le explica cómo utilizarlo, aclarándole que debe regresar en un par de días si el bebé sigue con diarrea. La enfermera recibe únicamente a media docena de pacientes ese día. Mientras tanto, en el servicio de consulta externa de un hospital comunitario que se encuentra a una hora de carretera, esperan varios cientos de pacientes. Los médicos examinan rutinariamente a algunos de ellos y les entregan una prescripción que les permite

obtener medicamentos en el dispensario del hospital. Cuando llega la hora de cierre de la consulta, aunque todavía es temprano, se les dice a los pacientes que no han sido recibidos que deben regresar al día siguiente, pero no se les da cita. Algunos de los médicos salen apresurados y se dirigen a trabajar en una casa de convalecencia o en una clínica privadas para complementar su sueldo.

El bajo nivel de remuneración de los médicos, la ausencia de personal más calificado y la falta de medicinas en el puesto de salud puede atribuirse a la ligera al hecho de que se gasta demasiado poco. Pero no puede atribuirse a la carencia de recursos la mala distribución de estos entre el puesto de salud y el hospital, la baja productividad de la enfermera, la subutilización del hospital cuando la consulta externa cierra temprano, el hecho de no exigir a algunos médicos que se queden de guardia en un horario más amplio, y el tiempo que pierde la gente esperando o la necesidad de regresar otro día porque no existe un sistema de citas. Estos problemas reflejan deficiencias de asignación de prioridades y de organización, tanto en las inversiones iniciales y en la capacitación como posteriormente en la prestación de servicios o en la falta de ella. Si el caso citado tiene un final feliz para la madre y el bebé, solo se debe a que el niño fue afortunado al tener solo diarrea y no malaria ni ningún otro trastorno que la enfermera pudo no haber reconocido o no haber sabido tratar, o que exigía un tratamiento que la madre debió haber pagado de su bolsillo. La atención sanitaria limitada, pero gratuita, también puede ser la razón por la que la madre se dirige a un establecimiento público y no a una de las farmacias privadas o a los curanderos tradicionales, donde acuden muchísimas personas.

En este capítulo se analiza la manera de establecer las prioridades que deberían atender los sistemas de salud, así como las opciones y los mecanismos que intervienen en el racionamiento a fin de que se respeten las prioridades. Se consideran luego los factores organizativos que ayudan a cerciorarse de que la población tenga acceso a los servicios adecuados en el momento adecuado.

LAS PERSONAS DEBEN SER EL CENTRO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La anécdota de la madre y el bebé ilustra otro hecho sobre los sistemas de salud: la prestación de servicios constituye el encuentro más directo entre personas, en su carácter de proveedores o de usuarios de las intervenciones. Pero las personas desempeñan otros papeles además de estos dos, tal como se ilustra en la figura 3.1. En el centro de la prestación de servicios se encuentra el paciente, cuando se trata de intervenciones clínicas, o la población afectada, en el caso de los servicios de salud pública que no son personales. Las personas son además consumidores, porque se comportan en formas tales que influyen en su salud, incluidas sus opciones para recurrir a los servicios de atención sanitaria y utilizarlos. El consumidor puede ser el paciente mismo, o alguien que actúa en su nombre, por ejemplo su madre, o simplemente una persona que toma decisiones sobre el régimen alimentario, el modo de vida y otros factores que determinan la salud.

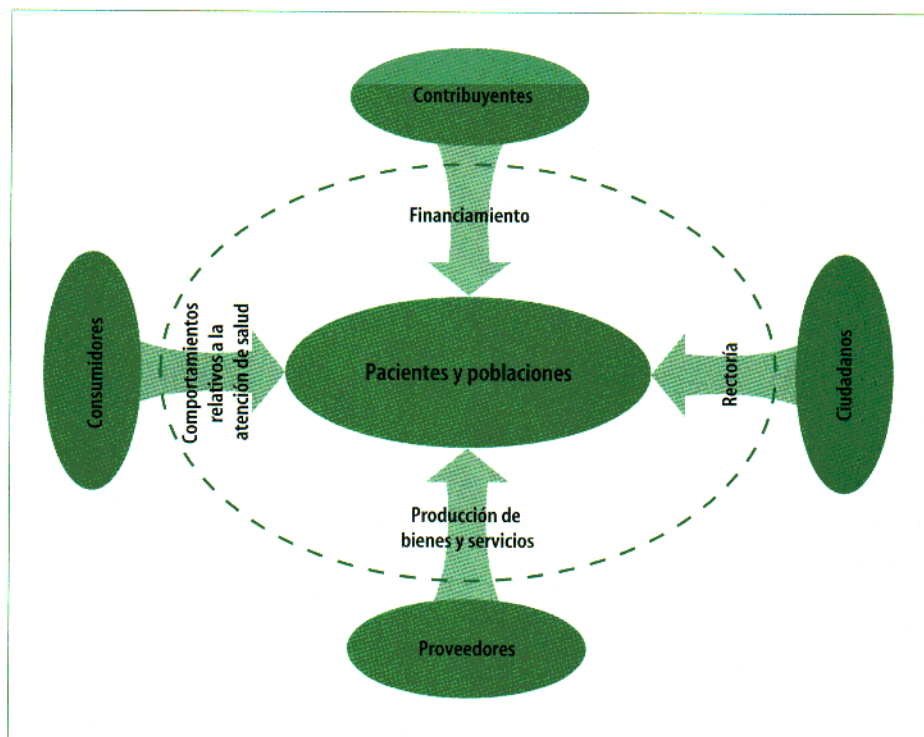
Ocasionalmente se combinan en la misma persona y en el mismo momento los papeles de consumidor, paciente y proveedor, lo que ocurre cuando una mujer da a luz con poca o ninguna atención. Cada minuto, dan a luz miles de mujeres en todo el mundo. En los países con baja atención del parto por personal capacitado (9% en Nepal, 8% en Bangladesh y Etiopía, 5% en Guinea Ecuatorial, 4% en Gabón y Mauritania, y 2% en Somalia), los partos generalmente son atendidos por familiares u otras personas sin pre-

paración formal. Aun cuando se trate de un nacimiento por operación cesárea con un prestador de servicios capacitado, la mujer debe participar activamente en el parto y en la recuperación del puerperio.

A menudo las opciones que escogen las personas, sobre todo cuando se trata de buscar atención sanitaria, están determinadas por la capacidad de respuesta del sistema, como se describe en el capítulo 2. La utilización de los servicios de salud no depende únicamente de la percepción de la necesidad por parte del consumidor ni de la probabilidad de beneficiarse de un servicio. Si bien existen acusadas diferencias entre las sociedades, los principios básicos de las relaciones éticas entre el proveedor y el paciente suelen incluir elementos similares de consentimiento, confidencialidad, discreción, veracidad y fidelidad (1). La mención de los elementos de dignidad, autonomía y confidencialidad inherentes a la capacidad de respuesta y al “respeto a la persona” subraya la importancia del ser humano como beneficiario del servicio de salud, y no simplemente como paciente.

Otro papel que desempeñan las personas es el de contribuir al financiamiento del sistema. Millones de personas pobres pagan todos los servicios que reciben cuando se enferman. En los sistemas de salud con mecanismos de contribuciones más justos, las personas que no están enfermas son las que más contribuyen al financiamiento del sistema mediante el pago de impuestos o cuotas a los seguros de salud, de manera que el que contribuye puede o no ser el paciente o el consumidor. Por último, en su carácter de ciudadanos —y particularmente como funcionarios cuyo cometido es representar a los ciudadanos y proteger sus intereses— las personas participan en el sistema con una función rectora. Así como tienen que cumplirse las cuatro funciones para que el sistema funcione bien, las personas

Figura 3.1 Las múltiples funciones de las personas en los sistemas de salud



tienen que desempeñar todos estos papeles para que los beneficios potenciales alcancen exactamente a los pacientes y las poblaciones.

Las personas actúan como proveedores, consumidores, contribuyentes y rectores del sistema de salud durante su vida laboral adulta. En cambio, pueden asumir el papel de pacientes en cualquier momento desde antes del nacimiento hasta su muerte. La necesidad de prestar servicios a personas de todas las edades complica sobremanera la elección de los servicios que deberán privilegiarse y el modo de organizarlos, porque las personas están expuestas a diferentes riesgos según la edad, y la prioridad que se asigne a una intervención en particular es, al menos en parte, también una prioridad para ese grupo de edad. Estas diferencias son las que transforman una transición demográfica —una mortalidad más baja y una vida más larga— en una transición epidemiológica, es decir, una modificación en la importancia relativa de diferentes amenazas para la salud, en particular un cambio de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles.

Además de la variación que corresponde a la edad, existen notables diferencias en los perfiles de las enfermedades en las regiones, los países y los grupos específicos de la población. Por ejemplo, en África las enfermedades infecciosas representan casi 70% de la carga de morbilidad, como se observa en el cuadro 4 del anexo. En Europa, representan menos de 20%. Los pobres padecen más enfermedades infecciosas que los ricos (2), pero en los próximos 20 años incluso los pobres serán vulnerables a enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares vinculados con el tabaquismo (3). Parecería natural centrar las opciones de los sistemas de salud en las causas que representan una proporción amplia de la carga de morbilidad, ya sea porque afectan a grandes sectores de la población o porque provocan pérdidas sustanciales de salud en cada víctima.

Sin embargo, todo lo que los sistemas de salud pueden realmente *hacer* es prestar determinados servicios o realizar ciertas intervenciones. Aun cuando la primera opción es concentrarse en una o varias enfermedades determinadas, sigue siendo necesario decidir qué hacer, es decir, qué intervenciones específicas deberán destacarse. El número de intervenciones disponibles excede en gran medida el número de enfermedades, y la estrategia adecuada para el control de las enfermedades puede depender de una sola intervención o de una combinación de varias actividades. Para complicar aún más las cosas, una intervención dada puede ser eficaz contra más de una enfermedad o causa, porque funciona sobre un factor de riesgo o un síntoma común. Esto es particularmente válido cuando se trata de actividades de diagnóstico: la toma de muestras sanguíneas o la utilización de rayos X u otras técnicas de imagen pueden ser apropiadas para una gran variedad de problemas. Por consiguiente, al hacer hincapié en una intervención, o al invertir en los insumos necesarios para proporcionarla, los esfuerzos no se centran en forma automática solamente en una enfermedad. Al establecer las prioridades también es necesario decidir para qué deberá emplearse una intervención concreta.

La gama de enfoques de diagnóstico y las intervenciones médicas y quirúrgicas para muchos trastornos de salud es extensa y probablemente se amplíe de modo significativo en los próximos decenios. Esto significa que es necesario diseñar y poner en práctica los servicios de manera tal que permitan la innovación y la adaptación a los nuevos desafíos e intervenciones sanitarias, y al mismo tiempo respondan a las necesidades de las personas de diferentes edades, ingresos, hábitos y riesgos para la salud. Ningún sistema de salud puede satisfacer todas esas necesidades, ni siquiera en los países ricos. Por consiguiente, deberá realizarse una selección consciente de los servicios que habrán de privilegiarse, porque de lo contrario los servicios prestados pueden guardar poca relación con un criterio razonable que defina lo que es más importante.

SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES: CÓMO LOGRAR QUE LOS RECURSOS DEN EL MÁXIMO RENDIMIENTO EN MATERIA DE SALUD

Los antiguos griegos creían que *Esculapio*, el dios de la medicina, tenía dos hijas: una de ellas, *Higia*, era responsable de la prevención, en tanto que la otra, *Panacea*, era responsable de la curación (4). Si bien algunas actividades preventivas se aplican a nivel individual —la inmunización es el ejemplo más claro—, la distinción entre la prevención y la curación o el tratamiento guarda correspondencia estrecha con la diferencia entre las intervenciones de salud pública dirigidas a toda la población y las intervenciones clínicas dirigidas a un individuo. Dado que suele haber demanda de este último tipo de intervenciones pero puede no haberla del primer tipo, una de las tareas principales para decidir qué servicios deberán privilegiarse es encontrar el equilibrio entre las actividades de salud pública y las clínicas (5).

Si se exige al sistema sanitario que obtenga el mayor nivel posible de salud con los recursos que se le han asignado, se le está pidiendo que tenga la mayor eficacia posible en función de los costos. Esta es la base para hacer hincapié en las intervenciones más redituables y asignar menos prioridad a aquellas que, aun cuando sean de ayuda en el plano individual, representan una contribución pequeña por cada unidad de recursos gastados para el mejoramiento de la salud de la población. Esta es la base que va implícita en la medida del desempeño con respecto a la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad que se presenta en el capítulo 2 y en el cuadro 10 del anexo. En lo que se refiere al nivel de salud, la eficiencia en la asignación del sistema podría mejorarse transfiriendo recursos de las intervenciones ineficaces a las que son eficaces en función de los costos (6). Esto puede redundar en enormes ganancias, porque el perfil actual de intervenciones incluye algunas que cuestan mucho y resultan en pocos años adicionales de vida. Por ejemplo, un conjunto de 185 intervenciones financiadas con recursos públicos en los Estados Unidos costó aproximadamente US\$ 21 400 millones por año, con un ahorro estimado de 592 000 años de vida (considerando únicamente las muertes prematuras que se evitaron). Si se reasignaran estos fondos a las intervenciones más eficaces en función de los costos podrían salvarse 638 000 años de vida adicionales, siempre y cuando se llegara a todos los beneficiarios potenciales. A nivel de servicios específicos, el costo por año de vida ahorrado puede ser de solo US\$ 236 para el tamizaje y el tratamiento de los recién nacidos con anemia de células falciformes o de hasta US\$ 5,4 millones para el control de emisión de radionúclidos (7). En los países pobres, todos los números absolutos serán de menor magnitud, pero la razón entre las intervenciones más eficaces y las menos eficaces en función de los costos puede seguir siendo muy elevada.

La combinación del cálculo de los costos con medidas de eficacia de las intervenciones y su utilización para determinar prioridades es un concepto muy reciente. Los primeros estudios en los que se emplearon estas técnicas en los países en desarrollo analizaban principalmente la eficacia en función de los costos de programas específicos de control de enfermedades (8–13). Este tipo de investigación se amplió tras la publicación del *Informe sobre el desarrollo mundial* del Banco Mundial en 1993 (14) y de estudios subsiguientes de la OMS (15). En el cuadro 3.1 se presentan ejemplos de intervenciones que, si se ponen en práctica correctamente, pueden reducir en forma sustancial la carga de morbilidad, en especial entre los pobres, y a un costo razonable en relación con los resultados. Los servicios también pueden clasificarse según su importancia en la carga de morbilidad de grupos específicos de edad y sexo, y su eficacia en función de los costos para esos grupos (14).

Lo ideal es que los servicios dotados de estas virtudes sean también económicos, de manera que puedan utilizarlos grandes poblaciones beneficiarias y sus costos totales sigan siendo razonables. Sin embargo, no hay garantía alguna de que el costo reducido por cada vida salvada o por cada año de vida sana ganado signifique un bajo costo por persona: algunas intervenciones que son eficaces en función de los costos pueden ser muy onerosas, y se presentan grandes variaciones entre un servicio de salud y otro para la misma enfermedad. Esto es evidente en el caso de la malaria, en el que dos intervenciones con la misma eficacia en función de los costos —profilaxis con cloroquina y dos rondas anuales de rocia-

Cuadro 3.1 Intervenciones con un gran impacto potencial en los resultados sanitarios

Ejemplos de intervenciones	Contenido principal de las intervenciones
Tratamiento de la tuberculosis	Tratamiento acortado directamente observado (DOTS): administración de quimioterapia breve normalizada a todos los pacientes de tuberculosis confirmados mediante baciloscopia positiva en el esputo, bajo supervisión en la etapa inicial (2 a 3 meses)
Salud materna y maternidad sin riesgo	Planificación familiar, asistencia prenatal y durante el parto, parto higiénico y sin riesgos atendido por personal capacitado, asistencia en el puerperio y atención obstétrica esencial en los embarazos de alto riesgo y los casos con complicaciones
Planificación familiar	Información y educación; disponibilidad y uso correcto de anticonceptivos
Salud escolar	Educación sanitaria e intervenciones de nutrición, incluido el tratamiento con antihelmínticos, administración de suplementos de micronutrientes y reparto de comidas escolares
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia	Manejo de casos de infecciones respiratorias agudas, diarrea, malaria, sarampión y malnutrición; vacunación, orientación sobre alimentación/lactancia, administración de suplementos de micronutrientes y hierro, tratamiento con antihelmínticos
Prevención de la infección por el VIH/sida	Información focalizada para los trabajadores del sexo, concientización mediante educación de masas, orientación, tamizaje, tratamiento masivo de enfermedades de transmisión sexual, suministro de sangre segura
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	Manejo de casos basado en el diagnóstico sindrómico y usando un algoritmo uniforme de tratamiento
Vacunación (PAI Plus)	BCG al nacimiento; vacuna antipoliomielítica oral al nacimiento y a las 6, 10 y 14 semanas; vacuna triple DPT a las 6, 10 y 14 semanas; vacuna contra la hepatitis B al nacer y a los 6 y 9 meses (optativa); vacuna antisarampión a los 9 meses; TT a mujeres en edad reproductiva
Malaria	Manejo de casos (evaluación temprana y tratamiento oportuno) y ciertas medidas preventivas (por ej., mosquiteros impregnados con insecticidas)
Control del tabaquismo	Impuesto al tabaco, información, sustitución de nicotina, medidas jurídicas
Enfermedades no transmisibles y lesiones	Tamizaje temprano en algunos casos, y prevención secundaria

do de insecticidas— difieren enormemente en el costo que entrañaría aplicarlas a toda la población afectada de un país africano de bajos ingresos (16). Las diferencias de costos son aún mayores cuando se trata de intervenciones para combatir una infección.

Pero también es válido lo contrario: las intervenciones sanitarias pueden ser ineficaces en función de los costos aun cuando no cuesten mucho y tengan por objeto beneficiar a gran cantidad de personas. Por ejemplo, muchos proveedores de servicios siguen recurriendo a los antibióticos para tratar enfermedades víricas, aunque se sabe que este tratamiento es ineficaz. Incluso en los países ricos existe la necesidad de verificar que los servicios de salud sigan concentrando su interés en facilitar intervenciones de salud pública y clínicas eficaces y asequibles. En los países de ingresos bajos, donde toda la gama y el costo de las posibles intervenciones superan significativamente los recursos disponibles, este despilfarro priva a otros pacientes de un tratamiento crucial.

De lo anterior se desprende que el análisis de la eficacia en función de los costos es esencial para determinar cuáles son los servicios que producirán la mayor ganancia sanitaria con los recursos de los que se dispone, pero tiene que aplicarse a intervenciones individuales y no a enfermedades o causas en forma amplia. Esto significa que deberá evaluarse un gran conjunto de intervenciones. En todas las sociedades, con excepción de las más ricas, el costo y el tiempo que exige dicha evaluación pueden ser prohibitivos. Por otra parte, este tipo de análisis tal como se practican actualmente, a menudo no logra determinar la mala asignación actual de los recursos porque se centra en la evaluación de nuevas tecnologías y no tiene en cuenta la distribución actual de bienes y actividades productivos (6).

Los costos de las intervenciones también varían mucho según el país, el contexto y el modo de intervención (17). Una generalización simplista podría dar lugar a graves errores de planificación y aplicación de intervenciones que de otra manera podrían ser eficaces. Aun cuando cubran un número relativamente pequeño de intervenciones, se necesitan estudios individuales en países o poblaciones concretas para evitar cometer esos errores. En Guinea, por ejemplo, se han estudiado 40 intervenciones, seleccionadas en parte sobre la base de estudios más generales efectuados en otros países, pero con información local detallada para confirmar qué sería realmente lo más apropiado en ese país (18).

Las variaciones en los costos y resultados de las distintas intervenciones cobran particular importancia cuando una combinación de varias intervenciones puede resultar adecuada contra una enfermedad específica. Retomando el ejemplo de la malaria, a bajos niveles de gasto sanitario en un país con una alta carga de esa enfermedad, la atención de casos y la profilaxis de las embarazadas serían muy eficaces en función de los costos, y asequibles (16). Con mayor disponibilidad de recursos, podrían añadirse mosquiteros impregnados de insecticidas, lo que evitaría que se presentasen nuevos casos pero elevaría el costo por unidad de beneficio de salud ganada. Una sola estimación de la eficacia en función de los costos del control de la malaria podría llevar a concluir erróneamente que este tipo de control no es asequible, por ejemplo, si la estimación para un país de ingresos bajos se basa en un programa en el que se combinan todas las opciones técnicamente factibles. En general, la combinación de servicios más eficaz en función de los costos depende de los recursos disponibles. Esa relación, por supuesto, no determina el nivel apropiado de gasto para el control de la malaria, que depende de los recursos financieros que pueda asignar el país, teniendo en cuenta las demás prioridades y problemas sanitarios. En particular, no cabe suponer que deberá gastarse únicamente el monto correspondiente a una o varias de las intervenciones más económicas; gastar más y emplear una estrategia combinada podría redundar en ganancias sanitarias mucho mayores.

El uso inadecuado del análisis de la eficacia en función de los costos también puede dar lugar a una grave subestimación del costo real del control si el cálculo se basa en los costos y en la eficacia de un solo tipo de intervención, pero en realidad se utilizaron varias intervenciones. Muchos factores pueden alterar la eficacia real en función de los costos de un programa de intervención dado durante su puesta en práctica: la disponibilidad, la combinación y la calidad de los insumos (especialmente personal capacitado, medicamentos, equipo y artículos de consumo); los precios locales, sobre todo los costos de la mano de obra; la capacidad de ejecución; las estructuras y los incentivos de organización subyacentes, y el marco institucional de apoyo (17, 19).

Todos estos obstáculos significan que, aun con el único criterio de la eficacia en función de los costos, el análisis del potencial de un sistema de salud para obtener mayores beneficios sanitarios con los recursos que asigna debe comenzar por la capacidad, las actividades y los resultados actuales, y considerar qué pasos pueden darse *desde ese punto de partida* para añadir, modificar o eliminar servicios. Es probable que esto tenga profundas implicaciones para la inversión si es poco lo que puede modificarse simplemente al reorientar el personal, los establecimientos y el equipo existentes (20).

SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES: ¿QUÉ OTRA COSA ES IMPORTANTE?

La eficacia en función de los costos, en sí, cobra importancia para lograr la mejor salud en un sentido general, pero no necesariamente para la segunda meta sanitaria que es la de reducir la desigualdad. Las poblaciones cuya salud es inferior al promedio pueden responder menos favorablemente a una intervención, o puede ser mayor el costo de llegar a esa población o de tratarla, de manera que uno de los problemas de la distribución implica la disposición a sacrificar algunos beneficios sanitarios globales en favor de otros criterios. En términos más generales, la eficacia en función de los costos es solo uno de por lo menos nueve criterios que podrá pedirse a un sistema de salud que se respete. Un sistema de salud deberá proteger a la población del riesgo financiero, y ser congruente con la meta de una contribución financiera justa. Esto significa que el costo importa, y no únicamente su relación con los resultados sanitarios, ya sea que se trate de dineros públicos o privados. Un sistema de salud deberá procurar lograr una equidad horizontal y vertical, es decir, tratar de manera equitativa a todos los que tienen la misma necesidad sanitaria, y dar preferencia a aquellos con las mayores necesidades, para respetar la meta de reducir las desigualdades en materia de salud. Y deberá procurar no solo que los sanos subsidien a los enfermos, como cualquier mecanismo de pago anticipado puede hacerlo en parte, sino también que la carga del financiamiento se distribuya de manera justa, para que quienes dispongan de más recursos económicos subsidien a los que están en situación más desventajosa. En general, esto exige una erogación de fondos públicos en favor de los pobres.

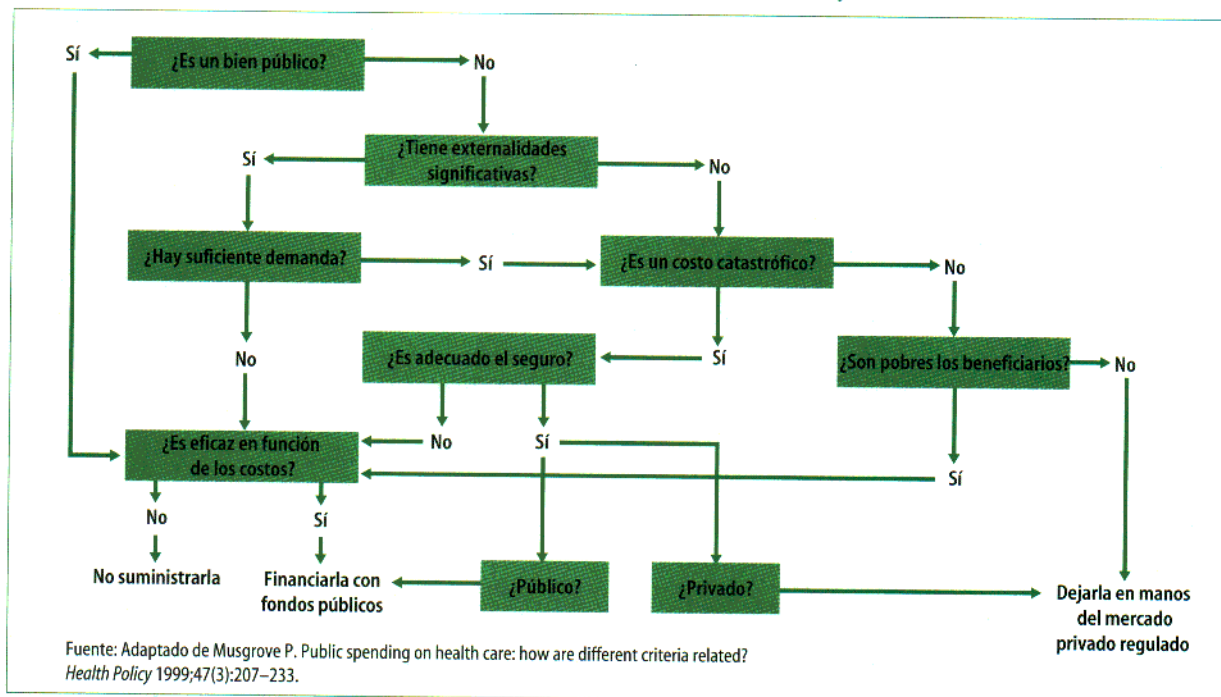
Los dineros públicos constituyen la principal vía, si no es que la única significativa, de costear los bienes públicos —en este caso, las intervenciones que los mercados privados no ofrecen porque los compradores no pueden gozar de todos los beneficios— y no pueden quedar excluidas las personas que no pueden comprarlos. Lo mismo ocurre cuando se trata de bienes parcialmente públicos con grandes externalidades, es decir, una extensión de los beneficios a los no usuarios. La demanda privada de estos servicios generalmente será insuficiente. Las intervenciones de esta índole son más importantes en el control de enfermedades transmisibles, donde el tratamiento de un caso puede evitar que se produzcan muchos otros, especialmente cuando se trata al medio ambiente y no a una persona

determinada. Los analistas y los encargados de tomar las decisiones también señalan, correctamente, que las decisiones relativas a la asignación de recursos que tengan que ver con todo el sistema de salud deberán tomar en consideración inquietudes sociales, tales como la prioridad que merecen los enfermos graves y la promoción del bienestar de las generaciones futuras. En la figura 3.2 se resumen las opciones del gasto público o de los fondos asignados públicamente, y se indica cómo deberán considerarse en secuencia los diferentes criterios y cómo pueden utilizarse para determinar si vale la pena o no adquirir una intervención. Esta forma de establecer prioridades pone aún más de relieve la meta de los resultados sanitarios y la de la equidad financiera; además, subraya la importancia de las actividades de salud pública pues empieza con intervenciones que son bienes públicos o cuasipúblicos.

Hacer caso omiso de esos otros criterios y utilizar solamente la carga de morbilidad y la eficacia en función de los costos como método para determinar prioridades, puede conducir a quienes abogan por diferentes intervenciones a una “carrera para llegar al fondo del barril”, es decir, cada uno trata de demostrar que su programa logra un beneficio mayor o cuesta menos que los demás, a veces sin tener en cuenta toda la gama de factores que complican la situación. Esto a menudo induce a subestimaciones del costo real de los programas y a su subsiguiente fracaso durante la ejecución debido a la escasez de recursos.

Un enfoque demasiado estrecho también soslaya la importante función que deberá desempeñar el sector público en la protección de los pobres y en la resolución de las fallas del mercado en el sector de los seguros, es decir, la tendencia de las aseguradoras a excluir precisamente a las personas que más necesitan los servicios porque tienen un riesgo de enfermedad mayor que el normal. Muchas familias, en algún momento, se enfrentarán con un problema de salud poco frecuente para el cual existe una intervención eficaz pero de alto costo. Las que cuentan con los medios podrán recurrir al sector privado y recibir la

Figura 3.2 Preguntas que deberán formularse para decidir qué intervenciones financiar y suministrar



atención que necesitan; pero sin alguna forma de seguro organizado esta opción suele ser demasiado costosa para los pobres, que se dirigirán como último recurso a un hospital público. A menudo esto provoca un uso inadecuado y excesivo de la atención hospitalaria y socava la función de financiamiento que deben desempeñar los sistemas de salud.

Los sistemas de salud siempre prestan servicios que corresponden a distintos criterios. La frontera de lo posible que define el desempeño relativo refleja este hecho, porque se basa en los resultados reales en relación con el gasto sanitario y el capital humano. Un sistema de salud concebido y operado únicamente para que sea eficaz en función de los costos podría también traducirse en una esperanza promedio de vida mucho más larga, en una mayor igualdad o en ambas cosas, pero correspondería mucho menos a lo que la gente desea y espera.

Lo que dificulta en especial el establecimiento de prioridades entre las distintas intervenciones y beneficiarios de los servicios de salud es que los diferentes criterios no siempre son compatibles. Concretamente, la eficiencia y la equidad pueden fácilmente entrar en conflicto, porque los costos del tratamiento de un problema sanitario dado difieren de una persona a otra, o porque la gravedad de una enfermedad guarda poca relación con la eficacia de las intervenciones para combatirla o con el costo de estas. La eficacia en función de los costos nunca es la *única* justificación para la erogación de recursos públicos, pero es la prueba que debe pasarse más a menudo para decidir qué intervenciones se van a adquirir. Y podrá hacerse a un lado únicamente cuando los costos sean bajos y los beneficiarios no sean pobres, de manera que puedan juzgar por sí mismos el valor de una adquisición concreta y se pueda dejar que el mercado atienda esa necesidad; o cuando la protección contra el costo catastrófico sea la consideración primordial y los mecanismos de pago anticipado puedan proteger contra ese riesgo. La determinación de prioridades para un sistema de salud se basa en una serie de criterios técnicos, éticos y políticos y está siempre sujeta a modificaciones como resultado de la experiencia en la ejecución, la reacción del público y la inercia del financiamiento y la inversión (21).

SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES: ¿QUÉ ES NECESARIO SABER?

Para establecer prioridades de una manera realista se requiere una gran cantidad de información, comenzando con datos epidemiológicos. Recientemente se registró un gran avance en la comprensión de las características mundiales de la salud y las enfermedades (14, 15, 22), en particular el análisis de los factores de riesgo que influyen a la vez en varias enfermedades. Los más importantes son la malnutrición infantil y las carencias en materia de abastecimiento de agua y saneamiento. Cabe mencionar también otros factores de riesgo importantes, tales como las prácticas sexuales de riesgo, el alcoholismo, la contaminación en lugares cerrados, el tabaquismo, los peligros ocupacionales, la hipertensión arterial y la falta de actividad física. Los servicios de salud pública deberán tratar de atender los factores de riesgo que son evitables, teniendo en cuenta el contexto local. Por ejemplo, el origen de la malnutrición varía enormemente de un país a otro y de una región a otra. En el África subsahariana y en Asia meridional, el problema suele ser una combinación de carencia de micronutrientes y una escasez absoluta de calorías. En Europa central y oriental, a menudo la malnutrición se debe al consumo de "calorías de mala calidad" (es decir, un régimen alimentario con excesivo contenido de grasas y almidones refinados) más que a la "falta de calorías". Por consiguiente, las actividades de salud pública variarán según los factores de riesgo y las condiciones de morbilidad locales.

Si bien se cuenta con buena información sobre las características nacionales de los riesgos y las enfermedades hoy en día, son pocos los países que desglosan esta información por niveles de ingresos, sexo o grupos vulnerables, tales como los discapacitados, las poblaciones étnicas minoritarias y los ancianos de salud delicada. Son menos aún los países que tienen información sobre el comportamiento de búsqueda de atención de salud de estos grupos o sobre la utilización de los establecimientos de atención sanitaria. Si no se cuenta con dicha información, es difícil evaluar la eficacia de las intervenciones, porque una misma intervención puede tener efectos muy diferentes cuando se aplica a poblaciones diferentes.

El gobierno necesita saber cómo influir en el comportamiento de búsqueda de atención de salud de los grupos destinatarios de la población que necesitan asistencia. Por ejemplo, las variaciones entre distintos grupos en lo que se refiere a la mortalidad de los niños menores de 5 años son particularmente acusadas en el Brasil, Nicaragua y Filipinas, en tanto que en Ghana, Pakistán y Viet Nam estas diferencias son mucho menores. Esto pone de manifiesto la necesidad de hacer mayor hincapié en la equidad de la prestación de los servicios sanitarios en el primer grupo de países (23). Se presentan también a menudo diferencias significativas en la utilización de la atención médica preventiva y clínica de una intervención a otra en el mismo país. En el Perú, las diferencias entre los ricos y los pobres son mucho más marcadas con respecto a los partos asistidos por personal calificado que con respecto a las vacunaciones (24), en gran medida porque el costo de un parto es mucho más elevado.

Una recomendación fundamental para los encargados de formular las políticas es que recopilen y combinen datos sobre factores de riesgo, condiciones de salud e intervenciones con datos de encuestas de hogares y establecimientos, grupos de discusión y otros métodos cualitativos, y estudios académicos, dado que los datos agregados mundiales y nacionales pueden no reflejar las necesidades locales. Los servicios de salud pública y los clínicos deberán moldearse de acuerdo con esas necesidades, permitiendo una adaptación innovadora en la práctica. Aunque reunir y analizar estos datos resulta más difícil en los países más pobres, que son los que tienen mayor necesidad de este tipo de análisis, tales procedimientos se están volviendo de rutina y más fáciles de utilizar, aun en los lugares de ingresos bajos (25).

Las medidas descritas a continuación aumentarán la probabilidad de que los sistemas de salud produzcan intervenciones más eficaces a un costo asequible, especialmente para las poblaciones necesitadas:

- Primero, deberá efectuarse una evaluación detallada y constante de los factores de riesgo subyacentes, la carga de morbilidad y las pautas de utilización de los servicios de las poblaciones destinatarias.
- Segundo, la información mundial sobre el costo y la eficacia de las intervenciones, así como sobre las estrategias de intervención y las modalidades de la práctica, deberá adaptarse a los precios y contextos locales.
- Tercero, todos los países necesitan políticas explícitas para racionar intervenciones y cerciorarse de que los pocos recursos disponibles se gastan en las áreas definidas como de alta prioridad. A continuación deberá decidirse cómo lograr esto. Pocos países tienen protocolos clínicos que puedan utilizarse para normalizar las modalidades de la práctica y hacer que las intervenciones prioritarias conocidas coincidan con las necesidades. Menos aún son los que cuentan con los medios para hacer cumplir esas directrices al prestar servicios con financiamiento privado.
- Por último, ninguna de estas medidas tendrá importancia si no se garantiza la calidad de los servicios que se prestan.

IMPOSICIÓN DE LAS PRIORIDADES MEDIANTE EL RACIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN

Una cosa es establecer prioridades y otra muy diferente es suministrar los servicios supuestamente más valiosos a expensas de otros. Los mercados resuelven este problema con el racionamiento por medio del precio, es decir, el acceso a determinados bienes y servicios depende no solo del valor que la población les atribuye, sino de que las personas tengan los medios para adquirirlos. Nadie fija las prioridades: estas son dictadas por el mercado. Como se ha señalado, esta es quizá la peor manera posible de determinar quién recibe servicios sanitarios y el tipo de estos. Por consiguiente, todo sistema de salud afronta la cuestión de determinar qué otros medios utilizar cuando los recursos son insuficientes para satisfacer las necesidades o deseos de la población.

En los países de ingresos bajos, las dificultades con las que se tropieza al establecer prioridades y racionar los servicios son enormes. La epidemia de infección por el VIH/sida provoca anualmente la muerte de más de dos millones de personas en África, es decir, más de 10 veces el número de seres humanos que perece en las guerras y los conflictos armados en el mismo período. Los servicios de salud de muchos países de ingresos bajos de Asia meridional y del África subsahariana han soportado la carga de esa epidemia en los últimos años. En este caso, los sistemas de salud se enfrentan con un problema a largo plazo. Es necesario tomar difíciles decisiones sobre la forma en que deberán asignarse los recursos para financiar las campañas de prevención del sida y atender a las personas que ya contrajeron la enfermedad, a la vez que se mantienen otros servicios sanitarios esenciales. Este problema es crónico y muy diferente de la necesidad de racionar la atención no urgente cuando el sistema está agobiado temporalmente por una epidemia de corta duración, o por un desastre natural o provocado por el hombre. En esos casos, los servicios de urgencia reciben prioridad, los procedimientos electivos se aplazan y el sistema se concentra en la epidemia hasta que se recobre el control y puedan reanudarse las operaciones cotidianas.

El enfoque habitual más común para el racionamiento de la atención sanitaria es imponer controles estrictos del gasto que no pretenden concentrarse en ningún grupo específico de enfermedades ni en ninguna categoría general de intervenciones, sino simplemente limitar las obligaciones presupuestarias a niveles asequibles. Esta técnica se ha utilizado más frecuentemente en sistemas de salud con un financiamiento presupuestario global y compete a la entidad que administra el presupuesto racionar la asistencia. Se empleó en el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña antes de 1990 y la utilizan los ministerios de salud de muchos países de ingresos bajos. Actualmente se están ensayando, con distintos grados de éxito, otras técnicas de contención de costos en muchos países de la Unión Europea y en algunos países en desarrollo (26).

La desventaja principal de este enfoque es que, en los países de ingresos bajos, suele llevar a una degradación de las normas y de la calidad de la atención en general. Si los recursos están en manos de grupos en mejor situación económica, es posible que no se destinen a los grupos vulnerables. Por lo general, el presupuesto disponible se lo apropian los prestadores de servicios que tienen mayor fuerza política, como los especialistas y los hospitales, en lugar de que se utilice conforme a las necesidades de la población. Por consiguiente, en muchos países de ingresos bajos, un enfoque que se base únicamente en el control del gasto impide a grandes segmentos de la población el acceso a la atención sanitaria organizada.

Otro enfoque es el de racionar explícitamente, siguiendo las prioridades fijadas conforme a ciertos criterios predeterminados, como se señaló en párrafos anteriores. Este modo de proceder, introducido por primera vez a mediados de los años ochenta, se ha puesto en

práctica parcialmente en los Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia y el estado de Oregón (Estados Unidos) (27). Todos ellos se basan en una combinación de criterios sociales, políticos y de eficacia en función de los costos. A partir de 1993, varios países en desarrollo han tratado de introducir conjuntos de intervenciones, que incluyen las “esenciales” o “básicas” que son asequibles dentro del contexto de cada país (28). México fue el primer país que diseñó y adoptó un conjunto de esa índole (29). Bangladesh, Colombia y Zambia también han comenzado a ponerlos en práctica.

Las prioridades explícitas establecidas mediante este proceso constituyen una importante mejora con respecto al enfoque tradicional de contención pasiva de costos. Una gran desventaja es que, en la vida real, los proveedores se encuentran con una demanda de servicios que no están incluidos en el conjunto definido de prestaciones. Generalmente reaccionan ante esta demanda de dos maneras: con subsidios cruzados de las actividades excluidas procedentes de los fondos presupuestarios recibidos para pagar el conjunto definido de prestaciones, o bien cobrando un recargo por los servicios adicionales. El primer mecanismo conduce al financiamiento insuficiente del conjunto definido de prestaciones, y el segundo, a incrementos de los gastos que debe sufragar directamente el paciente y a una mengua de la protección financiera. Los intentos para restringir la adopción de esos mecanismos por parte de los proveedores han fracasado en general.

Otro problema es que existen “límites a la racionalidad” (30), sobre todo si esta se identifica exclusivamente con la eficacia en función de los costos. Los políticos, los prestadores de servicios y el público se interesan por todos los criterios que se han mencionado, y pueden mostrarse muy escépticos con respecto a las opciones de distribución estimadas que se tomaron como base. El éxito de la fijación explícita de prioridades depende de la aceptación y del respaldo de proveedores y consumidores.

Aun dentro del conjunto de servicios financiados mediante pagos anticipados, y en especial los financiados con fondos públicos o fondos reservados por mandato público, es imposible encontrar la manera óptima de racionar la atención sanitaria. La figura 3.3 ilustra cuatro enfoques simplificados, basados en una combinación del costo de los servicios por individuo tratado o afectado y en la frecuencia con que probablemente se necesite el servicio. En general, rara vez se necesitan servicios muy costosos, en tanto es mucho más frecuente la necesidad de distintas intervenciones de costos intermedios. En cada sección de la figura, la curva superior muestra la trayectoria posible de la demanda de diferentes servicios si no existe ninguna forma de racionamiento, es decir, si toda necesidad se expresara como una demanda y no existiesen obstáculos de precios o de otra índole para obtener atención sanitaria. Esto representa el nivel máximo de servicios que el sistema de salud podría desear o tratar de prestar.

Una manera de limitar los servicios que realmente se prestan es excluir todos o la mayoría de los que son costosos pero rara vez se necesitan, es decir, recortar el extremo derecho de la distribución de necesidades. Esta práctica es relativamente común en el ámbito del aseguramiento privado, ya sea mediante la exclusión explícita de servicios o mediante la selección de riesgos de los clientes potenciales a fin de reducir la probabilidad de que se requieran dichos servicios. Esto puede ser, aunque no necesariamente, congruente con la eficacia en función de los costos y es casi una forma necesaria de racionamiento en sistemas cuyos recursos son muy limitados. Pero aumenta al máximo la exposición de la población al riesgo financiero si la intervención se puede obtener pagándola del propio bolsillo, o a pérdidas sanitarias catastróficas si simplemente no se dispone del servicio.

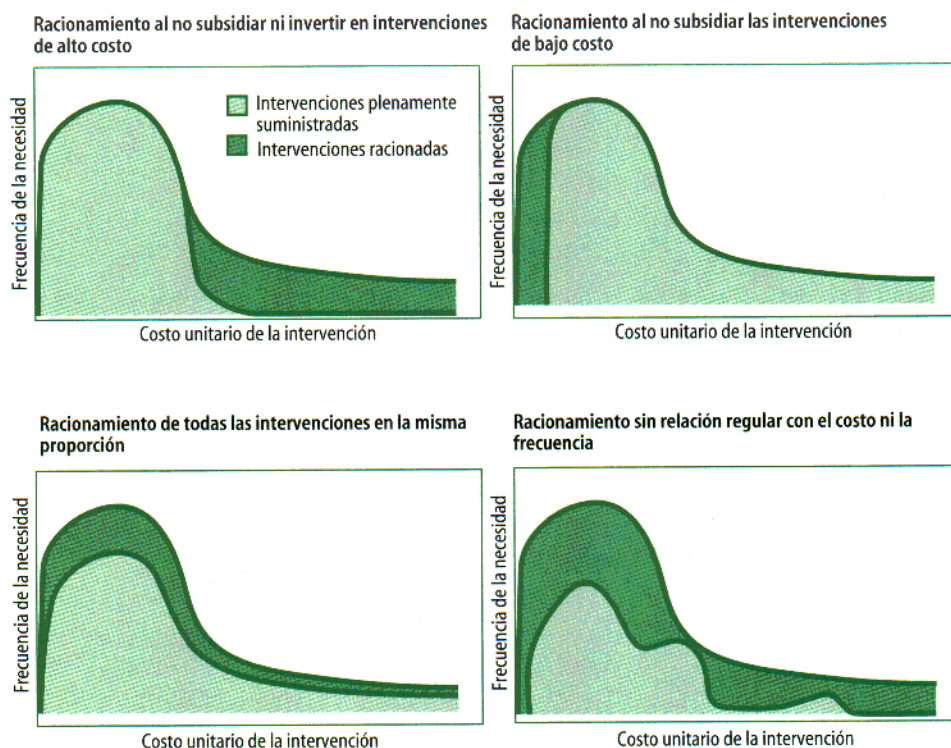
El enfoque contrario es excluir los servicios comunes pero muy baratos de los planes de pago anticipado y exigir que sea el consumidor quien los pague directamente; es decir, se

trata de recortar el extremo izquierdo de la distribución. Es probable que esto redunde en ahorro de gastos administrativos, pero puede o no representar un ahorro sustancial en los costos generales. Como regla general, el precio no debería ser el instrumento principal de racionamiento, y los bajos precios que pagan las personas que no son pobres representan un problema relativamente menor. Pero la dificultad que plantea este enfoque es evidente: expone a los pobres a riesgos que serían aceptables para quienes no son pobres, de manera que esto empeora la desigualdad en cuanto a las contribuciones financieras. Es posible que el racionamiento deba aplicarse en forma diferente para los pobres que para el resto de la población, si es que se da importancia al factor precio.

En un sistema de salud también se podría tratar de racionar todos los servicios en la misma proporción, otorgando a toda persona que los necesite la misma probabilidad de obtener la atención independientemente de su costo o del número de otras personas que necesitan la misma intervención. Poco puede decirse de esta forma de prestar menos servicios de los que se necesitan, porque no respeta ninguno de los criterios señalados. En el mejor de los casos, se trata de un intento de distribuir de manera más o menos igualitaria la frustración de no obtener atención sanitaria, pero esto ni siquiera corresponde a la igualdad de la capacidad de respuesta. Puede ser la respuesta de un sistema sometido a presiones que carece de directrices claras sobre la importancia relativa de los diferentes servicios.

La última sección de la figura 3.3 corresponde a la fijación explícita de prioridades, de manera que el racionamiento es mucho más marcado para algunos servicios que para otros. Solo si esto ocurre se imponen realmente las prioridades nominales a fin de incidir en la prestación de los servicios; y solo si las prioridades se escogen conforme a ciertos

Figura 3.3 Diferentes formas de racionar las intervenciones sanitarias según el costo y la frecuencia de la necesidad



criterios adecuados el racionamiento puede contribuir efectivamente a un mejor desempeño del sistema de salud, independientemente de la manera en que se lleve a la práctica.

DESPUÉS DE SELECCIONAR LAS PRIORIDADES: INCENTIVOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

En general, se considera que el establecimiento de prioridades compete al sector público, sobre todo en lo que se refiere al uso adecuado del gasto público o dispuesto por mandato público. Para este fin no importa si la prestación de servicios es pública o privada, ni la forma en que se paga a los proveedores. Lo que importa es que al contratar proveedores privados o al reembolsar los gastos efectuados, por medio del aseguramiento público, el gobierno pueda garantizar que se respeten sus prioridades aunque no sea él quien proporcione los servicios. En la esfera del financiamiento privado y voluntario de los servicios, en general no existen prioridades explícitas: esa parte del sistema de salud responde a las demandas más que a las necesidades. Es importante tener en cuenta el efecto que tiene sobre los pobres el gasto que debe sufragar el consumidor con sus propios medios debido a un aumento de la demanda, en el sector privado, de intervenciones que no forman parte de los servicios que ofrece el sector público. No obstante, es posible imponer ciertas prioridades mediante la reglamentación, por ejemplo, exigiendo que todas las pólizas de seguros privados incluyan un conjunto de servicios esenciales o limitando el grado en que los proveedores o aseguradores privados pueden seleccionar a los pacientes o a los clientes basándose en el riesgo. Estas tareas corresponden al concepto de rectoría que se trata en el capítulo 6. En términos más generales, dado que son en definitiva los proveedores los que prestan o no los servicios prioritarios, el racionamiento exige “el gobierno cuidadoso de los agentes” que actúan en nombre de los pacientes y evalúan sus necesidades sanitarias que compiten entre sí (31).

Dada una lista de prioridades y dado uno o varios mecanismos para racionar la atención sanitaria, la forma en que se prestan efectivamente los servicios —quién se beneficia de qué tipo de intervenciones, con qué eficiencia se prestan los servicios, qué capacidad de respuesta tiene el sistema— puede diferir sensiblemente de un sistema de salud a otro. Estas diferencias reflejan el hecho de que, si bien se insta a los proveedores a prestar determinados servicios o se los contrata para ello, y los presupuestos y reglamentos públicos están concebidos para reforzar esas opciones, los proveedores siguen gozando de un amplio margen de maniobra para decidir a quién van a tratar, de qué y cómo. Y precisamente una de las cuestiones cruciales de todo sistema de salud es determinar qué margen de maniobra deberán tener los proveedores. El resultado depende de las características organizativas e institucionales, las que determinan conjuntamente algunos de los incentivos fundamentales a los cuales responden los proveedores de servicios.

La relación entre las organizaciones, las instituciones y las intervenciones es paralela a la que existe entre los jugadores, el reglamento y los objetivos de un juego. Las *organizaciones* son los jugadores; por ejemplo, los proveedores de servicios, los hospitales, las clínicas, las farmacias y los programas de salud pública. Las *instituciones* equivalen al reglamento (reglas formales y costumbres informales), es decir, las limitaciones socialmente compartidas que conforman las interacciones humanas, junto con los mecanismos por los cuales se hacen cumplir dichas reglas. Las instituciones cruciales que influyen en el sistema de prestación de servicios incluyen reglas relativas a la rectoría (buen gobierno, divulgación de información,

coordinación y reglamentación) y la compra. Las *intervenciones*, en el sentido en que se describieron previamente los servicios o las actividades, son los objetivos del juego e incluyen el tratamiento clínico, las medidas de salud pública y las acciones intersectoriales de promoción de la salud (32). Los *incentivos* son todas las recompensas y los castigos que reciben los proveedores en función de las organizaciones en las que trabajan, las instituciones bajo las cuales operan y las intervenciones específicas que proporcionan.

Pero entre un país y otro, y dentro de un mismo país, existen marcadas diferencias en todas estas características, lo cual es un reflejo de la complejidad del proceso de producción de las intervenciones sanitarias y de las variaciones de las culturas y tradiciones. Las características que ejercen la influencia más poderosa sobre los servicios clínicos y de salud pública son las estructuras o formas organizativas, las configuraciones de la prestación de servicios, los regímenes de incentivos organizativos y los vínculos entre los servicios. Tal como se destaca en el capítulo 1, el objeto de los servicios de salud es un activo —el cuerpo humano— muy diferente de los que intervienen en las demás actividades económicas. Con todo, existen algunos aspectos de la forma en que se producen estos servicios que no difieren mucho de la producción de los demás servicios. Cada vez se recogen más pruebas de la importancia de estos factores como resultado del avance en la aplicación de análisis de sistemas y de la teoría de la organización a los servicios de salud (33–35).

FORMAS DE ORGANIZACIÓN

Los servicios de salud pueden organizarse de tres maneras fundamentalmente diferentes: como burocracias jerárquicas; por medio de acuerdos contractuales a largo plazo sujetos a cierto grado de control independiente del mercado, y como interacciones directas y de corto plazo basadas en el mercado entre los pacientes y los proveedores de servicios (36). Estas formas son independientes de que la propiedad sea pública o privada. Por ejemplo, los servicios organizados como jerarquías pueden ser públicos, como ocurre en la amplia red de entidades de salud pública, hospitales y consultorios que forman parte del sistema de prestación de servicios del Ministerio de Salud de Turquía y de muchos otros países. Pero también pueden ser privados, como las organizaciones para el mantenimiento de la salud de los Estados Unidos, por ejemplo Kaiser Permanente. Estas entidades privadas a menudo padecen las mismas rigideces burocráticas que las públicas. De la misma manera, aunque la interacción con criterios de mercado entre los proveedores y los pacientes es más común en el sector privado, en el sector público de muchos países de ingresos bajos se han generalizado mecanismos de mercado de corto plazo en forma de cuotas que deben pagar los usuarios.

En la India, por ejemplo, están presentes las tres formas de organización. Los servicios de salud que presta el gobierno son jerárquicos, con proveedores que emplea en forma directa. En el otro extremo se encuentran los servicios directos, basados en el mercado, con interacciones no contractuales entre la población y los proveedores. Estos incluyen tanto los proveedores privados en sí mismos como los cargos informales en los establecimientos públicos: 80% del gasto total en atención sanitaria tiene lugar en este último ámbito. En el medio hay diversas formas de mecanismos contractuales. Una de ellas abarca contratos a largo plazo entre el sector público y los proveedores no gubernamentales (con o sin fines de lucro). Este mecanismo se utiliza predominantemente para tratar a los pacientes que sufren de cataratas, y, al aumentar la cantidad de proveedores financiados públicamente, ha permitido una gran expansión de la cirugía para evitar la ceguera, sobre todo entre los pobres. Otro mecanismo contractual es el que se utiliza en el aseguramiento privado, que puede o no estar regulado por el Estado. El cliente mantiene un tipo de relación con una

aseguradora, que a su vez mantiene una relación diferente —que puede o no ser de tipo contractual— con los proveedores de servicios.

Cada una de estas formas de organizar los servicios de salud tiene sus pros y sus contras en diferentes contextos y cuando se aplican a distintos tipos de servicios clínicos y basados en la población. Cuando se requiere un enfoque muy coordinado, como ocurrió durante la reconstrucción de posguerra (fines de los años noventa) de los servicios de salud en Bosnia y Herzegovina, o durante un brote de cólera, son mejores los controles jerárquicos. En gran parte bajo la inspiración de experiencias como la del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña y debido a la dificultad de atender los problemas sanitarios únicamente con mecanismos de mercado, muchos países de ingresos bajos y medianos, en los cincuenta últimos años, han establecido sistemas de atención sanitaria con financiamiento del Estado cuyos servicios son prestados por una burocracia pública verticalmente integrada. Esto ha redundado en un mejor acceso a la atención sanitaria para millones de personas y ha sustentado muchos programas adecuados de salud pública.

No obstante, cuando se trata de la prestación de servicios de salud, las burocracias jerárquicas también presentan serios inconvenientes, que se han puesto más de manifiesto en los últimos años (37, 38). Las burocracias son vulnerables a la apropiación por los intereses creados de los burócratas y de los prestadores de servicios que trabajan en ellas. A menudo no son tan eficaces para reducir o reorientar prioridades como lo son para ampliar la capacidad y añadir servicios. Y se las asocia frecuentemente con muchas de las mismas deficiencias de los mercados privados en cuanto al abuso del poder monopolista (como la recaudación de ingresos en forma de cargos informales) y la asimetría de la información. Con el correr del tiempo, muchos de los sistemas jerárquicos de prestación de servicios se han convertido en burocracias excesivamente rígidas, con procesos ineficientes que producen una atención de baja calidad que no responde a las necesidades ni a las expectativas de las poblaciones y de las personas a las que deben servir. Este ha sido el motivo de muchas iniciativas recientes de reforma que se describen en el capítulo 1.

En los casos en que se requiere innovación y flexibilidad para responder a necesidades específicas, como en el desarrollo de nuevos medicamentos y equipos, los mercados funcionan mejor. Pero la interacción directa con criterios de mercado entre pacientes y proveedores de servicios en el sector de la salud presenta la gran desventaja de exponer a las personas a los riesgos financieros de la enfermedad, a menos que se mancomunেন adecuadamente los recursos financieros. Y es difícil, si no imposible, asegurar que dichas transacciones respeten las prioridades entre intervenciones y pacientes que el sistema de salud está tratando de aplicar.

Debido a las desventajas de las jerarquías rígidas y del financiamiento que proviene del bolsillo del usuario en el sector de la salud, países de todo el mundo están experimentando actualmente con contratos a largo plazo para lograr las ventajas combinadas de una mayor flexibilidad y margen de innovación mientras se mantiene el control general de los objetivos estratégicos y la protección financiera. Ya se han analizado algunos experimentos con la contratación de servicios en países de ingresos bajos y medianos (39), y también se ha procurado extraer enseñanzas de los casos mejor documentados, sobre todo en el Reino Unido, que también pueden ser pertinentes para otros países (40).

CONFIGURACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los servicios de salud, como muchas otras formas de producción, pueden adoptar una configuración más dispersa o más concentrada, o en formas híbridas que combinan algu-

nos elementos concentrados con otros dispersos (41). Las configuraciones dispersas son habituales para actividades que no se benefician de las economías de escala —los costos unitarios de las unidades de producción más grandes no son inferiores a los de las más pequeñas— como la atención primaria, incluida la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; las farmacias; los consultorios dentales; la ejecución sobre el terreno de los programas de salud pública; los servicios de orientación; el trabajo social, y la asistencia comunitaria y en el hogar. Estos servicios ambulatorios abarcan por lo general una amplia gama de actividades de distintos grados de complejidad, como la gestión de actividades comunes clínicas y de otro tipo por parte de individuos o de pequeños equipos humanos.

La producción dispersa y competitiva en pequeñas unidades productoras funciona bien cuando los mercados constituyen una manera satisfactoria de organizar la producción, pero el éxito es menor en el campo de la salud, por todas las razones por las cuales los mercados no funcionan tan bien para la atención sanitaria. No obstante, los intentos de compensar las fallas del mercado integrando esas actividades dispersas en una estructura burocrática jerárquica casi siempre han tropezado con problemas de motivación y responsabilización del personal. Es difícil ejercer una supervisión estrecha, y el control excesivo es pernicioso. Se han logrado mejores resultados mediante una relación contractual que se basa en la reputación profesional y un fuerte sentido de compromiso y responsabilidad, particularmente en países como Dinamarca y Noruega, desde hace mucho tiempo, y recientemente en Croacia, Hungría y la República Checa.

Las configuraciones de servicios concentradas son comunes para actividades tales como la atención hospitalaria, los laboratorios centrales de salud pública y los establecimientos de educación sanitaria, que sí se benefician de las economías de escala —los costos se reducen a medida que aumenta el tamaño— y de la variedad, es decir, los costos se reducen cuando se emprende una serie de actividades diferentes (42, 43). Estas intervenciones son muy especializadas y costosas, y requieren equipos humanos numerosos con una amplia gama de aptitudes. Algunas exigen la observación continua (para el tratamiento y la atención quirúrgica) y condiciones estériles muy controladas (para pabellones de cirugía y de atención a los quemados). Por lo general, la responsabilización se logra mediante la observación directa de los productos o los resultados. La mayor parte del personal puede emplearse a jornada completa o parcial, y no bajo las relaciones contractuales que parecen ser más adecuadas para las actividades dispersas. Los países han logrado más éxito integrando estos servicios en burocracias públicas jerárquicas, pero pagando el precio de las desventajas que entraña esta forma de organización.

Existe un límite superior y un límite inferior de eficiencia en las configuraciones de servicios concentradas. En el límite superior, los grandes hospitales de 1000 a 2000 camas y los enormes laboratorios de salud pública de Europa central y oriental se caracterizaban por la especialización excesiva, la baja productividad y la baja calidad de la atención (44). En el límite inferior también existen considerables problemas de eficiencia y calidad cuando los establecimientos que se dedican a la atención especializada son demasiados pequeños. En muchos países de ingresos bajos y medianos, como Etiopía, Marruecos y Turquía, especialmente en regiones rurales y en el sector privado (45) existen centros de salud y hospitales distritales con solo 20 a 50 camas. A menudo el índice de ocupación de camas es bajo y el personal no atiende un volumen suficiente de pacientes como para mantener las aptitudes clínicas necesarias para tratar afecciones menos frecuentes. Es posible que atiendan bien las afecciones más comunes, pero deben estar integrados en un sistema de referencia para tratar padecimientos más difíciles o poco usuales.

Las configuraciones de servicios híbridas se ubican entre estos dos extremos. Muchas de las actividades con un gran impacto potencial sobre los resultados (como se presenta en el cuadro 3.1) se ejecutan de esta forma. Los programas de control de enfermedades infecciosas como la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH/sida se benefician de la coordinación planificada de algunos de sus elementos estratégicos a nivel nacional. Aun así, su ejecución puede ser a veces más eficaz si tiene lugar bajo relaciones contractuales con proveedores locales que cuando se realiza como programas verticales aislados de los demás servicios ambulatorios. Por ejemplo, la ejecución del programa de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en Egipto exige una estrecha coordinación nacional de actividades tales como la vacunación, el control de la malaria y la administración de suplementos de hierro, pero sería imposible su ejecución sin los proveedores locales que cuentan con la amplia gama de aptitudes necesarias, por ejemplo, para tratar infecciones respiratorias agudas, diarrea y otras enfermedades de la niñez.

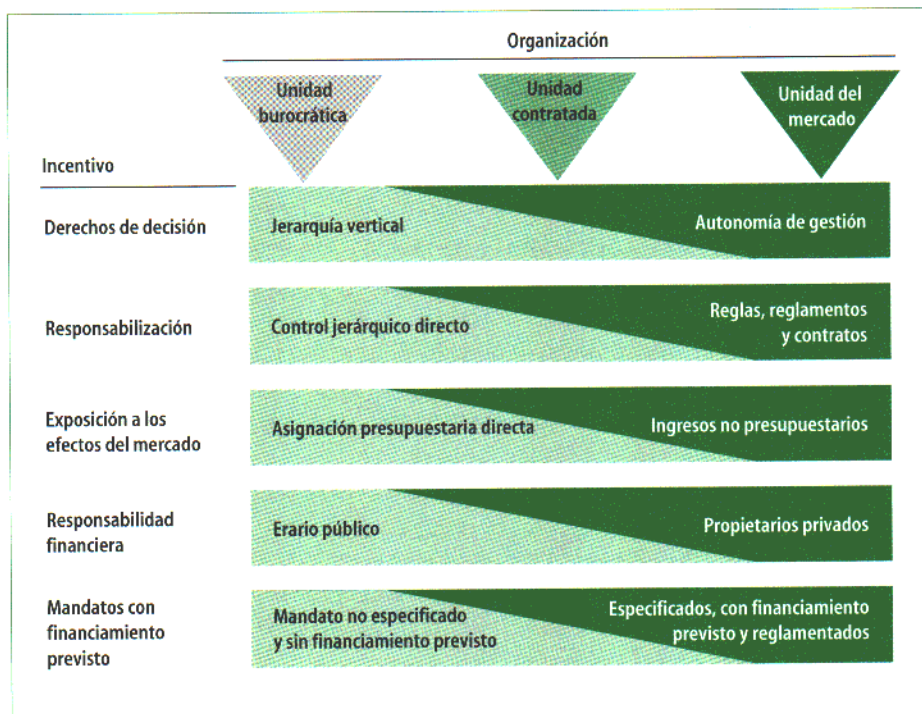
Este último ejemplo pone de relieve un reto clave en la prestación de servicios de salud, a saber: equilibrar la necesidad de una amplia supervisión de las políticas con la flexibilidad suficiente para que los administradores y los proveedores de servicios puedan innovar y adaptar las políticas a las necesidades y contextos locales en forma dinámica. Los servicios de salud clínicos y los basados en la población que puedan reconfigurarse mediante la negociación y adaptarse durante la ejecución a discreción de las entidades y su personal, responden mejor a las necesidades sanitarias y a las demás expectativas de la población que los que se llevan a cabo mediante burocracias centralizadas y rígidas (46–49). Esto es congruente con las relaciones entre la capacidad de respuesta y las características de los servicios que se describen en el capítulo 2. Pero este enfoque puede dar lugar a resultados muy diferentes de los previstos desde un inicio. Cuanto más centrados estén los administradores y el personal en cumplir un mandato claro, es mayor la posibilidad de que se logren los objetivos de política más amplios sin tener que recurrir a estructuras de control jerárquicas y rígidas (50).

ARMONIZACIÓN DE LOS INCENTIVOS

Los prestadores de servicios necesitan flexibilidad, no para fines arbitrarios, sino para poder responder a incentivos bien definidos; es decir, para que los incentivos determinados por los mecanismos organizativos e institucionales sean eficaces y los proveedores no se vean frustrados por la rigidez. La conciencia cada vez mayor de la índole estructural de los problemas que existen en los sistemas jerárquicos de prestación de servicios ha llevado a quienes formulan las políticas de muchos países a examinar los entornos de incentivos que existen en las organizaciones y a modificar la distribución del control de la toma de decisiones, los derechos sobre los ingresos recaudados y el riesgo financiero entre los distintos participantes, como se analiza en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999* (16).

Son muchas las formas de modificar el régimen de incentivos organizativos de los servicios de salud. En muchos países de América Latina, entre ellos la Argentina y el Brasil, la descentralización trasladó el control de la toma de decisiones, y a menudo los derechos y las responsabilidades con respecto a los ingresos recaudados, del gobierno central a niveles inferiores de gobierno. La restitución del control central a las provincias en Sri Lanka constituye otra forma de descentralización. La creación de hospitales semiautónomos en Indonesia transfirió más radicalmente la toma de decisiones y el control ubicándolos a nivel de los establecimientos. En Hungría, a principios de los años noventa, los médicos generales dejaron de ser empleados públicos para convertirse en médicos semiautónomos

Figura 3.4 Diferentes incentivos internos en tres estructuras organizativas



que trabajaban bajo contrato con los gobiernos locales y el Fondo Nacional de Seguro de Salud, de reciente creación.

En todos estos ejemplos se produce un cambio en uno o varios incentivos de organización, que ejerce una poderosa influencia en la manera en que se comporta la unidad organizativa en cuestión, trátase de una provincia, región, distrito o proveedor individual, tales como un hospital o un dispensario (51). En la figura 3.4 se ilustra la relación entre las formas de organización descritas previamente y los cinco incentivos que se señalan a continuación:

- El grado de *autonomía* (derechos de decisión) que tiene la organización con respecto a sus propietarios, los compradores determinados por las políticas (como los fondos de seguro), el gobierno y los consumidores. Los derechos cruciales de decisión son el control sobre la combinación y el nivel de insumos, los productos y el alcance de las actividades, la gestión financiera, la administración clínica y general, la gestión estratégica y la estrategia de mercado (si corresponde).
- El grado de *responsabilización*. A medida que se delegan los derechos de decisión a la organización, los gobiernos van perdiendo la capacidad de exigir directamente una rendición de cuentas (a través de la jerarquía). Cuando aumenta la autonomía, deberá garantizarse la responsabilización pasando de la supervisión jerárquica al seguimiento, la reglamentación y los incentivos económicos prescritos en los contratos.
- El grado de *exposición a los efectos del mercado* o los ingresos que se recaban de manera competitiva y no mediante una asignación presupuestaria directa. La participación en el mercado no necesariamente debe suponer el financiamiento directo por parte del usuario; es preferible que las organizaciones de proveedores de servicios compitan por los ingresos recibidos mediante pagos anticipados. Cuando los gobiernos

rescatan financieramente a las organizaciones que incurren en déficit o están endeudadas como resultado de un desempeño técnico insatisfactorio, aminoran la repercusión de la exposición a los efectos del mercado.

- El grado de *responsabilidad financiera* por las pérdidas y los derechos a las ganancias (utilidades retenidas y el producto de la venta de bienes de capital). Esto determina el incentivo financiero para economizar que se ofrece a los administradores y el personal. Cuando es mayor la autonomía, son ellos, y no el erario público, los que pueden quedarse con el sobrante de los flujos que ingresan, pero es necesario definir y regular claramente este derecho.
- El grado de *mandatos sin financiamiento previsto*. Cuando la participación del ingreso total generado por medio de los mercados es significativa, las organizaciones tienen un riesgo financiero debido a los costos irrecuperables vinculados con los mandatos para los cuales no hay provisión de fondos, tales como la atención sanitaria de los pobres o de las personas muy enfermas. Por consiguiente, las reformas organizativas que den mayor autonomía deberán estar acompañadas de reformas complementarias en el financiamiento sanitario para proteger a los pobres. En el capítulo 5 se describen algunos ejemplos recientes en América Latina.

La medida en que los países puedan desvincular sin problemas la prestación de servicios del control jerárquico y encaminarse hacia un entorno de incentivos (la parte derecha del espectro que se ilustra en la figura 3.4) depende de la índole de los servicios y de la capacidad para crear responsabilización con respecto a los objetivos públicos mediante mecanismos indirectos tales como la reglamentación y la contratación. Sin embargo, no existe un esquema único para lograr un sistema exitoso de prestación de servicios. En países como el Canadá (52), que han logrado crear un marco más coherente para estas tres características organizativas, se obtienen mejores resultados que en países como los Estados Unidos (53), donde existen muchas señales contradictorias porque los incentivos del mercado son muy fuertes en algunos lugares y están controlados más estrictamente en otros.

La coherencia de los incentivos de organización cobra particular importancia en el sector hospitalario debido a la función central de estas organizaciones en la prestación de servicios. Los países que han introducido objetivos uniformes y que han armonizado los cinco incentivos de organización parecen tener más éxito que los que han terminado con objetivos y regímenes de incentivos contradictorios. Por ejemplo, en Singapur, los hospitales públicos tienen considerable autonomía para las decisiones administrativas, que abarcan desde las compras hasta la dotación de personal (54). Actualmente, se exige la responsabilización mediante contratos y no por medio de controles jerárquicos. Los hospitales compiten entre sí para atraer pacientes y pueden ingresar a sus arcas los excedentes que generen al ahorrar costos. Y existe un plan de subsidios explícitos para los grupos de ingresos bajos, aunque todavía se requieren subsidios cruzados para sufragar algunos mandatos sin financiamiento previsto. Las evaluaciones de seguimiento indican que las reformas lograron mejorar la capacidad de respuesta ante los pacientes y la eficiencia en la gestión de recursos, y al mismo tiempo protegieron a los pacientes pobres contra el comportamiento oportunista de los hospitales que tratan de incrementar sus ingresos. En Indonesia, el grado de autonomía es mucho menor pero de todas maneras los diversos incentivos están más equilibrados que en Nueva Zelanda y en el Reino Unido, donde ha sido menor la coherencia de las políticas en lo que se refiere a los cinco incentivos de organización (39, 55, 56). No cabe duda de que los hospitales son las organizaciones más

complejas que participan en la prestación de servicios, y sus funciones han atravesado un período de rápidos cambios a medida que los nuevos procedimientos alteran el equilibrio entre la atención de pacientes hospitalizados y la atención ambulatoria y a medida que aumentan las presiones financieras (57). Quizá la cuestión más difícil que debe resolver un sistema de prestación de servicios es encontrar la manera de organizar los servicios hospitalarios y de integrarlos con los demás proveedores.

En muchos países se ha tratado de incrementar la exposición de los hospitales a los efectos del mercado mediante la "tercerización" o la "subcontratación" de algunas actividades hospitalarias, pero hasta ahora la experiencia recogida ha sido contradictoria. Por ejemplo, se logró cierto éxito en la subcontratación del mantenimiento de equipo médico en Tailandia, de los servicios administrativos en Sudáfrica y de los servicios ordinarios de custodia, alimentación y lavandería en Bombay. La mayor parte de estas actividades se benefician de las ganancias resultantes de la eficacia que pueden ofrecer los proveedores externos que se especializan en un servicio dado. Pero, con pocas excepciones, la tercerización es mucho más difícil cuando se trata de servicios clínicos debido a que se pierde el control estratégico de una parte del proceso de producción, hay una traslación de costos y surgen dificultades para supervisar la calidad de los resultados (58).

Muchas intervenciones de salud pública, tales como los programas de control de la malaria, los programas de nutrición en Senegal y los programas de salud reproductiva en Bangladesh, se ejecutan actualmente mediante contratos a largo plazo con proveedores no gubernamentales en lugar de recurrir a programas verticales rígidos bajo una burocracia jerárquica central. Se registra también un marcado incremento en la autonomía y la privatización en las actividades de los médicos generales, los dentistas, los farmacéuticos y otros trabajadores de atención ambulatoria en Europa central y oriental, con consecuencias buenas y malas.

Como ocurre con los hospitales, los servicios ambulatorios que cobran autonomía funcionan mejor cuando son mínimos los conflictos entre los objetivos y los regímenes de incentivos de organización. En el cuadro 3.2 se presentan algunos ejemplos de incentivos de organización para la atención ambulatoria. A menudo se producen tensiones cuando no se otorgan a los administradores los derechos de decisión (por ejemplo, cuando debido a presiones políticas es imposible despedir al personal), cuando los contratos a largo plazo no incluyen mecanismos de responsabilización o estos no se hacen cumplir mediante la disciplina que impone el mercado, y cuando los proveedores no pueden disponer de sus excedentes o deben absorber sus pérdidas. Esto último resta fuerza al incentivo para economizar.

Sigue habiendo bastante controversia en cuanto a la posibilidad de que los contratos a largo plazo con proveedores privados ofrezcan mejores incentivos que los contratos similares con proveedores del sector público. Cuáles son los incentivos más adecuados depende de cuáles sean las metas prioritarias. La tendencia mundial es tratar de evitar las ineficiencias y la falta de respuesta que acompañan a una burocracia demasiado rígida, y evitar el extremo opuesto de los mercados desregulados, que casi siempre socavan la protección financiera e interfieren con la coordinación estratégica necesaria para suministrar una atención eficaz.

INTEGRACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

A medida que las unidades organizativas, como los hospitales o los dispensarios, se vuelven más autónomas, el sistema de prestación de servicios corre el riesgo de fragmen-

tarse. Esta fragmentación puede ocurrir entre configuraciones similares de proveedores de servicios (hospitales, dispensarios o programas de salud pública) o entre diferentes niveles de atención sanitaria, y tiene consecuencias negativas para la eficiencia y la equidad del sistema de referencia, a menos que se introduzcan políticas explícitas para lograr algún tipo de integración entre las unidades semiautónomas resultantes de la prestación de servicios.

Cuando se fragmentan los servicios de salud, sufre la eficiencia de asignación. Por ejemplo, en Polonia y Hungría, los establecimientos sanitarios no clínicos que tienen por objeto prestar servicios de salud pública a menudo se dedican a la prevención secundaria y a una amplia gama de asistencia básica porque no están adecuadamente vinculados a redes de atención ambulatoria. Los hospitales universitarios recientemente declarados autónomos en Malasia prestan una amplia gama de servicios a pacientes hospitalizados y ambulatorios para trastornos que pudieron haberse tratado eficazmente a niveles inferiores en un am-

Cuadro 3.2 Ejemplos de incentivos de organización para la atención ambulatoria

Organización afectada	Ejemplos de países
<p>Equipos locales o distritales que administran varios establecimientos clínicos y servicios de salud pública</p> <p>Se incluyen las oficinas de distrito del ministerio de salud y los ayuntamientos. A menudo, las modificaciones de los incentivos de organización son moderadas y en su mayoría se relacionan con los derechos de decisión respecto al presupuesto y al personal. El riesgo financiero sigue siendo limitado. El grado real de exposición a los efectos del mercado puede ser superior al previsto cuando los cargos a los usuarios son considerables.</p>	<p>Finlandia: los municipios son propietarios y se ocupan de la administración de los centros de salud, el empleo de personal, la recaudación de impuestos y la fijación de tarifas.</p> <p>Filipinas: se descentralizó la responsabilidad de la atención primaria de salud (y otros servicios sociales) a los gobiernos locales en 1993. Los activos, el personal y los presupuestos fueron transferidos a los niveles locales. El Ministerio de Salud estableció asociaciones comunitarias de asistencia sanitaria en cada unidad de gobierno local. Los trabajadores de la salud dependen actualmente del gobierno local, no del ministerio. Se ha vuelto más difícil la supervisión para el ministerio.</p> <p>Zambia: la Junta Central de Salud, órgano ejecutivo del Ministerio de Salud, ahora celebra contratos, mediante planes anuales de cada distrito, con las juntas o equipos de salud distritales independientes. Los distritos adquirieron mayor control del presupuesto ordinario no destinado a los salarios, pero el personal sigue dependiendo, en su mayoría, de la administración pública. La situación está cambiando a medida que los distritos contratan a profesionales recién recibidos y se emplea localmente a trabajadores no calificados. La Junta Central de Salud está facultada para imponer sanciones si no se cumplen las metas de desempeño acordadas. Cada establecimiento ingresa a sus arcas los ingresos que recauda en concepto de cargos a los usuarios.</p>
<p>Establecimientos individuales</p>	<p>Belarús: las policlínicas reciben ahora su propio presupuesto y pueden retener una parte de los ingresos que recaudan en concepto de cargos a los usuarios.</p> <p>Burkina Faso: los centros de salud administrados por la comunidad que fueron creados en el marco de la Iniciativa de Bamako constituyen un tercio de los establecimientos públicos y únicamente cobran derechos (que representan hasta el 10% del presupuesto ordinario) por la venta de medicamentos. La administración del personal está formalmente centralizada. No existen mecanismos claros de rendición de cuentas entre las juntas comunitarias y el personal del centro de salud.</p> <p>Mali: los centros de salud independientes son cooperativas sin fines de lucro propiedad de asociaciones comunitarias, las cuales también se ocupan del financiamiento y la administración. Estos centros contratan a su propio personal. En la práctica, son pocos los que se consideran financieramente independientes.</p>
<p>Médicos generales</p>	<p>Croacia: los médicos que brindan atención ambulatoria anteriormente estaban empleados, a sueldo, por una entidad centralizada. Actualmente son contratistas independientes.</p>

biente comunitario. Los médicos generales que obtuvieron recientemente su autonomía en la República Checa se han apresurado a adquirir una gran cantidad de equipo costoso que raramente se utiliza (59).

Cuando los cambios organizativos que adoptan los proveedores causan fragmentación, la desilusión con el sistema regido por el mercado puede llevar a cierto grado de reintegración vertical y horizontal, con mayor control jerárquico. Armenia, Hungría, Nueva Zelandia y el Reino Unido han hecho recientemente experimentos en tal sentido. Tanto el modelo de mercado como el modelo jerárquico plantean dificultades, pero es importante recordar las deficiencias de los modelos de planificación central observadas en países tan diversos como Costa Rica, el Reino Unido, Sri Lanka, Suecia y la antigua Unión Soviética (59).

Una manera de preservar las ventajas de la autonomía de los proveedores sin que se produzcan fallas de coordinación consiste en aplicar una "integración virtual" en lugar de la tradicional integración vertical. Con esta última, un clínica recibe directivas de un hospital o de una dependencia del gobierno y limita sus servicios a las necesidades locales. La integración virtual supone la utilización de modernos sistemas de comunicaciones que permiten compartir con rapidez la información sin controles gubernamentales engorrosos. Esto vale especialmente para el envío de pacientes y puede aplicarse a proveedores no gubernamentales difíciles de incorporar a los sistemas jerárquicos. Bangladesh y Ghana están experimentando con esta innovación.

Incluso en los Estados Unidos, la integración vertical en las organizaciones para el mantenimiento de la salud (también conocidas como HMO, por la sigla en inglés) está siendo eclipsada por la integración virtual entre las organizaciones de este tipo que pertenecen a una red de proveedores, otros grupos de proveedores y un sector de seguros mundializado. La integración vertical entre las unidades de producción y las de distribución se considera ahora un mecanismo de coordinación de último recurso y se utiliza principalmente cuando no se dispone de opciones contractuales (60).

La integración virtual afronta tres problemas comunes, a saber: la descentralización, la separación entre los compradores y los proveedores, y los cargos a los usuarios. En muchos países ha crecido recientemente el entusiasmo por la descentralización como medio de lograr una amplia variedad de metas de política y administrativas en la sanidad y en otras esferas. El objetivo explícito de la descentralización es a menudo mejorar la capacidad de respuesta y las estructuras de incentivos mediante la transferencia de la propiedad, la responsabilidad y la rendición de cuentas a niveles inferiores del sector público. Esto se hace generalmente mediante un traspaso de la propiedad del gobierno central a los niveles locales del sector público: estados o provincias, regiones, distritos, comunidades locales y establecimientos de propiedad pública.

Una dificultad que caracteriza a esas reformas ha sido que los problemas estructurales internos de los hospitales, dispensarios y establecimientos de salud pública no desaparecen durante la transferencia. En Uganda, la descentralización no cerró la brecha de financiamiento que experimentan muchos establecimientos sanitarios. En Sri Lanka, la descentralización puso al descubierto una débil capacidad administrativa de la que no se ocupó. En Ghana, las obligaciones sociales sin financiamiento previsto se transfirieron a niveles más bajos de gobierno que no contaban con la capacidad financiera para absorber esta responsabilidad porque se habían estancado las reformas propuestas en el aseguramiento social. En muchos casos, los gobiernos centrales reafirman el control con rigor cuando los gobiernos locales abordan cuestiones políticamente delicadas de una manera que no coincide con los puntos de vista del gobierno nacional sobre la forma en que deben tratarse esos asuntos.

Cuando existe una separación entre los compradores y los proveedores de servicios, a menudo surgen tensiones similares. En Hungría, y también en Nueva Zelandia, se suscitaron conflictos entre las entidades de compra situadas en diferentes ramas del gobierno y que siguen siendo responsables de la rectoría (como los ministerios de salud y hacienda) y los propietarios de las entidades proveedoras contratadas (como los ayuntamientos y los gobiernos locales). En Hungría, se confirieron poderes constitucionales al Fondo Nacional de Seguro de Salud con régimen de autogobierno, que estuvo controlado por los sindicatos en los primeros años del decenio de 1990. Durante unos ocho años, hasta la abolición de este arreglo en 1998, existió un conflicto abierto entre el Ministerio de Hacienda y el Fondo Nacional de Seguro de Salud respecto a la política fiscal y el control del gasto. Con frecuencia no se les pagaba a tiempo a los proveedores.

Por último, la introducción de cargos a los usuarios crea tensiones entre las adquisiciones basadas en la política y el pago anticipado y las adquisiciones de servicios de los consumidores individuales que se rigen por las fuerzas del mercado. Esto ha sucedido sobre todo en muchas de las repúblicas de Asia central y en los países afectados por la crisis de Asia oriental, donde los ingresos canalizados mediante las compras basadas en las políticas han experimentado una drástica caída en los últimos años. Esto puede socavar las políticas nacionales de fijación de prioridades y contención de costos, como se explica en el capítulo 2, y resta equidad al financiamiento. La cuestión de cómo organizar la compra como parte integral de la función de financiamiento se trata con más detenimiento en el capítulo 5.

Para lograr las metas de buena salud, capacidad de respuesta y una contribución financiera justa, es menester que los sistemas de salud determinen algunas prioridades y encuentren mecanismos para que los proveedores las pongan en práctica. No es una tarea fácil y las complejidades surgen de dos fuentes. Las prioridades deben reflejar distintos criterios que a veces son contradictorios y requieren un gran cúmulo de información que la mayoría de los sistemas de salud simplemente no tienen a su disposición. Y para que las prioridades se apliquen se requiere una combinación de mecanismos de racionamiento, estructuras organizativas, convenios institucionales e incentivos para los proveedores de servicios que, por sobre todo, deben ser coherentes entre sí y con las metas que persigue el sistema.

REFERENCIAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1989.
2. Gwatkin DR, Guillot M. *The burden of disease among the global poor: current situation, future trends, and implications for strategy*. Washington, DC, Geneva: The World Bank, Global Forum for Health Research; 1999.
3. Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
4. Loudon IS, ed. *Western medicine: an illustrated history*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
5. McKee M. For debate — does health care save lives? *Croatian Medical Journal* 1999;40(2):123–128.
6. Murray CJL, et al. *Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis*. Geneva: World Health Organization; 1999. (GPE Discussion Paper No. 4).
7. Tengs TO. *Dying too soon: how cost-effectiveness analysis can save lives*. Irvine, California: University of California, National Center for Policy Analysis; 1997. (Policy Report No. 204).
8. Barnum H, Tarantola D, Setiady I. Cost-effectiveness of an immunization programme in Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization* 1980;58(3):499–503.
9. Barnum H. Cost savings from alternative treatments for tuberculosis. *Social Science and Medicine* 1986;23(9):847–850.
10. Prescott N, de Ferranti D. The analysis and assessment of health programs. *Social Science and Medicine* 1985;20(12):1235–1240.

11. Mills A. Economic evaluation of health programmes: application of the principles in developing countries. *World Health Statistics Quarterly* 1985;38(4):368–382.
12. Mills A. Survey and examples of economic evaluation of health programmes in developing countries. *World Health Statistics Quarterly* 1985;38(4):402–431.
13. Lee M, Mills A, eds. *Health economics in developing countries*. Oxford: Oxford University Press; 1984.
14. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
15. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and The World Bank; 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
16. World Health Organization. *The world health report 1999: making a difference*. Geneva: WHO; 1999.
17. Hammer J. *Economic analysis for health projects*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Policy Research Working Papers No. 1611).
18. Jha P, Bangoura O, Ranson K. The cost-effectiveness of forty health interventions in Guinea. *Health Policy and Planning* 1998;13:249–262.
19. Peabody J, et al. Policy and health: implications for development in Asia. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
20. Murray CJL, Kreuser J, Whang W. Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems. En: Murray CJL, Lopez A. *Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: World Health Organization; 1994.
21. Bobadilla JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. En: Frenk J, ed. Cap. 11: *Observatorio de salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.
22. Murray CJL, Lopez AD. *Global health statistics*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
23. Wagstaff A. *Inequalities in child mortality in the developing world. How large are they? How can they be reduced?* Washington, DC: The World Bank; 1999. (HNP Discussion Paper).
24. Cotlear D. *Peru: improving health care financing for the poor*. Washington, DC: The World Bank; 1999. (Country Studies).
25. Wagstaff A. *HNP module of Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) toolkit*. Washington, DC: The World Bank; 2000.
26. Missialos E, Grand JL, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate; 1999.
27. Ham C. Corporatization of UK hospitals. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in service delivery: the corporatization of hospitals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press for The World Bank; 2000. (En prensa).
28. Bobadilla JL, et al. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization* 1994;72(4):653–662.
29. Bobadilla JL, et al. *El paquete universal de servicios esenciales de salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994. (Economía y salud, documentos para el análisis y la convergencia).
30. Robinson R. Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy* 1999;49:13–26.
31. Maynard A. Rationing health care: an exploration. *Health Policy* 1999;49:5–11.
32. Berryman SE, et al. *Assessing institutional capabilities*. Washington, DC: The World Bank; 1997. (World Bank Working Paper).
33. Wilson JQ. *Bureaucracy: what government agencies do and why they do it*. New York: Basic Books; 1989.
34. Schmalensee R, Willig RD. Vols. I and II: *Handbook of industrial organization*. Amsterdam: Elsevier Science; 1989.
35. Williamson O. *The economic institutions of capitalism: firms, markets and relational contracting*. New York: Free Press; 1985.
36. Williamson OE. Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly* 1991;36(2):269–296.
37. Barr N, ed. *Labor markets and social policy in Central and Eastern Europe*. Oxford: Oxford University Press for The World Bank; 1994.
38. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1996: de la planificación centralizada a la economía de mercado*. Washington, DC: Banco Mundial; 1996; 149–158.

39. Lieberman S. Corporatization of Indonesia hospitals. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in service delivery: the corporatization of hospitals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press for The World Bank; 2000. (En prensa).
40. Palmer N. *The theory and evidence of contracting for primary care services: lessons for low and middle income countries*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1999. (Documento inédito).
41. Gregory R. Accountability, responsibility, and corruption: managing the "public production process". En: Boston J, ed. *The state under contract*. Wellington, New Zealand: Bridget Williams Books; 1995.
42. Panzar J, Willing R. *Economies of scale and economies of scope in multi-output production*. Murray Hill, New Jersey: Bell Laboratories; 1975. (Economic Discussion Paper No. 33).
43. Teece DJ. Economies of scope and the scope of the enterprise. *Bell Journal of Economic Behavior and Organization* 1980;1:223-247.
44. Ho T. Hospital restructuring in the European and Central Asian Regions. En: McKee M, et al., eds. *The appropriate role of the hospital*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000. (En prensa).
45. Barnum H, Kutzin J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
46. Lipsky M. *Street-level bureaucracy*. New York: Russell Sage; 1980.
47. Tarimo E. *Por un distrito sano. Cómo organizar y administrar sistemas de salud de distrito basados en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.
48. Conyers D, Cassels A, Janovsky K. *Decentralization and health systems change: a framework for analysis*. Geneva: World Health Organization; 1993. (Document WHO/SHS/NHP/93.2).
49. Janovsky K, Travis P. *Decentralization and health systems change: case study summaries*. Geneva: World Health Organization; 1998.
50. Pressman J, Wildavsky A. *Implementation*. Berkeley: University of California Press; 1973.
51. Harding A, Preker AS. Conceptual framework for organizational reform of hospitals. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000. (En prensa).
52. Evans B. General revenues financing: a comparison of US and Canada. En: Figueras J, et al., eds. *Funding health care and long-term care: options in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000. (En prensa).
53. Robinson JC. *The corporate practice of medicine: competition and innovation in health care*. Berkeley: University of California Press; 1999.
54. Phua K. Corporatization of hospitals in Singapore. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000. (En prensa).
55. Scott G. Corporatization in New Zealand hospitals. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000. (En prensa).
56. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997;42(1): 49-66.
57. McKee M, Healy J. *The role of the hospital in a changing environment*. European Observatory on Health Care Systems and London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999. (Documento inédito).
58. Mills A. Contractual relationship between government and the commercial private sector in developing countries. En: Bennett S, McPake B, Mills A. *Private health providers in developing countries: serving the public interest*. London: Zed Books; 1997.
59. Preker AS, Feachem RGA. *Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Technical Paper No. 293).
60. Klein B, Crawford RG, Alchian AA. Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. *Journal of Law and Economics* 1978;21:297-326.

