

## CAPÍTULO 6

# *¿Cómo se protege el interés público?*

*Los gobiernos deben ser los “rectores” de los recursos nacionales, manteniéndolos y mejorándolos para beneficio de la población. En materia de salud, esto supone en última instancia hacerse cargo de la gestión cuidadosa del bienestar de los ciudadanos. La rectoría en materia de salud es la esencia misma del buen gobierno. En relación con cada país, esto significa establecer el sistema de salud mejor y más equitativo que sea posible. La salud de la gente siempre debe ser una prioridad nacional, y la responsabilidad correspondiente del gobierno es continua y permanente. Por su parte, los ministerios de salud tienen que asumir gran parte de la función rectora de los sistemas de salud.*

*La política y las estrategias sanitarias tienen que incluir la prestación de servicios y el financiamiento privados, junto con el financiamiento y las actividades del Estado. Solo así será posible que los sistemas de salud en su totalidad puedan orientarse a lograr metas favorables al interés público. La rectoría abarca las tareas de definir la visión y la dirección de la política sanitaria, ejercer influencia por medio de la reglamentación y la defensa de la causa, y reunir información y utilizarla. En el ámbito internacional, la función rectora supone influir en las investigaciones y la producción mundiales para alcanzar objetivos sanitarios. También significa proporcionar una base de datos probatorios a fin de guiar los esfuerzos de los países encaminados a mejorar el desempeño de sus sistemas de salud.*



## 6

## ¿CÓMO SE PROTEGE EL INTERÉS PÚBLICO?

### LOS GOBIERNOS COMO RECTORES DE LOS RECURSOS SANITARIOS

La rectoría es la última de las cuatro funciones de los sistemas de salud examinadas en el presente informe, y posiblemente sea la más importante. Tiene prelación sobre las otras —prestación de servicios, producción de insumos y financiamiento— y difiere de ellas por una razón relevante: la responsabilidad última del desempeño general del sistema de salud de un país tiene que recaer siempre en el gobierno. La rectoría no solo influye en las otras funciones sino que permite alcanzar las metas de todo sistema de salud: mejorar la salud, responder a las expectativas legítimas de la población y lograr que haya equidad en las contribuciones. El gobierno ha de procurar que la función rectora esté presente en todos los niveles del sistema de salud a fin de alcanzar los mejores resultados.

Hace poco, la rectoría se definió como “la función de un gobierno responsable del bienestar de la población al que le preocupan la confianza y legitimidad con que la ciudadanía considera sus actividades” (1). Esta función exige tener capacidad de visión, hacer acopio de información y ejercer influencia, principalmente por el ministerio de salud, que debe supervisar y guiar la realización y el desarrollo de las acciones sanitarias nacionales en nombre del gobierno. Por consiguiente, una buena parte del presente capítulo se refiere a la función del ministerio.

Algunos aspectos de la rectoría en materia de salud tienen que ser asumidos por el gobierno en su totalidad. Influir en el comportamiento de actores de la salud que se mueven en otros sectores de la economía o alcanzar el tamaño exacto y la combinación idónea de aptitudes de los recursos humanos producidos por el sistema de salud puede estar fuera del alcance del ministerio. Para lograr la coherencia y la uniformidad necesarias entre las distintas dependencias gubernamentales y los diferentes sectores, el gobierno debería emprender, en caso necesario, una reforma general de la administración pública.

Fuera del ámbito gubernamental, la rectoría es igualmente una responsabilidad de los compradores y proveedores de servicios de salud, a quienes compete procurar que el dinero que gastan rinda los mayores beneficios posibles en cuanto a la salud. Asimismo, la rectoría en materia de salud tiene una dimensión internacional relacionada con la asistencia externa.

Sea como fuere, el gobierno sigue llevando la batuta. Actualmente, en casi todos los países está cambiando la función del Estado en relación con la sanidad. Las expectativas de

la gente con relación a los sistemas de salud son mayores que nunca; sin embargo, existen límites en las cosas que los gobiernos pueden financiar y en los servicios que pueden facilitar. Los gobiernos no pueden cruzarse de brazos frente a las demandas en constante aumento y, como consecuencia, se encuentran con dilemas complejos a la hora de decidir qué dirección tomar, pues ellos no pueden hacerlo todo. No obstante, desde el punto de vista de una rectoría eficaz, las funciones clave que competen al gobierno son la de supervisor y la de fideicomisario; en otras palabras, hacer caso a los que aconsejan “remar menos y ocuparse más del timón” (2, 3).

En todas partes, la rectoría presenta importantes defectos. En el presente capítulo se examinan algunos de ellos y se analizan además importantes tareas de rectoría. Se tienen en cuenta los protagonistas que intervienen y las estrategias para llevar a cabo la función rectora en diferentes circunstancias nacionales. Por último, se recapitulan algunos mensajes medulares expresados en los capítulos precedentes acerca de las direcciones de política que es preciso seguir para lograr un mejor funcionamiento de los sistemas de salud.

## ¿QUÉ ES LO QUE ANDA MAL CON LA RECTORÍA ACTUALMENTE?

“Los ministerios de salud de los países de ingresos bajos y medianos tienen la reputación de ser una de las instituciones más burocráticas y peor administradas del sector público. Concebidos e implantados a comienzos del siglo XX, con el cometido general de financiar y administrar extensos sistemas de hospitales públicos y de atención primaria en el período de la posguerra, estos ministerios se fueron convirtiendo en grandes burocracias centralizadas y jerárquicas, regidas por normas administrativas engorrosas y detalladas, y dotadas de un personal permanente protegido por las prestaciones de la administración pública. Los ministerios se fragmentaron en muchos programas verticales que a menudo se gobernaban como si fuesen feudos, dependiendo del incierto financiamiento aportado por donantes internacionales” (4).

En mayor o menor grado, los problemas recién descritos les resultan familiares a muchos países hoy en día. Las consecuencias son fácilmente previsibles, pero no siempre es posible saber por qué ocurren los problemas y cómo resolverlos. Y muchas veces esto sucede porque la función rectora tiene deficiencias visuales específicas.

**Los ministerios de salud a menudo padecen miopía.** Como son tan miopes, los ministerios algunas veces pierden de vista su objetivo más importante: la población en su totalidad. Solo ven a los pacientes y consumidores cuando el descontento público crece a tal grado, que obliga al ministerio a prestar atención. Además, los ministerios que son miopes solo reconocen a los actores más cercanos que se mueven en el campo de la salud, los cuales no son siempre los más importantes; estos pueden estar más alejados del corto campo visual del ministerio.

El ministerio de salud trata ampliamente con una multitud de personas y organizaciones del sector público que prestan servicios de salud, muchas de las cuales pueden estar financiadas directamente por el propio ministerio. Con frecuencia, este involucramiento se traduce en una intensa supervisión y orientación profesional. A veces, sin embargo, un poco más allá del reducido campo visual ministerial se encuentran por lo menos otros dos grupos que desempeñan una importante función en el sistema de salud: los proveedores no gubernamentales y los actores de salud que se mueven en sectores distintos del sanitario.

Si se tienen en cuenta su tamaño y efecto potencial en la consecución de metas de salud, estas personas y organizaciones poco reconocidas por el ministerio pueden resultar más

importantes que los recursos públicos canalizados por este. Sin embargo, la información sobre estos componentes puede ser escasa y a menudo se carece de una política para tratar con ellos. En Myanmar, Nigeria (5) y Viet Nam, por ejemplo, la atención médica financiada y proporcionada por el sector privado representa un gasto tres o cuatro veces mayor que el gasto correspondiente a los servicios públicos. Pero las leyes y reglamentos de estos países apenas si reconocen los numerosos y variados tipos de prestadores de servicios privados que existen en su territorio.

Algunos grandes planes de seguro de salud en la India no tienen actualmente una situación legal (6). En Europa y en las Américas, los accidentes de tránsito en las carreteras ocupan el cuarto lugar como causa de la carga total de morbilidad. Pese a ello, la participación del ministerio de salud se suele limitar a la rectoría de los servicios de atención de urgencias y accidentes, puesto que no usa su poder para promover la prevención. Es obvio que la responsabilidad de los servicios financiados con dineros públicos compete al gobierno. Pero también es evidente que el financiamiento privado y la provisión de *todas* las acciones sanitarias necesitan ser foco de atención del gobierno en virtud de su función general de rector del interés público.

Los ministerios también son miopes en el sentido de que no tienen el alcance visual suficiente para vislumbrar el futuro. A menudo conceden prioridad a las decisiones sobre inversiones en edificios, equipo y vehículos nuevos, por ejemplo, en tanto que la necesidad grave y crónica de mejorar el equilibrio entre las inversiones y el financiamiento ordinario se pierde en la bruma de la distancia.

**La estrechez de miras en la función rectora** consiste en centrar la atención exclusivamente en la legislación y la promulgación de reglamentos, decretos y ordenanzas como vehículos de la política sanitaria. Las normas escritas explícitas son importantes en el ejercicio de la función rectora; no obstante, formular reglamentos es relativamente sencillo y económico. Pero también es ineficaz, dada la incapacidad de los ministerios para vigilar su aplicación: es común que no alcancen los inspectores sanitarios para visitar con regularidad todas las tiendas de alimentos y los restaurantes, o que no haya suficientes inspectores de seguridad industrial para recorrer todas las fábricas. En las contadas ocasiones en que se imponen sanciones, estas son demasiado leves para desalentar las prácticas ilícitas o cambiar la indiferencia generalizada a los reglamentos.

La buena rectoría necesita apoyarse en *varias* estrategias encaminadas a modificar el comportamiento de las diversas partes interesadas en el sistema de salud, entre ellas: una mejor base de información, la habilidad de formar coaliciones de apoyo integradas por grupos distintos, y la capacidad de dar incentivos, sean directos u organizativos. A medida que la autoridad se traspasa, descentraliza y delega en la amplia variedad de partes interesadas en el sistema de salud, el acervo de estrategias de rectoría tiene que independizarse de los sistemas de “mando y control” a fin de lograr un marco coherente de incentivos.

**Los ministerios de salud a veces hacen la vista gorda** ante el incumplimiento de los reglamentos que ellos mismos han creado o que deben aplicar en interés del público. Un ejemplo extendido es la lenidad ante los empleados públicos que cobran honorarios ilegalmente a los pacientes y se embolsan el dinero, práctica conocida eufemísticamente como “pagos informales”. Un estudio reciente en Bangladesh reveló que el monto de los pagos extraoficiales era 12 veces mayor que el de los pagos oficiales (7). En Polonia, el soborno para recibir tratamiento se cita como una violación frecuente de los derechos de los pacientes (8). Si bien esta corruptela beneficia materialmente a muchos trabajadores de salud, disuade a los pobres de utilizar los servicios que necesitan, hace aún más inequitativo el financiamiento de la atención y distorsiona las prioridades sanitarias globales.

El resultado de hacer la vista gorda es la subversión de la función rectora, pues el ministerio traiciona la confianza en él depositada y con ello se institucionaliza la corrupción. Se suele fingir ceguera cuando el interés del público se ve amenazado de otras maneras. Por ejemplo, a causa de una lealtad profesional mal entendida, los médicos guardan silencio ante colegas que ejercen de manera incompetente y peligrosa. En un estudio que se realizó en 1999 en los Estados Unidos, se comenta: "al margen de que se trate de atención preventiva o del tratamiento de enfermedades agudas o crónicas, a menudo la atención de salud no cumple con las normas profesionales" (9). La probidad en las decisiones acerca de proyectos de inversión de capital y de adquisiciones cuantiosas (como equipo o productos farmacéuticos), que se prestan a la corrupción especialmente lucrativa, es otro obstáculo típico para la buena rectoría.

Algunos sucesos recientes han brindado la oportunidad de mejorar la visión de los ministerios y hacer más innovadora la rectoría. Gozar de más autonomía para adoptar decisiones sobre compras y prestación de servicios, por ejemplo, supone transferir parte de la responsabilidad del gobierno central al local. Sin embargo, esto crea tareas nuevas para el gobierno, que debe fiscalizar que las compras y la prestación de servicios se ajusten a la política general. La experiencia acumulada en materia de contratación (10) y el progreso acelerado de la tecnología permiten procesar rápida y económicamente enormes volúmenes de información, con lo cual, en principio, es más fácil para quienes realizan la función rectora tener una visión de conjunto del sistema sanitario.

Debe prestarse renovada atención al concepto de la función de rectoría sobre el conjunto de los actores y las acciones de salud. Se precisa analizar a fondo los aspectos conceptuales y prácticos, con la finalidad de definir y medir mejor el grado en que se está poniendo en práctica la función rectora en distintas circunstancias. Entre tanto, ya se pueden mencionar varias tareas básicas:

- formular la política sanitaria, es decir, definir la visión y la dirección;
- ejercer influencia por medio de la reglamentación;
- recabar y utilizar la información.

A continuación se describen dichas tareas.

## LA POLÍTICA SANITARIA: LA VISIÓN DEL FUTURO

Una política sanitaria explícita cumple varios propósitos: define la visión para el futuro, lo que a su vez ayuda a establecer los parámetros a corto y mediano plazo; describe las prioridades y las funciones previstas para los distintos grupos; crea consenso e informa a la población, y, en el proceso, cumple una importante función de gobierno. Las tareas de formular y poner en práctica la política sanitaria recaen en el ministerio de salud.

Algunos países no parecen haber formulado ninguna declaración nacional de política en materia de salud en la última década; en otros, la política al respecto existe solo en forma de documentos olvidados que no llegan a plasmarse en medida alguna. Con demasiada frecuencia, las políticas sanitarias y la planificación estratégica han pretendido ampliar el sistema público de atención de salud con criterios muy poco realistas, a veces muy por encima de lo justificado por el crecimiento económico nacional. A la larga, las propuestas del documento de política y planificación se consideran inviables y son descartadas. El recuadro 6.1 esboza la manera como la planificación sanitaria integral ha dado lugar a un enfoque de "marcos" más flexible. En Ghana, la estrategia sanitaria a mediano plazo de

1995 determinaba 10 maneras en que el sistema de salud podría contribuir a mejorar la salud (recuadro 6.2).

En algunos países, el proceso de formulación de la política se inicia con una consulta pública. A veces se utiliza un marco “renovable”, que se actualiza y modifica periódicamente. En los países donde la ayuda externa es una parte importante de los recursos del sistema de salud, los enfoques pansectoriales representan una ampliación importante de este método encaminado a formular y poner en práctica la política. La esencia de los enfoques pansectoriales es que, bajo el liderazgo del gobierno, una sociedad de instituciones financieras acepta colaborar para apoyar un conjunto definido de orientaciones normativas, compartiendo a menudo muchos procedimientos de aplicación, tales como la supervisión, la vigilancia, la notificación, la contabilidad y las compras. En el recuadro 6.3 se resume la evolución del enfoque pansectorial. De esta manera, la planificación sanitaria da señales de estar superando la programación de inversiones para lograr declaraciones de consenso sobre las líneas generales de la formulación de políticas y el desarrollo de sistemas.

Un marco de política debe reconocer las tres metas del sistema de salud y determinar estrategias adecuadas para acelerar el logro de cada una de ellas. Contados países tienen políticas explícitas relativas al carácter bueno y equitativo, en general, del sistema de salud. No obstante, desde hace mucho tiempo existe la necesidad de combinar estos dos valores en el gobierno (1). En el recuadro 6.4 se describe el antiguo sistema de rectoría de los países islámicos, la *hisba*, poniendo de relieve sus fines éticos y económicos. En ninguna parte se han formulado todavía declaraciones públicas sobre el equilibrio aconsejable entre los resultados sanitarios, la capacidad de respuesta del sistema y la equidad del financiamiento. Las políticas elegidas deberían (y a veces lo hacen, en parte) determinar la manera de mejorar las funciones claves del sistema.

Con respecto a la prestación de servicios, conviene reconocer a todos los proveedores y describir su contribución futura, que puede ser mayor en unos casos y menor en otros. En lo que hace al financiamiento, habrá que formular estrategias para reducir la dependencia de los pagos directos y aumentar los pagos anticipados. Hay que admitir el papel de las principales organizaciones financieras (privadas y públicas, nacionales y extranjeras) y de

### Recuadro 6.1 Las tendencias en la política sanitaria nacional: de los planes a los marcos

Los documentos de política sanitaria nacional tienen una larga historia que data desde antes de la preocupación internacional por promover la atención primaria de salud, pero que recibió un impulso de este movimiento. En muchas economías de planificación central y en desarrollo, las políticas sanitarias formaban parte del plan de desarrollo nacional y ponían el acento en las necesidades de inversión. Algunos documentos de política sanitaria eran una mera recopilación de proyectos o planes relacionados con programas concretos. En ellos se hacía caso omiso del sector privado

y con frecuencia no se tenían en cuenta la realidad financiera ni las preferencias de las personas. Era común que hubiese problemas para llevarlos a la práctica.

Desde luego, no todos los países cuentan con una política sanitaria nacional de carácter oficial: Estados Unidos, Francia y Suiza no la tienen; en Túnez no hay un documento único de política nacional que sea oficial; el Reino Unido elaboró el primer documento oficial de este tipo en los años noventa, y Portugal en 1998. El tiempo de vigencia de una política depende de que contenga o no cambios fundamentales en el programa

de trabajo; así, la India se sigue rigiendo por el plan de 1983; Mongolia, que se halla en plena transición económica, revisó en 1996 y en 1998 una política que data de 1991.

Actualmente, se está produciendo un movimiento en favor de marcos de política más abarcadores, pero con menos detalles, en los que se traza la dirección a seguir pero no se describen los pormenores operativos, como es el caso de Ghana y Kenya.

*Un marco de política sanitaria nacional:*<sup>1</sup>

- señala objetivos y aborda los principales aspectos de política;

- define las funciones respectivas del sector público y del privado en lo relativo al financiamiento y la prestación de servicios;
- determina los instrumentos de política y los arreglos organizativos que se requieren en los sectores público y privado para alcanzar los objetivos del sistema;
- establece el programa de trabajo para la creación de capacidad y el desarrollo organizativo;
- ofrece orientación para priorizar los gastos, lo cual significa que vincula el análisis de los problemas con las decisiones sobre la asignación de los recursos.

<sup>1</sup>Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development*. Geneva: World Health Organization/DANIDA/DFID/European Commission; 1997. (Documento inédito WHO/ARA/97.12).

las familias, y determinar su orientación futura. Los mecanismos de la rectoría, destinados a reglamentar y vigilar la transformación de estas funciones en consonancia con la política, también deben ser explícitos. Es probable que con todo esto surjan oportunidades para que los representantes de los consumidores logren un equilibrio entre los intereses de estos últimos y los de los proveedores.

Se corre peligro cuando determinadas líneas de política, o toda una estrategia de reforma, se vinculan a cierto partido político o ministro de salud. Al margen de que la política sea buena o mala, se torna sumamente vulnerable. Cuando dicho ministro o partido deja el cargo, la política desaparece, por lo general antes de que haya tenido éxito o fracasado, ya que el siguiente ministro o gobierno casi nunca está dispuesto a trabajar bajo el estandarte de su predecesor. La rotación rápida de los funcionarios principales encargados de formular las políticas, y una atmósfera políticamente cargada, son peligrosas para la buena rectoría (11). Mediante el establecimiento de la debida función rectora es posible disminuir el riesgo de que alguien "se apropie" de ciertas direcciones de la política, para lo cual hay que integrar un conjunto de sectores interesados bien informados y procurar que se distribuyan ampliamente los intereses, las aptitudes y los conocimientos necesarios para mantener el rumbo particular de la política.

Las demás tareas de rectoría tienen que ver con la aplicación de la política, como algo diferenciado de su formulación y promoción.

## ESTABLECER LAS REGLAS Y HACERLAS CUMPLIR

Se reconoce ampliamente que la reglamentación es una responsabilidad que incumbe a los ministerios de salud y, en algunos países, a los organismos de seguridad social. No solo abarca la formulación de las normas que rigen el comportamiento de los actores en el sistema de salud, sino también su aplicación. En cumplimiento de las tareas de formulación de políticas y acopio y utilización de datos, la reglamentación tiene que abarcar a todos los actores y acciones de salud, y no solo al ministerio o al sector público correspondiente.

### Recuadro 6.2 El marco de política sanitaria a mediano plazo de Ghana

En Ghana, después de un amplio proceso de consulta, se determinó que las siguientes estrategias brindan los medios para mejorar el desempeño en el campo sanitario.

- Reordenamiento de las prioridades de los servicios de salud con miras a que los de atención primaria (es decir, los que aportan el máximo beneficio en la disminución de la morbilidad y la mortalidad) resulten más favorecidos al asignarse los recursos.
- Fortalecimiento y descentralización de la gestión en el contexto de un servicio nacional de salud.
- Establecimiento de vínculos entre los proveedores de atención sanitaria del sector privado y el público para crear consenso y conseguir que todos los recursos sean encauzados hacia una estrategia común.
- Ampliación y rehabilitación de la infraestructura sanitaria para aumentar la cobertura y mejorar la calidad.
- Fortalecimiento de la planificación, administración y capacitación de los recursos humanos como un medio de proveer y conservar un número suficiente de equipos de salud de buena calidad y debidamente motivados que presten los servicios.
- Abastecimiento y gestión adecuada de insumos tales como medicamentos y otros bienes fungibles, equipo y vehículos a todos los niveles del sistema de salud.
- Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y reglamentación dentro del servicio de salud para lograr la ejecución más eficaz de los programas.
- Habilitación de las familias y las comunidades para que asuman más responsabilidad por su propia salud.
- Mejora del financiamiento de la atención sanitaria, para lo cual se procurará usar de manera eficiente y eficaz los recursos disponibles tanto públicos como de organizaciones no gubernamentales, así como los procedentes de fuentes privadas, misiones y donantes. También se explorarán posibles formas de movilizar recursos adicionales con miras a lograr que los servicios sean más accesibles y asequibles.
- Promoción de la acción intersectorial en pro del desarrollo sanitario, particularmente en las esferas de alimentación y nutrición, empleo, educación, agua y saneamiento.



Aunque el sistema público de atención sanitaria suele estar repleto de normas, pocos países (de ingresos altos o bajos) han elaborado estrategias adecuadas para reglamentar el financiamiento y la prestación de servicios de salud por parte del sector privado. Casi todos los países tienen pendiente la importantísima tarea de reformular un conjunto coherente de disposiciones reglamentarias, acorde con las metas y prioridades nacionales, aplicable a los proveedores y las fuentes de financiamiento privados.

*Los reglamentos pueden producir un efecto estimulante o restrictivo.* Puesto que el sector privado incorpora a muchos participantes, la política nacional tiene que discernir cuidadosamente lo que ha de promover de lo que ha de restringir. Una postura única ante el sector privado probablemente no sea adecuada. Con respecto a la promoción, se pueden establecer incentivos explícitos para la práctica privada, tales como la venta de activos públicos, los préstamos preferenciales o la donación de terrenos. Se pueden ofrecer incentivos tributarios a fin de fomentar la prestación privada de servicios con un control gubernamental escaso o nulo del comportamiento de los proveedores en el mercado. China volvió a legalizar el ejercicio privado de las profesiones en los años ochenta y fomenta empresas conjuntas de capital público y privado para la copropiedad de hospitales. El Ministerio de Hacienda de Tailandia ofrece incentivos tributarios a quienes invierten en hospitales privados.

En el otro extremo, a veces se han erigido barreras considerables para impedir el ingreso al mercado, como la prohibición legal de la práctica privada. Este sigue siendo el caso de Cuba y lo fue de Etiopía, Grecia (con respecto a los hospitales), Mozambique y la República

### Recuadro 6.3 ¿Apoya el enfoque pansectorial a la rectoría?

El enfoque pansectorial es un método de trabajo que permite reunir al gobierno, los donantes y otras partes interesadas dentro de cualquier sector. Se caracteriza por un conjunto de principios operativos y no por un conjunto de políticas y actividades concretas. El método supone que, a lo largo del tiempo y bajo el liderazgo del gobierno, hay que procurar ampliar el diálogo en cuestión de políticas; formular una sola política sectorial (que aborde por igual las cuestiones del sector privado y del público) y un programa de gastos común y realista; establecer arreglos de seguimiento comunes, y lograr una mayor coordinación de los procedimientos de financiamiento y adquisiciones. La participación en un enfoque pansectorial exige comprometerse a buscar el cambio en esa dirección y no implica que desde el principio haya

que alcanzar cabalmente todos esos elementos. Exige hacer cambios en la manera en que funcionan los gobiernos y los organismos donantes, así como en las aptitudes necesarias de su personal y sus sistemas.

Este modo de proceder ha comenzado a afianzarse principalmente en algunos de los países más dependientes de la ayuda externa. Le han dado impulso las inquietudes tanto gubernamentales como de los donantes acerca de los enfoques que a lo largo del tiempo se han dado a la asistencia para el desarrollo, en los que a menudo ha intervenido una combinación de políticas de ajuste macroeconómico "ciegas con respecto al sector social" y proyectos de "fragmentación sectorial". Muchos de esos países están en África, por ejemplo, Burkina Faso, Etiopía, Ghana, Malí, Mozambique, Senegal, Uganda, República Unida de Tanzania y Zambia. Otro grupo de paí-

ses que están considerando la conveniencia de adoptar el enfoque pansectorial o lo están aplicando activamente se encuentra en Asia: Bangladesh, Camboya y Viet Nam son ejemplos.

El método pansectorial necesita tiempo para desarrollarse. En Ghana, antes de que el programa unisectorial del Ministerio de Salud fuese respaldado por los donantes, el país ya había pasado por diez años de desarrollo institucional, cuatro años de trabajo considerable en los aspectos de política y estrategia, tres años de fortalecimiento de las funciones básicas de gestión, dos años de negociaciones, planificación y diseño, y un año de tropiezos y demoras.<sup>1</sup>

Camboya y Viet Nam se encuentran en una fase muy preliminar del análisis de la política sectorial con los donantes. En otros países se ha adelantado principalmente en la formulación de una política uni-

sectorial y un marco de gastos a mediano plazo y en el acuerdo de regirse por ellos. En algunos países, las misiones conjuntas de análisis se han convertido en algo común. No se ha progresado mucho en el establecimiento de arreglos de financiamiento y compra en común.

En potencia, el enfoque pansectorial puede apoyar una rectoría adecuada. Walt y sus colaboradores afirman que se considera que el método es capaz de fortalecer la capacidad de los gobiernos para supervisar todo el sistema de salud, formular políticas y entablar relaciones con las partes interesadas ajenas al sector público.<sup>2</sup> Lo más importante de todo, sin embargo, es que el enfoque pansectorial depende de la capacidad de visión y liderazgo del gobierno nacional.

<sup>1</sup> Smithson P. Citado en: Foster M. *Lessons of experience from sector-wide approaches in health*. Geneva: World Health Organization, Strategies for Cooperation and Partnership; 1999. (Documento inédito).

<sup>2</sup> Walt G et al. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAPs? *Health Policy and Planning* 1999; 14(3): 273–284.

Unida de Tanzania, entre otros países. Entre ambos extremos figuran las políticas que permiten el ingreso relativamente libre al mercado, facilitan incentivos moderados o imponen ciertas condiciones previas a quienes desean participar en el mercado privado, por ejemplo, mediante normas de conducta comercial y cierto grado de supervisión y coacción.

Algunas dependencias gubernamentales ajenas al ministerio de salud, y los inversionistas privados mismos, suelen buscar incentivos para que el sector privado tenga mejores oportunidades en el ámbito sanitario. Los ministerios de hacienda, comercio y desarrollo a menudo propugnan el aumento de la inversión privada en el sector de la salud, en conformidad con las estrategias globales de liberalización económica.

Las políticas promotoras parecen surtir efecto y contribuir al crecimiento del financiamiento y de la prestación de servicios por el sector privado (12, 13). Pero también tienen efectos colaterales graves, como el aumento de las inequidades, la desigual calidad de la atención, y la ineficiencia. El ministerio de salud necesita saber de antemano cuáles son las condiciones que va a exigir a dichos inversionistas para que contribuyan a alcanzar los objetivos de eficiencia, calidad o equidad del sistema de salud, y cómo va a defender la noción de que el sector de la salud *no* es como los demás sectores.

El daño que ocasionan los abusos del mercado es difícil de remediar una vez que se ha producido. El de los Estados Unidos quizás sea el caso mejor documentado del rezago de las entidades de reglamentación con respecto a las aseguradoras de salud privadas (14). Los gobiernos estatales tienen innumerables leyes y reglamentos, además de la autoridad coercitiva necesaria sobre las aseguradoras privadas del país, para velar por la competencia leal, garantizar la calidad y brindar a los consumidores protección general contra la comercialización fraudulenta. Este marco normativo ha venido evolucionando por muchos años y está lejos de ser perfecto, pues no garantiza que todos tengan seguro. Ciertos cambios reglamentarios recientes han mejorado el acceso de las pequeñas empresas y de los individuos al seguro privado. Los empleadores del sector privado han ideado distintas formas de evadir los reglamentos, con miras a que se les apliquen los reglamentos federales, más tolerantes. No obstante, el sistema evita muchos de los abusos más viles por parte de

#### Recuadro 6.4 Rectoría: el sistema de la hisba en los países islámicos

La institución de la hisba surgió con la finalidad de llevar a cabo la función rectora en los países islámicos hace más de 1400 años. Se trata de una institución moral y socioeconómica, cuya razón de ser es ordenar el bien y prohibir el mal. Las funciones del almotacén (jefe del sistema de la hisba) se pueden clasificar en tres categorías: las relativas a (los derechos de) Dios; las relativas a (los derechos de) la gente; y las relativas a ambas.

La segunda y tercera categorías guardan relación con los asuntos de la comunidad y la administración municipal. El objetivo principal de la hisba fue promover nuevas normas

sociales y desarrollar el sistema necesario para lograr la adhesión de los diversos sectores de la sociedad a estas normas.

El primer almotacén del Islam fue una mujer llamada Al Shifa, quien fue nombrada en Medina por el segundo califa, Omar ibn Al Jattab, hace casi 1450 años, y a quien se confirió la autoridad para controlar los mercados. El mismo califa otorgó una autoridad semejante a otra mujer, Samra bint Nuhayk, en La Meca, la segunda ciudad en importancia.

El almotacén podía designar a personas técnicamente calificadas para que investigasen la conducción de distintos oficios, ramos comerciales

y servicios públicos, entre ellos los servicios de salud. Por lo general recibía quejas del público, pero también podía ordenar investigaciones por propia iniciativa.

Los servicios médicos también estaban reglamentados por el sistema de la hisba. Los médicos y otros especialistas del campo de la salud debían aprobar exámenes profesionales y poseer el equipo necesario a fin de obtener la licencia. El almotacén tenía que velar por que los médicos en ejercicio se sujetaran a las normas morales y éticas, incluidas la prestación equitativa de sus servicios y la protección del interés público. En el campo de los servicios farmacéuticos,

se preparaban publicaciones técnicas, por ejemplo, monografías en las que se describían las normas y especificaciones de los diversos medicamentos, así como métodos de garantía de la calidad. El sistema también incluía inspecciones y mecanismos para hacer cumplir las normas.

A semejanza de muchas otras instituciones, el sistema de la hisba sufrió extraordinarias modificaciones al producirse la colonización occidental: sus funciones se repartieron entre varias dependencias seculares y se redujo su contenido moral.

las aseguradoras insolventes o sin escrúpulos, y ayuda a corregir muchas carencias del mercado. Chile y Sudáfrica han tenido experiencias parecidas en el ámbito de la reglamentación de las prácticas de las aseguradoras de salud privadas. Sudáfrica modificó hace poco los reglamentos que rigen los planes de seguro médico, a fin de reducir la selección del riesgo y aumentar su mancomunación (recuadro 6.5).

Chile no ha logrado establecer obligaciones contractuales explícitas para las aseguradoras privadas ni ha podido prohibir que seleccionen el riesgo, puesto que gozan de su propia influencia política y de la de sus clientes. Por experiencia se sabe que, cuando transcurre mucho tiempo entre el ingreso al mercado y la aplicación de los reglamentos que rigen el comportamiento del mismo, implantar esas normas se vuelve muy difícil por razones políticas (15, 16).

Una forma más moderada de incentivar la participación del sector privado son los contratos entre compradores del gobierno y proveedores privados. En el Líbano, por ejemplo, 90% de las camas de los hospitales corresponden al sector privado y las organizaciones no gubernamentales proveen atención ambulatoria a 10–15% de la población, en particular a los pobres. Al Ministerio de Salud no le queda más remedio que contratar determinado número de camas en casi todos los hospitales privados para los pacientes que reciben atención pública (17). Pero el gobierno no aprovecha este instrumento normativo, pues las reglas de reembolso permiten ingresos innecesarios y el uso excesivo de servicios, lo que

### Recuadro 6.5 Sudáfrica: reglamentación del mercado de los seguros privados para aumentar la mancomunación de riesgos

El gobierno que asumió el poder en 1994 como resultado de las primeras elecciones democráticas, se encontró con un sistema de salud que reflejaba las desigualdades existentes en el seno de la sociedad en general. Un sector de atención de salud de carácter privado, de larga data y bien desarrollado, acaparaba 61% de los recursos financieros destinados a la atención sanitaria, pero solo cubría las necesidades del 20% de la población que se considera acomodado. La gran mayoría de los habitantes tenían que depender de servicios públicos mal distribuidos, insuficientemente financiados y fragmentados. Durante la mayor parte del período comprendido entre finales de los años ochenta y los noventa, el aumento incontenible de los costos en el sector privado generalmente superó el ritmo de la inflación. La respuesta del sector privado consistió en limitar las prestaciones, aumentar los copagos y acelerar la exclusión de los miembros de alto riesgo, que se quedaron sin cobertura, todo lo cual empeoró el problema de la desigualdad.

Por su parte, el nuevo gobierno hizo frente a la situación promulgando leyes que disponían la creación de planes médicos que debían ofrecer un conjunto mínimo de prestaciones y aumentar la mancomunación de riesgos. Se resumen a continuación los principios y objetivos fundamentales de esas leyes.

- **Tarifación comunitaria.** Con respecto a un producto u opción determinados, la única justificación para que las primas varíen son el tamaño de la familia y los ingresos. Queda prohibida la tarifación basada en el riesgo o la edad.
- **Acceso garantizado.** Ninguna persona que pueda pagar la prima fijada de conformidad con la tarifación comunitaria podrá ser excluida sobre la base de la edad o el estado de salud.
- **Mayor mancomunación de riesgos.** La imposición de topes a las contribuciones permisibles y a las cantidades que pueden acumularse mediante las cuentas de ahorro personales para gastos médicos permitirá que una mayor propor-

ción de las contribuciones se encauce hacia el fondo de riesgo mancomunado.

- **Promoción de la cobertura vitalicia.** La tarifación comunitaria y el acceso garantizado se combinarán con la penalización de las primas de quienes opten por comprar el seguro en una etapa relativamente avanzada de la vida, a fin de ofrecer estímulos poderosos al aseguramiento asequible de por vida.
- **Prestaciones mínimas prescritas.** Todos los planes de seguro médico deberán garantizar la cobertura total del costo del tratamiento en establecimientos públicos de una lista especificada de enfermedades y afecciones y de procedimientos, lo cual disminuirá en gran medida las repercusiones de la práctica de "traspasarle" los pacientes al Estado.

En 1995, el ministro de salud nombró una comisión investigadora, la que a su vez constituyó un pequeño equipo técnico que se ocupó de preparar los nuevos reglamentos para

los planes de seguro médico. El equipo elaboró su primer documento de trabajo en 1996, y todas sus propuestas se sometieron a una amplia consulta con las partes interesadas claves. Los análisis y debates continuaron hasta mediados de 1997, cuando se publicó un documento de política oficial.<sup>1</sup> Tras un período intenso de debates abiertos durante el proceso legislativo, la nueva ley de planes de seguro médico y el reglamento correspondiente entraron en vigor el 1 de enero de 2000, tres años y medio después de haberse formado la comisión. Un grupo importante que se benefició de inmediato fue el de los pacientes VIH-positivos afiliados a planes de seguro médico, quienes ahora tendrán acceso a atención subsidiada, con inclusión de medicamentos para tratar infecciones oportunistas; anteriormente, estas personas estaban excluidas o solo tenían derecho a prestaciones muy limitadas.

Colaboración de T. Patrick Masobe, Departamento de Salud, Sudáfrica.

<sup>1</sup> *Reforming private health financing in South Africa: the quest for greater equity and efficiency.* Pretoria: Department of Health; 1997.

lleva al aumento exagerado de los costos; además, los hospitales privados funcionan en un entorno escasamente reglamentado, de manera que no hay control sobre las inversiones. Esta situación, a su vez, genera presión para que el gobierno preste apoyo financiero constante, lo cual parecería justificar mayores inversiones. Es preciso que la función rectora logre la congruencia de los mensajes con respecto a los incentivos que emiten los distintos niveles de la política pública.

*La reglamentación exige recursos.* La supervisión y las estrategias contractuales relacionadas con la reglamentación entrañan altos costos de transacción para el gobierno y los proveedores o las aseguradoras, lo cual puede contrarrestar los posibles ahorros en los costos que suponen esas estrategias. En el Reino Unido y Nueva Zelanda, una clara conciencia de estos costos respaldó las medidas que se adoptaron para separar las funciones de los compradores de las de los proveedores (18). La falta de compromiso y de recursos financieros suele mermar la capacidad del gobierno para cumplir sus responsabilidades normativas pasadas y presentes. Esto indica que es indispensable desarrollar capacidades en materia de aptitudes de contratación y supervisión regulatoria, para lo cual se ha de contratar personal idóneo nuevo y adiestrar y brindar asistencia técnica al personal existente.

La escasez de aptitudes o de recursos humanos se cita frecuentemente como causa de que los marcos normativos sean anticuados o no se apliquen en forma debida (4). La culpa también se atribuye a veces a la falta de autoridad legislativa. Por ejemplo, a finales de los años setenta, Sri Lanka desreguló la práctica privada de los médicos del gobierno, y liberalizó la economía en general, lo cual aumentó la disponibilidad de capital (19). Sin embargo, el Ministerio de Salud no registró eficazmente el número creciente de proveedores privados. No contaba con una estrategia normativa, ni con personal a cargo de las relaciones con el sector privado, y carecía de la autoridad legislativa suficiente para emprender muchas tareas. La única ley escrita disponía el registro de las casas de convalecencia, pero no el de las clínicas privadas ni de los médicos. Existe una ley, pero está pendiente de ejecución desde 1997. No obstante, en 1998 se creó una nueva dependencia del Ministerio de Salud para el desarrollo y la reglamentación del sector privado.

En Egipto, la mayor parte de los médicos trabajan simultáneamente en el sistema público y en el sector privado. Como consecuencia, buena parte de su trabajo escapa a la supervisión y reglamentación. Algo parecido sucede comúnmente en América Latina. En la India, el sector privado ha crecido a un ritmo que supera los mecanismos para vigilarlo, y sobre todo para reglamentarlo, pese a la preocupación por la calidad de la atención. Los profesionales de la salud conocen las leyes sobre el ejercicio profesional, pero saben también que los mecanismos para hacerlas cumplir son débiles o no existen; también saben que las asociaciones profesionales, teóricamente responsables de aplicar alguna forma de autorregulación, son ineficaces.

Cuando los proveedores del sistema público usan ilegalmente los establecimientos del sector público para dispensar atención especial a pacientes privados, dicho sector acaba subvencionando extraoficialmente la práctica privada. Es casi imposible prohibir por completo que los trabajadores de salud en la nómina pública ejerzan su profesión en el sector privado; pero se pueden tomar varias medidas para conseguir que los profesionales que ejercen de manera privada compitan en forma leal y no medren mediante el "pluriempleo" a costa del erario (20, 21). Procurar que los pacientes, el público, los medios de comunicación y los proveedores conozcan las normas es un factor importante en la reglamentación de la prestación combinada de servicios por los sectores público y privado.

*Los servicios públicos eficaces pueden ser un instrumento de la reglamentación.* La organización de sistemas eficaces de financiamiento y prestación de servicios públicos adquiere una importancia aun mayor cuando la política del gobierno tiene por objeto restringir el desarrollo de un mercado de servicios privados de salud, o cuando carece de los recursos para prevenir fallas indeseables del mercado. El sector público debe entonces responder a las necesidades cambiantes de los consumidores, a la introducción de tecnologías médicas nuevas y a las expectativas razonables de los profesionales de salud. Un sector público fuerte puede incluso ser una muy buena estrategia para reglamentar la prestación de servicios privados y proteger a los consumidores, si ayuda a mantener la competitividad del sector privado con respecto a los precios y a la calidad de los servicios.

Sin embargo, con harta frecuencia se considera que el que no es competitivo en calidad y capacidad de respuesta es el sector público, a pesar de que presta servicios subsidiados o gratuitos. Si el sistema público se deteriora o no mejora continuamente, un volumen excesivo de recursos y atención se desvía para tratar de atrapar a los infractores que actúan en el "mercado negro", y el crecimiento de los pagos no autorizados socava los objetivos de equidad.

Los reglamentos que casi nunca se aplican son invitaciones al abuso. El tema de la supervisión más estricta y la reglamentación de los proveedores y aseguradoras del sector privado consta actualmente en el programa de políticas de muchos países. Sin embargo, el progreso es lento, por no decir imposible. Esto implica que los países tienen que considerar no solo el efecto del sector privado sobre el público y configurar el marco normativo que limite los efectos nocivos, sino comprometerse a aplicar constantemente los reglamentos mediante la inversión en conocimientos y aptitudes del personal fiscalizador. En un estudio que se llevó a cabo en Sri Lanka, se llegó a la conclusión de que "la lentitud en la respuesta durante los años ochenta ha tornado más difícil la tarea de la reglamentación en los noventa: el crecimiento irregular o sin supervisión del sector privado ha creado un mercado más grande, más complejo y con intereses más arraigados de los proveedores y de los usuarios" (19).

La autorregulación profesional, a diferencia del egoísmo personal, respalda un buen ejercicio de la profesión. Mediante el establecimiento de una organización profesional, los trabajadores de salud hacen suyas varias tareas rectoras: admiten y certifican a sus miembros, intercambian experiencias y, en ocasiones, ofrecen capacitación en el servicio. Destinar pequeñas sumas a apoyar financieramente a tales organizaciones puede permitir que el ministerio de salud obtenga la información básica que necesita sobre los proveedores no gubernamentales, particularmente en establecimientos de consulta externa. En varios países del África oriental, donde ciertos grupos religiosos son proveedores importantes de servicios de salud, hay organismos de coordinación central no gubernamentales que ya desempeñan esta función. Son comunes las asociaciones médicas nacionales, aunque también existen asociaciones de curanderos.

Las reformas recientes en los Países Bajos demuestran que es difícil lograr el equilibrio entre una reglamentación más estricta que proteja a los consumidores y acreciente la equidad, y una más flexible que estimule la competencia (recuadro 6.6).

Los países en desarrollo también han aplicado políticas que ayudan a que los actores del sector privado trabajen por una meta más amplia que es el bien común. Además del ejemplo de Sudáfrica, que figura en el recuadro 6.5, la Política Nacional Farmacéutica de Bangladesh, aprobada en 1982, prohíbe la importación y venta de cualquier medicamento no esencial. Como consecuencia, se prohibieron cerca de 1666 productos que se considera-

ron ineficaces o nocivos, y 300 recibieron la aprobación para su venta. El gobierno también supervisa la calidad de producción de los fabricantes y proporciona capacitación a los minoristas sobre el uso racional de los medicamentos. “Mediante la combinación de la supervisión del sector público y la iniciativa privada, los medicamentos esenciales se han puesto al alcance de muchos ciudadanos, [y] los precios de los medicamentos [...] producidos localmente [son] razonables y estables” (22).

*La reglamentación exige el diálogo.* En los países que supervisan con más firmeza al sector privado, los gobiernos en su mayor parte mantienen la estructura normativa a una distancia prudente de los participantes del sector privado sujetos a la reglamentación. De no ser así, el sector privado tendría la capacidad de subvertir el sistema mediante la “apropiación de la reglamentación”, es decir, de atraer a su causa a los encargados de formular reglamentos para que estos lo favorezcan. Pero “a una distancia prudente” no significa que no haya comunicación. El diálogo entre los funcionarios públicos que formulan la política o los reglamentos y los participantes del sector privado es un factor esencial para la eficacia de los reglamentos. Los gobiernos no solo han de *ver* bien para desempeñar debidamente su función rectora, sino que también han de escuchar. Los grupos que cuentan con representantes de ambos sectores hacen un aporte valioso al proceso de formulación de la política y de redacción de reglamentos porque pueden evaluar la manera en que los participantes del sector privado pueden coadyuvar a alcanzar las metas de la política pública sin menoscabo de su posible éxito en el mercado. La desventaja de esos procesos es que pueden desacelerar el ritmo de la reforma. E incluso con supervisión y reglamentación firmes, los participantes del sector privado pueden debilitar el aparato normativo mediante la presión política.

En conclusión, son claras las siguientes enseñanzas importantes para la evolución de los marcos normativos de los mercados de servicios de salud privados.

- Los marcos deben instituirse *antes* de cualquier expansión que se tenga prevista mediante incentivos económicos, y ponerse en práctica enérgicamente tan pronto como el mercado privado empiece a responder a los incentivos.
- Las políticas normativas deben revisarse constantemente para que sean congruentes con los cambios en el escenario político.
- Se necesitan diferentes instrumentos reglamentarios para mejorar la calidad de la atención, aumentar el acceso a los servicios y promover la eficacia.

### Recuadro 6.6 La apertura del sistema de seguros de salud en los Países Bajos

El nuevo sistema de seguros de salud de los Países Bajos, sancionado en 1990, por primera vez exigió que todas las aseguradoras privadas ofrecieran un conjunto integral y uniforme de prestaciones. Pero fomentó la competencia al concederle a las personas un subsidio que les ayuda a comprar un seguro de salud obligatorio de una serie de

aseguradoras que compiten entre sí. Las aseguradoras reciben del gobierno pagos per cápita ajustados según el riesgo y también una prima fija aparte por cada persona asegurada. Cuanto más eficiente es la aseguradora, más baja es la prima pagada por el asegurado. También se permitió que las aseguradoras negociaran tarifas más bajas que las autorizadas,

lo que antes estaba prohibido. Como consecuencia, las aseguradoras de salud privadas ingresaron en el mercado por primera vez desde 1941, y tanto estas como los prestadores de servicios se involucraron en las iniciativas de mejoramiento de la calidad; este se convirtió en el objetivo de la competencia entre aseguradoras, que dejaron de competir tan solo en

función de los precios.<sup>1</sup> Pero el nuevo sistema vino a entorpecer la reducción de las desigualdades en materia de salud, pues las personas que tienen mejor situación económica pueden pagar anticipadamente conjuntos más completos de prestaciones.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Van de Ven W, Schut F. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive insurance market? *Social Science and Medicine* 1994; 39(1): 1459–1472.

<sup>2</sup> Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press; 1998.

- Los responsables de formular los reglamentos deben lograr un equilibrio entre evitar la apropiación del proceso por los intereses del sector privado, y sostener un diálogo productivo con este para que los marcos normativos sean realistas.
- Cuando los gobiernos eligen restringir las actividades del sector privado, deben garantizar que el sector público responda eficazmente a las necesidades de los consumidores.

Los gobiernos no deben cejar en su compromiso de aplicar los reglamentos y las normas invirtiendo en los conocimientos y las aptitudes del personal pertinente, a fin de ir a la par de la evolución del mercado.

## RECABAR Y USAR INFORMACIÓN, Y COMPARTIR CONOCIMIENTOS

La función rectora exige tener capacidad de visión, recabar información y utilizarla, y ejercer influencia. Si no se comprende debidamente lo que está sucediendo en la totalidad del sistema de salud, es imposible que el ministerio elabore estrategias para influir en el comportamiento de los distintos grupos de interés de modo que apoyen los objetivos generales de la política sanitaria, o por lo menos no entren en conflicto con ellos.

Un buen sistema de información, que no solo recaba los datos sino que permite entenderlos, debe ser selectivo en cuanto a la información que genera para la toma de decisiones en el nivel más alto. Sin embargo, debe partir de los conocimientos básicos. ¿Quiénes son los principales proveedores de servicios y qué desafíos representan para las metas de la política sanitaria? ¿Dónde están los desequilibrios o cuellos de botella principales en la producción de insumos, y qué opciones de política parecen ser las más idóneas? ¿Dónde se encuentran las principales fuentes de financiamiento y qué estrategias permitirán acrecentar los pagos anticipados y hacerlos más equitativos? ¿Cuáles son los usos principales del financiamiento y qué políticas garantizarán la asignación más eficaz de los recursos?

La mayor parte de los sistemas de salud recogen enormes cantidades de información que pueden entorpecer su funcionamiento. Dicha información puede estar relacionada con cuentas, registros de personal, inventarios, libros de registros de vehículos, informes de actividades (diarias, o por programa, departamento, pabellón, prescripción y paciente) en cada establecimiento de salud y en los expedientes de los pacientes. En muchos ministerios de salud se desperdician mensualmente miles de horas de trabajo reuniendo información que nunca se utilizará. Como regla general de gestión, la cantidad de información que pasa de un nivel a otro del sistema debería reducirse considerablemente en cada nivel.

A efectos de la rectoría, solo se necesitarían resúmenes periódicos que muestren variaciones geográficas o temporales. La información sobre la distribución y la actividad de los insumos sanitarios del sector público y sobre las asignaciones presupuestarias puede poner de manifiesto fluctuaciones importantes e injustificadas. Pero lo que falta en la información y en los análisis es aún más importante para la rectoría. Hoy en día son pocos los países de ingresos bajos y medianos que cuentan con información fidedigna sobre la cuantía y la procedencia del financiamiento y de la prestación de servicios no gubernamentales en el sistema de atención. Como lo demuestran los indicadores de cuentas sanitarias nacionales en el cuadro 8 del anexo, estos son los que suelen predominar en esos países. Se sabe poco en la mayor parte de los países acerca de las expectativas de la gente con respecto al sistema de salud o acerca de la estructura de los mercados complejos de proveedores no gubernamentales. Sin esos datos resulta imposible evaluar la capacidad de respuesta y la equidad

en el financiamiento o las medidas intermedias, tales como la calidad y la accesibilidad del servicio. Sin tener el panorama completo, no se puede ejercer la buena rectoría.

**Los servicios de información exigen recursos.** La rectoría exige un tipo de acopio y comprensión de la información distinto del que se necesita para la gestión cotidiana de la prestación de servicios. ¿Debe recoger la información el ministerio de salud? No hay motivos para suponer que el costo de los recursos y las aptitudes de los servicios de información para la rectoría deban ser más altos que los de los sistemas de gestión sanitaria tradicionales. Desde luego, se necesitan nuevas aptitudes para la reglamentación, la coordinación y la comunicación. Sin embargo, es posible que el ministerio de salud ya lleve varias ventajas.

En primer lugar, la red nacional dispersa de trabajadores y gerentes de salud del sector público provee personas capacitadas para hacer los inventarios o las encuestas. Los trabajadores de la salud de los distritos pueden preparar rápidamente un registro inicial de proveedores no gubernamentales. En segundo lugar, el ministerio de salud tiene la autoridad moral para otorgar licencias y acreditar a los proveedores, de manera que su personal puede participar en el proceso de evaluación. En tercer lugar, los trabajadores de salud están constantemente en contacto con la población y en condiciones idóneas para pedirle a la gente su opinión acerca de las metas públicas y las expectativas personales. Por lo tanto, el ministerio de salud puede ser un recurso formidable para mejorar la rectoría, comenzando por su dedicación a perfeccionar la inteligencia del sistema en su totalidad.

Sin embargo, el ministerio no siempre es el que reúne, o comparte, la información de la mejor manera. Los institutos de investigación, los departamentos universitarios, las organizaciones no gubernamentales (23, 24) y las empresas consultoras locales o internacionales podrían realizar inventarios o administrar encuestas con más rapidez y exactitud. Para gestionar estos servicios, el ministerio necesitará echar mano de sus aptitudes de contratación y supervisión.

La rectoría también necesita información para influir en el comportamiento y los acontecimientos. La difusión de información brinda apoyo por igual, por ejemplo, a la formulación de políticas y a la reglamentación. También permite que el ministerio fomente el apoyo público a la política sanitaria y, así, cree una defensa contra la incompetencia y las corruptelas de grupos de interés en el sistema de salud. Facilita asimismo el debate público sobre las orientaciones de política basadas en pruebas fehacientes. Como parte del programa para formar capacidades en el seno del sistema de salud, y en particular del ministerio, se puede incorporar una estrategia de difusión de información técnica.

La información que se difunda debe centrarse en arrojar luz sobre las tareas de rectoría más difíciles, tanto para informar como para asesorar. El establecimiento de prioridades en materia de salud, que se trató en el capítulo 3, solo en fecha reciente, y en unos pocos países, ha sido objeto de debate público. El debate suele ser acalorado y desordenado por falta de reglas. El papel del ministerio es aclararlas: establecer prioridades exige tener en cuenta la carga de morbilidad, la eficacia en función de los costos de las intervenciones posibles, y la magnitud de las acciones en curso para resolver el problema. En el proceso, se pueden escuchar las preferencias manifiestas acerca de los valores en los que ha de apoyarse el establecimiento de prioridades, tal como sucedió en Suecia y en Oregón, Estados Unidos (25). Los derechos y las obligaciones de los distintos participantes se pueden puntualizar mediante la estrategia de difusión, de suerte que se refuercen las inquietudes relacionadas con la política. Por ejemplo, si predominan los pagos informales por la atención, se puede pedir a los proveedores que, por lo menos, exhiban públicamente el costo total de los procedimientos e inviten a los pacientes a quejarse cuando haya cargos adicionales.



Muchos países ya han adoptado medidas para salvaguardar los derechos de los pacientes, como se ilustra en el recuadro 6.7. Incluso sin leyes, se puede promover el concepto de los derechos de los pacientes y las obligaciones de los proveedores, y darle cuerpo mediante la rectoría activa. Cuando se sabe que hay normas y procedimientos particulares que se han generalizado y son perjudiciales, el ministerio, en su calidad de rector, tiene la responsabilidad ineludible de combatirlos con la información pública. La venta de productos farmacéuticos por vendedores no registrados, los peligros de la prescripción excesiva de antibióticos y la inobservancia de las dosis recomendadas debieran ser objeto de la rectoría pública, con el apoyo activo de campañas de información dirigidas a distintos actores: los pacientes, los proveedores en cuestión y las autoridades sanitarias locales. El recuadro 6.8 ilustra el caso de un insumo clave —los productos farmacéuticos— para el cual se necesitan intervenciones a distintos niveles.

La información más amplia que permite hacer comparaciones entre los recursos de salud per cápita y la consecución de metas sanitarias por zona geográfica es una forma de difundir los motivos de preocupación de la rectoría acerca de las variaciones evitables mediante la sensibilización del público. Sin tal conciencia basada en información fidedigna, el gobierno no tiene una valla de protección efectiva contra la incompetencia y la corrupción por apropiación por parte de determinadas personas o profesiones.

Un estudio reciente realizado en la India, en el que los gobiernos estatales de Delhi, Punyab y Rajastán analizaban las iniciativas para atraer el interés de los inversionistas privados en empresas conjuntas de hospitales, ilustra la importancia de las tareas rectoras (26). Los tres planes fracasaron, es decir, no se concertó ninguna empresa conjunta. Distintos factores entraron en juego en cada situación, pero el informe menciona fallas en cada

### Recuadro 6.7 La capacidad de respuesta frente a los derechos de los pacientes

Desde finales de los años setenta, se ha producido un reconocimiento gradual de los derechos de los pacientes, tales como el respeto por la dignidad y la autonomía del individuo.

Los rápidos adelantos en las ciencias médicas y sanitarias, así como en la tecnología, han acrecentado las expectativas de los pacientes: los mejor informados han empezado a hacer valer sus derechos en su trato con los profesionales de la salud. En un grado cada vez mayor, esos derechos se incorporan a los reglamentos, a las leyes sobre asuntos concretos o a los derechos de los ciudadanos, abarcando sectores más amplios que el de la atención sanitaria. Los reglamentos pueden otorgar a los pacientes derechos jurídicos directos en su trato con los proveedores de atención sanitaria o pueden ayudarlos a fortalecer su po-

sición, por ejemplo, en las leyes sanitarias de carácter administrativo y la certificación de los hospitales. También tiene cabida la autorregulación, es decir, los arreglos voluntarios bajo la forma de códigos profesionales o contratos modelo que elaboran conjuntamente organizaciones de consumidores y de proveedores de atención sanitaria. La legislación abre nuevos territorios a la autorregulación: por ejemplo, leyes marco sobre la protección de la privacidad y la confidencialidad pueden obligar a las instituciones a elaborar sus propias directrices para proteger los datos de cada paciente.

En las leyes nacionales sobre los derechos de los pacientes se pueden distinguir tres modos de proceder. Algunos países han promulgado una ley única integral (por ejemplo, San Marino en 1989, Finlandia y Uruguay en 1992, los Países Bajos en 1994,

Israel y Lituania en 1996, Argentina e Islandia en 1997, Dinamarca en 1998 y Noruega en 1999). Otros países han integrado los derechos de los pacientes en la legislación que reglamenta el sistema de atención de salud o en varias leyes sanitarias (por ejemplo, Canadá [Nueva Brunswick] y Grecia en 1992, Francia en 1992–1994, Austria en 1993, Hong Kong en 1995, Belarús y Canadá [Ontario] en 1996, Georgia y Guinea en 1997, y Estados Unidos en 1999). Las declaraciones o cartas sobre los derechos de los pacientes, que tienen una condición jurídica variable como política nacional y a menudo se incorporan en los reglamentos por los que se rigen los establecimientos de atención sanitaria, se han considerado más adecuados para las tradiciones jurídicas de algunos países, como Francia (1974–1995), Irlanda (1991), el Reino Unido (1991–1995) y Portugal (1997).

El consentimiento fundamental, el acceso a los registros médicos y el carácter confidencial de los datos son los derechos clásicos de los pacientes. También se están elaborando nuevas normas para proteger los datos personales en los bancos de datos médicos o los sistemas automatizados de información de los hospitales. En años recientes, el derecho a la protección de la privacidad ha propiciado el surgimiento de nuevas inquietudes individuales, tales como el derecho a ser notificado cuando los datos personales se incorporan por vez primera en un banco de datos, el derecho a exigir que los datos inexactos o incorrectos sean corregidos o destruidos, y el derecho a ser notificado cuando la información deba ser revelada a terceros.

una de las tareas de rectoría descritas más arriba como parte de la explicación general. En concreto, señala:

- una política inadecuada sobre el papel del sector privado por parte de cada estado;
- consultas insuficientes con las partes interesadas pertinentes, y carencia de mecanismos de coordinación entre las partes involucradas;
- disposiciones reglamentarias ausentes, débiles o inadecuadas en relación con los proveedores privados;
- arreglos ineficaces de vigilancia del desempeño y de intercambio de información, con lo cual las sociedades mixtas públicas y privadas eran vulnerables a la ineficiencia y los costos altos.

En los departamentos de salud de los tres estados se comprobó una falta de personal calificado esencial para llevar a cabo las tareas mencionadas.

## ESTRATEGIAS, FUNCIONES Y RECURSOS: ¿QUÉ DEBE HACER CADA QUIEN?

En las secciones anteriores se analizaron las tres tareas básicas de la rectoría y el papel principal que desempeña el ministerio de salud en su realización. En esta sección se consi-

### Recuadro 6.8 Hacia una buena rectoría: el caso de los productos farmacéuticos

La mayor parte de las acciones sanitarias curativas, y muchas de las que tienen carácter preventivo, dependen de los medicamentos. Sin embargo, detrás de los medicamentos hay poderosos intereses económicos. En los países pobres, más de 50% del gasto sanitario familiar corresponde a las medicinas; en los presupuestos gubernamentales de sanidad, los productos farmacéuticos suelen ser el segundo rubro en importancia, después de los sueldos. En los países industrializados, los costos de los medicamentos están aumentando a razón de un 8 a 12% anual, o sea, un ritmo más rápido que los precios de consumo. Son muchas las partes interesadas con respecto a los productos farmacéuticos: los fabricantes (tanto los que llevan a cabo investigación como los que elaboran productos genéricos), los grupos de consumidores, las asociaciones profesionales, los prestadores de servicios de todo tipo, los organismos donantes y distintas dependencias gubernamentales.

El sistema de salud debe poner los medicamentos esenciales al alcance de quienes los necesitan, velando por que dichos productos sean de buena calidad y se utilicen de una manera racional desde el punto de vista terapéutico, y eficaz en función de los costos. Se enumeran a continuación las funciones básicas que el gobierno central debe desempeñar para lograr estos objetivos:

- velar por la calidad de los medicamentos mediante una reglamentación eficaz que incluya sistemas para la aprobación de la puesta en el mercado de dichos productos, la garantía de la calidad, el otorgamiento de licencias a los profesionales y la inspección de los locales;
- asegurar que los medicamentos esenciales para los pobres y los desfavorecidos sean asequibles y cuenten con financiamiento suficiente;
- comprar los medicamentos esenciales de proveedores del sector público o establecer un mecanismo de licitación central mediante contratos con un vendedor

principal o contratos de distribución para el nivel regional y los niveles inferiores;

- crear y apoyar un programa nacional para fomentar el uso racional y eficaz en función de los costos de los medicamentos por parte de los trabajadores de salud y el común de la gente;
- coordinar las actividades de todas las partes interesadas mediante la formulación, aplicación y seguimiento de una política nacional.

La buena rectoría en el ámbito internacional supone apoyar a los gobiernos a desempeñar esas funciones básicas. El apoyo externo también puede ser útil en las siguientes esferas:

- las organizaciones no gubernamentales, las redes de profesionales y de consumidores, los organismos religiosos, las universidades y los prestadores privados de servicios necesitan apoyo informativo y capacitación en materia de gestión;
- los fabricantes nacionales de productos farmacéuticos necesitan capacitación, apoyo y supervisión en materia de prácticas adecuadas de fabricación;

- se requieren reglamentos, programas de capacitación e incentivos financieros a fin de fomentar el uso racional de los medicamentos en el sector privado.

La comunidad internacional debe hacer cuanto esté a su alcance para lograr que los enormes problemas de salud de los países más pobres reciban atención de parte de los fabricantes de productos farmacéuticos; mecanismos como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización y la Operación Medicamentos Antipalúdicos tienen esta finalidad.

En el campo técnicamente y políticamente complejo de los productos farmacéuticos, los organismos externos pueden necesitar orientación acerca de la mejor manera de ayudar a los países en desarrollo. Por ejemplo, se cuenta con unas directrices sobre las prácticas adecuadas para la donación de medicamentos<sup>1</sup> a fin de sacar el máximo provecho posible de los productos donados.

<sup>1</sup> *Guidelines for drug donations*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1999. (Documento WHO/EDM/PAR/99.4).

dera *cómo* se llevan a cabo estas tareas y cuáles son los posibles aportes de otros grupos y organismos a la rectoría general.

Los sistemas de salud "virtuales", que se describen en el capítulo 3, comprenden a muchos actores autónomos y semiautónomos de distintos sectores de la economía, y también a los que están directamente bajo la autoridad del ministerio. Las aptitudes y estrategias que tradicionalmente han controlado las burocracias públicas son inadecuadas para la rectoría de los sistemas de salud contemporáneos. Se necesitan aptitudes empresariales, analíticas y de negociación para regir tales sistemas. Los sistemas "virtuales" están unidos por la visión e información que comparten acerca de la política y por una variedad de sistemas de reglamentación e incentivos destinados a recompensar el logro de metas y a castigar la apropiación, la incompetencia y el fraude. Los consumidores informados ayudan a mantener unido un sistema de salud de este tipo.

Una mejor rectoría exige hacer hincapié en los procesos de *coordinación, consulta y comunicación basada en pruebas científicas*. Para que el ministerio de salud comprenda los grandes obstáculos que debe salvar para mejorar su desempeño, es preciso que tenga el panorama completo de lo que está sucediendo. Los compromisos iniciales con otros ministerios (de educación, finanzas, transporte, etc.) pueden encararse de modo más efectivo por el gobierno en su conjunto, mejor que mediante acuerdos bilaterales originados en el ministerio de salud, pero, en cualquier caso, le incumbirá a este suministrar los fundamentos y continuar el diálogo. Los ministerios de salud pueden aprender mucho del cambio de prácticas en otros sectores del gobierno que hayan modificado sustancialmente las funciones públicas. Además, la experiencia internacional pertinente constituye una fuente abundante de posibles enseñanzas.

Los ministerios tienen que escuchar una gama más amplia de voces y exponer, con vigor e imaginación, las razones públicas en que se apoyan las prioridades y estrategias sanitarias. Para lograr que las tareas rectoras se lleven a cabo y se deleguen, es preciso que el ministerio conozca la identidad de todos los actores de salud y que se establezcan canales de comunicación regulares. A veces hacen falta estudios especiales (26) para evaluar la magnitud y el contenido de la práctica privada sanitaria.

El ministerio de salud también tiene que contar con la capacidad necesaria y diseñar las estrategias de comunicación adecuadas para que los medios de comunicación sean conscientes de las metas del sistema de salud y del progreso logrado o de los obstáculos encontrados. Algunos ministerios de salud tienen oficinas que sirven de enlace entre el sector privado, los medios de comunicación y distintos sectores con otros actores de salud, y se ocupan de las relaciones con los consumidores y el público. A guisa de ejemplo, en Tailandia el Ministerio de Salud Pública ha sido muy hábil para utilizar los medios de comunicación y ampliar de esta manera su propia esfera de influencia, aprovechando inteligentemente el apoyo que obtiene (recuadro 6.9).

Es común que se descuiden gravemente las consultas, que forman parte del proceso de las políticas, tanto en la fase de formulación como en la de aplicación. La falta de consulta motivó a la Asociación Médica Británica a emprender una campaña pública de oposición a la reforma del sistema nacional de salud de Gran Bretaña implantada por el gobierno de Thatcher en 1989 (27).

En diciembre de 1989, Kenya introdujo su política de distribución de costos con aumento sustancial de los cargos a los usuarios. La prensa publicó una serie de reportajes sobre las penurias que suponía para los usuarios compartir los costos. En agosto de 1990 se retiró la política mediante un anuncio presidencial. Esta política de honorarios se reintrodujo gradualmente más adelante, comenzando con los hospitales de especialidades, haciendo hin-

capié en la capacitación del personal y la educación del público (28). Las reformas del sistema de salud en la República Unida de Tanzania y en Zambia se beneficiaron de la experiencia keniana; estos países hicieron grandes esfuerzos para que el programa de reforma se debatiera públicamente y se incluyera también a los trabajadores de salud en las decisiones correspondientes (29). El sistema de Finlandia, que consiste en juntas de salud municipales elegidas democráticamente, se cita como un ejemplo positivo de la manera de conseguir la participación y habilitación de los ciudadanos en la esfera de la salud (30).

En muchas circunstancias, una estrategia sensata para mejorar el acopio de información para la rectoría consiste en comenzar con un examen de las necesidades esenciales de información para la vigilancia; elaborar estrategias para mejorar la recolección de datos; revisar la visión y el mensaje básicos de la política; examinar las disposiciones en vigor sobre incentivos y organización, y establecer los procesos de coordinación y comunicación. Una inversión masiva en sistemas de gestión de la información por sí sola no mejorará la rectoría. También se necesitan estrategias de promoción de la causa para influir en otras dependencias del gobierno y en los participantes del sistema de salud no gubernamental. El alcance de la reglamentación tiene que ser más amplio, con objeto de incorporar y dar voz a los consumidores, los proveedores privados, las asociaciones profesionales y los organismos de asistencia externa.

Una base de información mejorada para formular las políticas genera una fuerza importante para la comunicación. En ocasiones, esto puede requerir mayor protagonismo del

### Recuadro 6.9 Tailandia: el papel de los medios de comunicación en la rectoría del sistema de salud

La sociedad tailandesa se está haciendo más abierta y receptiva. La constitución de 1997 prevé la plena participación democrática del individuo, la comunidad y la sociedad civil. La Ley de Organización Pública (1999) concede autonomía a las dependencias gubernamentales, en estrecha colaboración con la sociedad civil. Se está otorgando la autonomía a varios hospitales públicos, y los demás están creando juntas directivas en las que participan personas de la comunidad que no son especialistas.

La Ley de Información Pública (1998) fomenta la transparencia y la responsabilización social al garantizar el derecho de los ciudadanos a recibir información del gobierno. En relación con estas reformas, los medios de comunicación han desempeñado un papel importante al reflejar las necesidades del público, y han ayudado a darle forma a varias políticas sanitarias fundamentales. El Consejo de Periodistas fija las normas de con-

ducta ética y procura que la información pública se dé a conocer de manera equilibrada. Las encuestas de opinión pública que se realizan con regularidad sirven eficazmente de interfaz entre la gente y los que formulan las políticas.

Durante muchos años, el Ministerio de Salud Pública ha recabado el apoyo de muchos de los sectores interesados, entre ellos la prensa y los medios de difusión. En época reciente, se han llevado a cabo iniciativas para movilizar a organismos médicos y organizaciones no gubernamentales a fin de ejercer presión pública constante sobre el gobierno para que este sancione dos leyes importantes, la Ley para el Control de los Productos del Tabaco (1992) y la Ley de Protección de la Salud de las Personas que no Fuman (1992). La finalidad de dicho marco jurídico es lograr que, con el tiempo, la sociedad tailandesa esté exenta del humo de tabaco.

Los accidentes de tránsito son la principal causa de defunción en Tailandia. En años recientes, la difu-

sión intensiva de mensajes por radio y televisión durante los períodos en que el tránsito es más intenso ha contribuido a disminuir considerablemente las muertes y lesiones. Las estaciones de radio han abordado otras actividades de salud, tales como el buen estado físico, la alimentación sana y las medicinas tradicionales, teniendo cuidado de facilitar información equilibrada y basada en pruebas científicas. Los medios de comunicación y las organizaciones no gubernamentales han establecido servicios de orientación sobre la infección por el VIH/sida, y el Ministerio de Salud Pública ha establecido un consultorio telefónico que ofrece orientación sobre estrés y prevención de los suicidios, y otro servicio telefónico para la protección del consumidor.

Los medios de comunicación reflejan la insatisfacción de la gente con la atención que proporcionan los hospitales públicos y privados. Al mismo tiempo, el Instituto de Investigaciones sobre Sistemas de Salud

coordina un foro nacional sobre mejoramiento de la calidad y acreditación de los hospitales y está presionando para que se forme un organismo independiente que se ocupe de dicha acreditación. El instituto tiene asimismo un programa para orientar a los periodistas que desean especializarse en el campo sanitario.

De esta manera, los medios de comunicación tailandeses desempeñan un papel importante en la rectoría del sistema de salud, como proveedores de información y agentes del cambio que vinculan entre sí al público en general, los grupos de consumidores, la sociedad civil, la comunidad de los investigadores, las organizaciones profesionales y el gobierno, con la finalidad de mejorar la salud del pueblo mediante la participación de todos.

ministerio de salud, por ejemplo, en las negociaciones con el ministerio de hacienda o con los donantes. Pero el ministerio de salud puede transmitir más vigorosamente sus mensajes si expone sus razones por conducto de medios tales como la prensa, la televisión y la radio, las instituciones académicas y los grupos de consumidores o profesionales. El ministerio tiene que aceptar como asociados suyos en el sistema de salud a todos los que estén motivados esencialmente por obtener ganancias de salud, sean del sector público o privado. La comunicación constante es uno de los hilos que mantiene unido al sistema.

La gran diversidad de asociados que participan en el sistema de salud da lugar a una pregunta importante: ¿qué debe hacer cada quien?

En las secciones anteriores se ha tratado básicamente el papel del ministerio de salud. Pero el contexto local y los problemas concretos determinan quiénes son las partes interesadas: quién lleva las de ganar y quién las de perder cuando la política sigue una dirección determinada. Conseguir el apoyo de los interesados principales es una tarea importante para el ministerio de salud. La viabilidad política de la política depende del poder de los participantes, de su postura, de la seriedad de su compromiso y de su número (31). En su calidad de organismo a cargo de formular políticas y dirigir su aplicación, el ministerio de salud tiene que tener esto en cuenta.

En el sector público, las organizaciones de seguridad social y el sistema educativo sobresalen entre los organismos cuyas actividades influyen en la salud. El ministerio de salud puede influir en ellos mediante el trato directo o por canales políticos más altos, a fin de obtener el apoyo a las políticas de salud, sin entrar en conflicto con lo que hacen otras partes del sector público.

Cuando las actividades del sector privado están motivadas por obtener ganancias en el campo de la salud, como puede ser el caso de la investigación y el desarrollo de productos farmacéuticos, la tecnología médica o la seguridad en los vehículos automotores, los ministerios de salud deben procurar como mínimo que sus estrategias de información y comunicación incluyan a esos socios. Cuando tales insumos son objeto de comercio internacional, las organizaciones regionales y mundiales que se ocupan de la salud deben apoyar el papel rector de los ministerios de salud, por ejemplo, unificando a los representantes del gobierno, la industria y los consumidores, promoviendo pautas para las prácticas adecuadas, y proporcionando información, vigilancia y comparaciones internacionales.

Las organizaciones profesionales a menudo pueden desempeñar un papel mucho más importante en la autorregulación. Los ministerios de salud, mediante un apoyo juicioso, pueden prestar asistencia a las asociaciones profesionales para que asuman parte de la carga de la función rectora, como la concesión de licencias, la verificación de credenciales y la capacitación en el servicio.

Los intereses de los consumidores en materia de salud están mal protegidos en todos los países, al margen de su grado de desarrollo. Sin embargo, en el Canadá, Nueva Zelanda y Suecia, donde los gobiernos toman en serio los conocimientos del público acerca de la salud, han surgido grupos de consumidores dedicados y poderosos en virtud de su número. Aunque es posible que se opongan al ministerio de salud en ciertas cuestiones, en otras su posición de consumidores organizados reforzará el poder de negociación del ministerio con proveedores de insumos o grupos profesionales. Las comunicaciones modernas permiten acceso rápido y fácil a la información sanitaria presentada de una manera apta para las personas que no son especialistas: los ministerios deberían empeñarse en poner estos recursos a disposición del público.

Los organismos externos, públicos y no gubernamentales, tienen responsabilidades especiales en cuanto a prestar asistencia a la función rectora. El presente informe está dirigido a

ellos y a sus asesores, así como a los que formulan las políticas nacionales. Los organismos externos tienen un doble mandato: por un lado, deben rendir cuentas a sus dirigentes y los grupos que los apoyan en su propio país, y, por el otro lado, deben responsabilizarse ante los gobiernos de los países en desarrollo en los que trabajan. Durante muchos años el mandato surtió efecto merced a la solución intermedia de dirigir la atención a proyectos autónomos. Los donantes consideraban los proyectos como una manera fácil de mostrar su trabajo al público de su propio país, y los proyectos bien escogidos también satisfacían una necesidad prioritaria de desarrollo en el país anfitrión. El cambio que comenzó en los años ochenta hacia un apoyo más sistemático, primero por medio de programas y luego de enfoques sectoriales, ha facilitado a los organismos externos su papel de apoyo a la rectoría del gobierno. Actualmente, algunos donantes tienen voz en la formulación de políticas y estrategias, y están renunciando a su derecho a elegir proyectos de desarrollo aislados a cambio de una plena asociación con los gobiernos receptores de la ayuda (32).

Con sus recursos y conocimientos técnicos, los organismos externos pueden lograr que se reconozcan las tareas de rectoría y que reciban prioridad las inversiones para apoyar la formación de las nuevas aptitudes que se necesitan para establecer esta función. La rectoría es, pues, el núcleo irreductible de la responsabilidad pública: el gobierno tiene una labor que cumplir y debe cumplirla adecuadamente. Sin la rectoría, las fallas del mercado y la exclusión de los consumidores pobres serán peligros siempre presentes.

Los organismos donantes tienen la responsabilidad especial de no entorpecer la función rectora actuando de manera semiautónoma. Los donantes —con frecuencia numerosos y deseosos de que sus intereses se expresen en la política— pueden entrar en conflicto muy fácilmente con las intenciones de terceros y del gobierno, lo cual hace aún más difícil establecer líneas de política claras (33). En este sentido, el concepto de enfoques pansectoriales ofrece un modelo prometedor. Por este medio, el gobierno empuña el timón y establece un diálogo sobre prioridades, estrategias y planes de ejecución comunes.

## ¿CUÁLES SON LOS DESAFÍOS?

Muchos países no están alcanzando su potencial, y la mayor parte no está haciendo esfuerzos suficientes para lograr la capacidad de respuesta y la equidad en el financiamiento. Hay defectos graves en el desempeño de una o varias funciones prácticamente en todos los países.

Estas fallas causan un número muy elevado de muertes y discapacidades evitables en todos los países, sufrimiento innecesario, e injusticia, inequidad y denegación de los derechos básicos de las personas. Las repercusiones son indudablemente más graves en las personas pobres, que se van sumiendo cada vez más en la miseria por la falta de protección financiera contra la mala salud.

En todos los sistemas hay innumerables personas muy capacitadas y de gran dedicación que trabajan en todos los niveles para mejorar la salud de sus comunidades. No cabe duda de que los sistemas de salud globalmente considerados han contribuido ya enormemente a mejorar la salud de casi toda la población del mundo durante el siglo XX. En los albores del nuevo siglo, los sistemas de salud tienen el poder y el potencial necesarios para conseguir nuevas y extraordinarias mejoras.

Lamentablemente, los sistemas de salud pueden también hacer mal uso de ese poder y desperdiciar el potencial de que disponen. Los sistemas de salud mal estructurados, mal gestionados, organizados ineficientemente y financiados en forma inadecuada pueden causar más mal que bien.

La responsabilidad última del desempeño global del sistema de salud de un país incumbe al gobierno, que a su vez debe recabar la participación de todos los sectores de la sociedad en la rectoría de dicho sistema. La gestión atenta y responsable del bienestar de la población es la esencia del buen gobierno. La salud de la gente es siempre una prioridad nacional, y la responsabilidad del gobierno en este sentido es continua y permanente.

La supervisión y la reglamentación de los proveedores y aseguradoras del sector privado deben figurar en lugar prioritario en la lista de las políticas nacionales. Una buena política ha de saber distinguir entre los proveedores (públicos o privados) que contribuyen a las metas de salud y los que las perjudican o no ejercen ningún efecto, y alentarlos o sancionarlos en consecuencia. Las políticas encaminadas a modificar el equilibrio entre la autonomía de los proveedores y su responsabilización han de ser objeto de una estrecha vigilancia en lo tocante a sus efectos en la salud, su capacidad de respuesta y la distribución de la carga financiera.

Es preciso que los consumidores estén mejor informados sobre lo que beneficia y lo que perjudica su salud, sobre las razones de que no se puedan satisfacer todas sus expectativas, y sobre sus derechos, que todos los proveedores deberían respetar. Sin embargo, los países, al margen de su grado de desarrollo, protegen mal los intereses de los consumidores en materia de salud. Hay que promover el concepto de “los derechos de los pacientes” y establecer los mecanismos para investigar las violaciones en forma ágil y justa.

El camino más obvio para aumentar los pagos anticipados es elevar el nivel del financiamiento público de la sanidad; sin embargo, esto es difícil, por no decir imposible, para las naciones pobres. Los gobiernos podrían fomentar distintos tipos de pago anticipado —basados en el empleo, la comunidad o los proveedores— como parte del proceso preparatorio para la unificación de pequeños fondos comunes en fondos más grandes. Los gobiernos necesitan promover la tarificación comunitaria, un conjunto común de prestaciones y el carácter transferible de estas entre distintos planes, y usar fondos públicos para pagar la cobertura de los pobres en esos planes. Los planes de seguro concebidos para admitir más miembros pobres son una vía interesante para canalizar la asistencia externa en materia de salud, junto con los ingresos del gobierno. Se necesita una rectoría alerta a fin de impedir que grupos más adinerados y con menos riesgo se apropien de esos planes.

En casi todos los países de ingresos bajos y medianos se requieren mecanismos para separar la recaudación de ingresos de los pagos directos en el momento de utilizar los servicios, permitiendo así que la mayor parte del financiamiento sanitario provenga de los pagos anticipados. Una mayor mancomunación de los recursos financieros permite los subsidios cruzados de los ricos a los pobres y de los sanos a los enfermos. Cada país tiene que elegir estrategias para mancomunar los riesgos y aumentar los subsidios cruzados. Los pagos a todo tipo de proveedores de servicios se tienen que modificar con objeto de estimularlos para que se dediquen a lograr las metas del sistema de salud mediante intervenciones eficaces en función de los costos contra enfermedades comunes que se pueden prevenir o tratar.

En el plano internacional, cabe alentar a la industria básicamente privada de la investigación y el desarrollo de productos farmacéuticos y vacunas a que atienda las prioridades sanitarias mundiales y no se concentre exclusivamente en los productos vinculados con las enfermedades relacionadas con ciertos “modos de vida”, destinados a los grupos más ricos.

En muchos países existen graves desequilibrios simultáneos en los recursos humanos y materiales, la tecnología y los productos farmacéuticos. Muchos países tienen muy poco personal de salud calificado, y otros tienen demasiado. En muchas naciones de bajos ingresos el personal está insuficientemente formado y mal pagado, y se ve obligado a trabajar

en establecimientos obsoletos y en ruinas que tienen una escasez crónica de equipo. Una consecuencia de ello es la “fuga de cerebros”, de profesionales con talento pero desmoralizados que prefieren marcharse al extranjero o ejercer de manera privada.

En general, los gobiernos apenas disponen de la información que precisan para establecer estrategias eficaces. Las cuentas sanitarias nacionales ofrecen un marco objetivo e integral para analizar la situación global y vigilar las tendencias. Su creación y utilización debería ser una práctica mucho más extendida.

## CÓMO MEJORAR EL DESEMPEÑO

La rectoría es necesaria para lograr un mejor desempeño del sistema de salud. Las conclusiones sobre la rectoría que figuran a continuación se aplican a muchos países industrializados, lo mismo que a las naciones de ingresos bajos y medianos.

La función rectora del sistema de salud incumbe al gobierno. Para ejercerla, se requiere una visión de política abarcadora y bien pensada que reconozca a todos los actores importantes y les asigne papeles. Se basa en un escenario realista de los recursos y se dedica a la consecución de las metas del sistema. El acopio de información requiere un sistema selectivo acerca de las funciones claves del sistema y la consecución de metas, desglosadas en categorías importantes de población, tales como nivel de ingresos, edad, sexo y grupo étnico. La rectoría también exige tener la habilidad de reconocer en cualquier momento dado los obstáculos que se oponen a las políticas, y evaluar las opciones para hacerles frente. Para ejercer influencia se requieren estrategias de reglamentación y promoción de la causa compatibles con las metas del sistema de salud, y la capacidad de aplicarlas de manera económica.

**Prestación de servicios.** La prestación privada de servicios de salud tiende a ser mayor en los países con niveles de ingresos más bajos. Pero los países más pobres rara vez tienen orientaciones claras de política en relación con el sector privado. Por lo tanto, tienen que hacer progresos en el reconocimiento de las formas diversas de prestación de servicios privados y entablar comunicación con los diferentes grupos de proveedores privados.

A fin de avanzar hacia una atención de mayor calidad, suele necesitarse una base de información sobre la prestación de servicios existente. Hay que entender los factores de riesgo locales y nacionales. Es fundamental contar de antemano con información acerca del número y tipo de proveedores, requisito que con frecuencia no se cumple. También es preciso comprender la estructura y los modos de utilización del mercado de proveedores, a fin de que los encargados de diseñar las políticas conozcan el motivo de la existencia de esta gama de servicios y la dirección de su crecimiento. La información acerca de las intervenciones ofrecidas y las principales limitaciones al establecimiento de los servicios también es pertinente para la mejora general de la calidad.

Se debe emprender un proceso público y explícito para establecer las prioridades, con objeto de determinar el contenido de un conjunto de prestaciones que debiera estar al alcance de cualquiera, incluso de los asegurados en planes privados, y que debería reflejar las prioridades locales en cuanto a la morbilidad y ser eficaz en función de los costos, entre otros criterios. El racionamiento consistirá en excluir ciertas intervenciones del conjunto de prestaciones, pero sin dejar fuera a nadie. Hay que actualizar y usar mecanismos de apoyo tales como los protocolos clínicos, el registro, la capacitación y los procesos de otorgamiento de licencias y acreditación. Se tiene que confeccionar una estrategia de reglamentación que separe los distintos componentes del sector privado e incluya la promoción de la función autorreguladora. La tarea de armonizar las estructuras y los incentivos organizativos



con los objetivos globales de la política es parte de la función rectora, no es algo que deba dejarse al solo arbitrio de los proveedores de servicios.

La vigilancia es imprescindible para evaluar los cambios de comportamiento que acompañan a la descentralización de la autoridad sobre los recursos y los servicios, y los efectos de los distintos tipos de relaciones contractuales con los proveedores públicos y privados. Lograr el equilibrio entre el control estricto y la independencia debida para estimular a los proveedores es tarea delicada que exige encontrar soluciones locales, no teóricas. En casi todos los casos habrá que recurrir a la experimentación y la adaptación. Una red de apoyo para intercambiar información será esencial para crear un "sistema virtual de salud" a partir de un conjunto numeroso de proveedores semiautónomos.

En los países de ingresos medianos, en los que la prestación de servicios de salud suele estar fragmentada en sistemas paralelos, cabe fomentar la competencia entre proveedores basada en la calidad. Se ha logrado implantar satisfactoriamente una combinación de subsidios públicos y proveedores privados sujetos a reglamentación, mediante una cobertura ampliada del seguro (Argentina, Colombia), y contratos directos con los proveedores del ministerio (Brasil). En las economías de altos ingresos suele existir la necesidad de mejorar la reglamentación de los proveedores privados y prestar más atención a la capacidad de respuesta (Reino Unido) así como al control del despilfarro debido a la prescripción excesiva, el abuso de la tecnología con fines de diagnóstico y las intervenciones innecesarias (Estados Unidos, Francia, Japón).

*Generación de recursos.* La rectoría ha de vigilar el equilibrio de varias estrategias y orientarlas en la dirección correcta cuando se desequilibran. Un sistema de cuentas sanitarias nacionales aporta la información esencial para vigilar la relación entre los gastos de capital y los gastos ordinarios, o la de cualquier insumo con respecto al total, y observar las tendencias. En las cuentas se consignan las contribuciones externas y nacionales, tanto públicas como privadas, y se ofrece una recopilación útil de datos cuantitativos sobre rubros concretos (como el número de enfermeras, de tomógrafos computarizados o de hospitales de distrito) con los costos correspondientes. En la mayoría de los países se emplea ya algún tipo de cuentas, pero se trata a menudo de cuentas rudimentarias que aún no se utilizan ampliamente como instrumentos de rectoría.

Los datos de las cuentas sanitarias nacionales permiten al ministerio de salud analizar críticamente las compras realizadas por todos los responsables de los recursos financieros del sistema de salud. El concepto de la compra estratégica, que se expone en el capítulo 5, se aplica no solo a la adquisición de servicios asistenciales, sino también a la compra de insumos para el sistema de salud. Cuando se utilizan recursos financieros públicos para adquirir directamente insumos tales como personal capacitado, equipo de diagnóstico y vehículos, incumbe al ministerio de salud garantizar la buena utilización de los fondos, en lo que atañe tanto a los precios de los productos como al uso eficaz de lo adquirido.

Cuando otras entidades (tales como las aseguradoras privadas, los proveedores, las familias u otras instituciones públicas) compran los insumos sanitarios, la función rectora del ministerio estriba en emplear su influencia reglamentaria y su capacidad de persuasión para lograr que esas compras mejoren, en lugar de empeorar, la eficacia de la combinación de insumos. Por cierto que esto no implica la centralización integral de la planificación y la programación. En sistemas con una alta descentralización de la autoridad para gastar recursos la rectoría debe fijar las reglas, y no tomar cada decisión. En el Brasil se han puesto en práctica reglas para asignar los recursos financieros a los estados, fijar los precios de los servicios y examinar las decisiones de inversión más importantes (34). Es posible que el ministerio central tenga que tomar algunas decisiones importantes de inversión de capital,

como las relacionadas con hospitales terciarios o facultades de medicina; pero se debería confiar a las autoridades de salud regionales y distritales las decisiones de compra de menor cuantía, que son las más numerosas y a las cuales se aplicarían directrices, criterios y procedimientos promovidos por el gobierno central.

A fin de alcanzar un equilibrio idóneo entre los gastos de capital y los gastos ordinarios en el sistema de salud, es necesario analizar las tendencias del gasto público y del privado, y tener en cuenta el financiamiento interno y externo. La información presupuestaria que suele estar a disposición de los ministerios de salud es parcial. La existencia de un marco normativo claro, los incentivos, las medidas de reglamentación y la información del público son apoyos necesarios para adoptar decisiones importantes de inversión en todo el sistema, a fin de contrarrestar las decisiones ad hoc y las influencias políticas.

En lo que respecta a los recursos humanos, combinaciones estratégicas similares han permitido corregir con cierto éxito desequilibrios geográficos comunes en el interior de los países. En general, es preciso reevaluar las necesidades de capacitación teniendo en cuenta las tareas reales desempeñadas por los trabajadores, y a menudo es necesario ajustar la oferta general para satisfacer la demanda, expresada por las oportunidades de empleo. En países como China, donde la rentabilidad social de la formación médica es negativa, se plantea la posibilidad de privatizar o cerrar instituciones docentes. Sin duda, a menudo hay que reconsiderar los subsidios públicos a dichas instituciones desde la perspectiva de la compra estratégica; pero suele ser posible limitar el número de alumnos que ingresan a esos centros docentes, sin necesidad de cerrarlos, y utilizar quizás los recursos así liberados para readiestrar al personal sanitario claramente excedentario (por ejemplo, los médicos especialistas en Egipto), orientándolo hacia ocupaciones con mayor demanda.

En el caso de los productos farmacéuticos y las vacunas, la función rectora en el plano internacional se ejerce influyendo en la industria de la investigación y el desarrollo, mayoritariamente privada, para que atienda las prioridades sanitarias mundiales. En el plano nacional, las tareas claves son procurar que las compras sean eficaces en función de los costos, aplicar el control de calidad, fomentar la prescripción racional de medicamentos y velar por que los consumidores estén debidamente informados. La estrategia de financiamiento sanitario también tiene que garantizar que los pobres, en particular, cuando se enferman obtengan los medicamentos necesarios sin barreras financieras.

Las operaciones importantes de compra de equipo propician muchas veces el despilfarro de los recursos del sistema sanitario, pues a menudo el equipo queda infrautilizado, aporta pocas ganancias de salud o exige tiempo del personal o gastos fijos. Además, son operaciones difícilmente controlables. Todos los países necesitan acceder a información que les permita evaluar las tecnologías, sin que eso signifique que deban forzosamente producirla ellos mismos. La función rectora consiste en procurar que se satisfagan los criterios establecidos para la compra de tecnología en el sector público —que todos los países necesitan— y que el sector privado no reciba incentivos ni subsidios públicos para sus compras de tecnología —en especial, el subsidio que va implícito en la posibilidad de vender al gobierno los servicios de ese equipo—, a menos que así ayude a alcanzar las metas de la política nacional.

Los proveedores recurren a menudo al apoyo o a los donativos públicos para sus compras de tecnología, y es parte de la rectoría el procurar que los consumidores comprendan por qué dichas compras han de racionarse al igual que otros servicios. Determinar el costo de oportunidad de la nueva tecnología en comparación con otros servicios necesarios puede ayudar al público a comprender la situación.

*Financiamiento del sistema de salud.* En todas las circunstancias, es conveniente lograr niveles muy altos de pagos anticipados distribuidos equitativamente y practicar la compra estratégica de intervenciones sanitarias. Sin embargo, las estrategias de ejecución están mucho más ligadas a la situación de cada país. Los países pobres afrontan el desafío más grande: la mayor parte de los pagos en concepto de atención sanitaria se efectúa en el momento en que la gente se enferma y usa el sistema de salud. Esto es valedero sobre todo para los más pobres, que probablemente no tengan seguro de salud prepagado y que a menudo no se pueden beneficiar de los servicios subsidiados. No hay que depender de los pagos provenientes del bolsillo del usuario, en particular los efectuados por los pobres, como fuente de financiamiento a largo plazo del sistema de salud.

Aumentar el nivel de financiamiento público de la salud quizá sea la opción más obvia para aumentar la cuantía del pago anticipado, pero surgen inmediatamente dos obstáculos. El primero es que los países más pobres recaudan menos fondos públicos, como porcentaje del ingreso nacional, que los de ingresos medianos y altos. De hecho, esta falta de capacidad institucional es una faceta de su pobreza. El segundo obstáculo es que los ministerios de hacienda en los países pobres, a menudo conscientes de que el sistema de salud tiene un mal desempeño, miran con escepticismo las pretensiones de este último con respecto a los ingresos públicos. Si no existen arreglos organizativos viables para reforzar los niveles de pago anticipado, tanto los donantes como los gobiernos deben estudiar otras opciones para crear mecanismos que permitan establecer o unificar grandes fondos de mancomunación de riesgos. Los planes de seguro concebidos para ampliar la cobertura de la población pobre ofrecen al gobierno un medio de mejorar rápidamente la salud de los más vulnerables, con el financiamiento de sus asociados extranjeros.

En los países de ingresos medianos suelen coexistir el seguro obligatorio y los planes basados en los ingresos y los riesgos. La vía de política para llegar a un sistema equitativo de pagos anticipados pasa por el fortalecimiento de tales planes, también en este caso procurando aumentar el financiamiento público para incluir a los pobres. La ampliación de la base de beneficiarios mediante subsidios y fusiones de planes preexistentes permitió que la cobertura nacional en Alemania, Japón y la República de Corea creciera a partir de planes a pequeña escala.

Aunque casi todos los países industrializados cuentan con altos niveles de pago anticipado, algunas de estas estrategias también son pertinentes para ellos. Considerando el nivel de ingresos de los Estados Unidos, una proporción excesivamente alta de su población no está protegida por un seguro de salud; se necesitaría una combinación de las estrategias descritas para que el nivel y la equidad de la protección financiera mejorara sustancialmente en el siguiente decenio.

Para obtener el máximo rendimiento de las sumas provenientes de los pagos anticipados, es necesario que el método de la compra estratégica reemplace a gran parte de la maquinaria tradicional que vincula a los encargados de los presupuestos con los proveedores de servicios. Los primeros ya no serán intermediarios financieros pasivos. La compra estratégica entraña el establecimiento de un conjunto coherente de incentivos a los proveedores, ya sean públicos o privados, para alentarlos a ofrecer eficazmente intervenciones prioritarias. La contratación selectiva y el uso de varios mecanismos de pago son elementos necesarios para incentivar la mejora de la capacidad de respuesta y de los resultados sanitarios.

El presente informe abre nuevos caminos, pues presenta por primera vez un índice global de los logros de los sistemas nacionales de salud y un índice de su desempeño en

relación con su potencial. Ambos se basan en las metas fundamentales: *mejora de la salud, respuesta a las expectativas de la población* (en las que importan el nivel y la distribución) y *equidad de las contribuciones financieras al sistema de salud*. La consecución de estas metas depende de la eficacia de cuatro funciones principales: *prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y rectoría*.

La clasificación preliminar de los países en función del desempeño de sus sistemas de salud son reveladoras. Indica que, cuando los niveles de gasto sanitario son muy bajos, el desempeño empeora sistemáticamente y es mucho más variado que a niveles de gasto elevados, aun cuando el desempeño se juzga en relación con los recursos humanos de un país y la cantidad que gasta en salud. Es evidente que los países con recursos limitados y problemas de salud graves tienen las necesidades más grandes: comprender la razón por la cual los sistemas de salud al parecer no logran todo lo que debieran, y ayudarlos a alcanzar su potencial. Los hallazgos que se dan a conocer en el presente informe también demuestran que si bien gran parte del desempeño —en particular del nivel de salud y ciertos elementos de la capacidad de respuesta— depende mucho de lo que gasta un sistema, es posible lograr equidad considerable en materia de salud, respeto por las personas y equidad financiera incluso con pocos recursos. Algunos sistemas logran mucho más que otros en estas esferas importantes.

Las partes interesadas aún tienen mucho por hacer en el futuro a fin de mejorar los conceptos y generar los datos sobre el desempeño de los sistemas nacionales de salud. Se sugiere firmemente una reorientación generalizada de las políticas.

La prestación de servicios, la variedad de recursos, el financiamiento de la salud y, ante todo, la rectoría son sumamente importantes. El mejor desempeño de estas cuatro funciones comunes hará posible lograr adelantos considerables en el logro de las metas en los países a todos los niveles de desarrollo. Los pobres serán los beneficiarios principales.

## REFERENCIAS

1. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6). (En prensa).
2. Osborn D, Gaebler T. *Reinventing government*. Reading, Massachusetts: Addison Wesley; 1993.
3. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press; 1998. (State of Health Series).
4. Bossert T, et al. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning* 1998;13(1):59–77.
5. Ogunbekun I, et al. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):174–181.
6. Bennett S, et al. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva: World Health Organization; 1998. (Documento WHO/ARA/CC/98.1).
7. Killingsworth J, et al. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):152–163.
8. Halik J. Respecting patients' rights in hospitals in Poland. En: *Health sector reform in Central and Eastern Europe: current trends and priority research: a FICOSER research meeting, Velingrad, Bulgaria, 2–3 October 1998*. Warsaw: National Centre for Health System Management; 1999.
9. Schuster M, et al. How good is the quality of good health care in the United States? *The Milbank Quarterly* 1998;76(4):517–563.
10. Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London: Zed Books; 1996.
11. Salinas H, Lenz R. *Las no reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso*. Santiago, Chile; 1999.
12. Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V. Thailand: private health care out of control? *Health Policy and Planning* 1994;9(1):31–40.

13. Turshen M. *Privatizing health services in Africa*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1999.
14. Chollet DJ, Lewis M. Private insurance: principles and practice. En: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing*. Washington, DC: The World Bank; 1997. (World Bank Discussion Paper No. 365).
15. Musgrove P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (World Bank Discussion Paper No. 339).
16. Hsiao WC. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy* 1995;32:125–139.
17. Van Lerberghe W, et al. Reform follows failure: I. Unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning* 1997;12(4):296–311.
18. Borren P, Maynard A. The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes. *Health Policy* 1994;27(3):233–252.
19. Russel S, Attanayake N. *Sri Lanka: reforming the health sector. Does government have the capacity?* Birmingham, United Kingdom: University of Birmingham; 1997.
20. Bennett S, Ngalande-Banda E. *Public and private roles in health. A review and analysis of experience in Sub-Saharan Africa*. Geneva: World Health Organization; 1994. (Current Concerns, ARA Paper No. 6, document WHO/ARA/CC/97.6).
21. Broomberg J. *Health care markets for export? Lessons for developing countries from European and American experience*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy; 1994.
22. WHO Action Programme on Essential Drugs. *Public-private roles in the pharmaceutical sector*. Geneva: World Health Organization; 1995. (Documento de trabajo inédito).
23. Zurita B, et al. *Structural pluralism as a tool for equity, quality and efficiency in healthcare in Mexico: the role of FUNSALUD*. 2000. (Documento inédito).
24. Smithson P. Quarts into pint jugs? The financial viability of health sector investment in low income countries. *Health Policy and Planning* 1995;10(Suppl.):6–16.
25. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997;42(1): 49–66.
26. Bhat R. *Public-private partnerships in the health sector: the Indian experience*. 2000. (Documento inédito).
27. Robinson R, Le Grand J, eds. *Evaluating the NHS reforms*. London: King's Fund Institute; 1994.
28. Quick JD, Musau SN. *Impact of cost sharing in Kenya: 1989–1993. Effects of the Ministry of Health Facility Improvement Fund on revenue generation, recurrent expenditures, quality of care, and utilization patterns*. Nairobi: Management Sciences for Health; 1994.
29. Kalumba K. *Towards an equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: the case of Zambia*. Geneva: World Health Organization; 1997. (Document WHO/ARA/ 97.2).
30. Calnan M, Halik J, Sabbat J. Citizen participation and patient choice in health reform. En: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press; 1998. (State of Health Series).
31. Reich M. En: *Diagnostic approaches to assessing strategies, weaknesses and change of health systems*. Washington, DC: Economic Development Institute, The World Bank; 1998. (Flagship Module 2).
32. Hay R. *International aid: economics and charity*. Oxford: Oxford Policy Institute; 2000. (Oxford Policy Brief No. 1).
33. Walt G, et al. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning* 1999;14(3):207–218.
34. *Brazil: social spending in selected states*. Washington, DC: The World Bank; 1999. (World Bank Report BR-17763: Chapter 3).

