

Diseño, contenido y financiamiento de un paquete nacional de servicios de salud esenciales¹

J. L. Bobadilla,² P. Cowley, P. Musgrove y H. Saxenian

En los países de bajos ingresos se podría ofrecer un paquete mínimo de intervenciones clínicas y de salud pública, muy efectivas en función del costo, destinadas a aliviar la carga ocasionada por las principales enfermedades, por unos US\$ 12 anuales por persona, y en los de medianos ingresos, por cerca de \$ 22. Al prestarse debidamente, este paquete permitiría eliminar de 21 a 38% de la carga de mortalidad prematura y discapacidad en niños menores de 15 años y de 10 a 18% de la que recae en los adultos. El costo excedería lo que los gobiernos gastan en salud en los países más pobres, pero estaría al alcance de los de medianos ingresos. Los gobiernos deberían asegurarse de que por lo menos la población pobre tenga acceso a esos servicios. El gasto público adicional debería destinarse entonces a ampliar la cobertura de la población solvente o a llevarla más allá de los servicios mínimos, para prestar un paquete nacional de servicios de salud esenciales, que incluya intervenciones algo menos efectivas en función del costo para tratar más enfermedades y trastornos.

Como ningún país del mundo puede prestar servicios de salud que permitan atender todas las posibles necesidades de la población, convendría establecer criterios sobre los servicios que se deben proporcionar. Dos criterios básicos en este sentido son el peso de la carga ocasionada por una enfermedad, una lesión o un factor de riesgo en particular, y la efectividad en función del costo de las intervenciones para aliviarla. En el *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: inversión en salud* del Banco Mundial (1) esos criterios se emplean para diseñar un paquete nacional de servicios de salud *esenciales*. Puesto que el perfil epidemiológico de los países es distinto, aun

en aquellos cuyo nivel de ingresos es similar, el paquete nacional debe adaptarse a las circunstancias de cada uno. Sin embargo, dicho paquete ha de incluir siempre un paquete mínimo de medidas de salud pública y servicios clínicos particulares que sean muy efectivos en función del costo y que ayuden a resolver los principales problemas de salud. Los gobiernos tienen que garantizar el acceso universal a su paquete nacional de servicios, costeándolo directamente o, cuando falten recursos públicos, promoviendo el gasto privado en las intervenciones clínicas de dicho paquete. En el presente artículo se exponen las razones que justifican el paquete. Se explica cuál es su contenido, cómo se escogieron los servicios que lo integran, se estima su costo, cuánto podrían mejorar la salud y qué significan para la inversión en instalaciones, equipo y personal. La definición de un conjunto de servicios también esclarece la solución de compromiso entre la cobertura de la población y la efectividad en función del costo de las intervenciones ofrecidas en materia de atención de salud, sobre todo en los países pobres.

¹ Los autores pertenecen al Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial, Washington, DC, EUA. Se publica en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 72, No. 4, 1994, con el título "Design, content and financing of an essential national package of health services". © Organización Mundial de la Salud, 1994.

² Dirección postal 1818 H St, N.W., Washington, DC 20433, EUA. Las solicitudes de separatas deben enviarse a este autor.

CREACIÓN DE UN PAQUETE

Justificaciones

¿Por qué conviene reunir varios servicios de salud en un "paquete" y qué significa eso? Los gobiernos podrían proceder de otra forma y a menudo lo hacen. Sencillamente, pueden acceder a pagar cualquiera de los servicios de una lista o garantizar su prestación sin examinar las posibles relaciones entre una intervención y otra. O bien, podrían optar por abstenerse por completo de especificar el producto y acceder a pagar el costo de un conjunto particular de insumos o proporcionarlo: los médicos determinarían entonces los servicios ofrecidos realmente, al prestar los que son justificables en su opinión, o al atender la demanda de los pacientes. El segundo método es incompatible con la maximización del valor del dinero o la obtención del máximo beneficio de salud por cada dólar gastado, porque la gente exige a menudo servicios que ofrecen pocas mejoras de salud y no siempre busca los que cuestan menos o aportan mayores beneficios para la salud. Por lo común, los médicos tratan de prestar servicios de dudoso valor y de crear demanda de servicios de esa índole. En todo caso, es imposible decidir qué insumos hay que financiar sin tener una idea de los servicios que proporcionan. En el primer método (la elección de intervenciones sin formar paquetes con ellas) no se tienen en cuenta los costos conjuntos ni la comorbilidad, de manera que las intervenciones escogidas de esa forma costarán más de la cuenta o beneficiarán a un menor número de personas.

El principal argumento para agrupar los servicios que se pretende prestar en conjunto es la minimización de su costo total, explotando el uso común de insumos y reduciendo el costo de obtención de los servicios que deben sufragar los pacientes. La agrupación de intervenciones mejora su efectividad en función del costo, al menos, por medio de tres mecanismos: sinergismo entre las actividades terapéuticas o preventivas, costos de producción conjuntos, y mejor uso de los recursos especializados por medio del

examen de pacientes en el primer nivel de atención, para asegurarse de reconocer y enviar al hospital a una pequeña proporción de casos en alto riesgo. A veces, se pueden tratar varias enfermedades conjuntamente porque las pruebas de diagnóstico, los protocolos de tratamiento o incluso los medicamentos son los mismos. En otras ocasiones, es posible organizar servicios destinados a personas relacionadas, como sucede al integrar la atención maternoinfantil. Por tanto, el paquete se convierte en algo más que una simple lista de intervenciones: al entenderlo debidamente, también se transforma en un vehículo para orientar la demanda y mejorar el envío de pacientes a otros servicios.

Estas son, principalmente, razones médicas por las cuales se deben agrupar los servicios para aumentar el beneficio de salud obtenible de un determinado grupo de insumos. Otro motivo para establecer un paquete de servicios de atención hace referencia a la limitada capacidad de los gobiernos para establecer prioridades y planear la inversión. El paquete nacional de servicios es un punto de partida, una forma de garantizar que no se desatienden los servicios de máxima prioridad. Los gobiernos que lo adopten tendrán una mejor base para fijar otras prioridades y decidir qué atención de salud adicional es preciso pagar. También simplifica la tarea de planificar la inversión en bienes inmuebles y equipo, adiestramiento de personal y compra de medicamentos y suministros. La producción mínima de servicios define una necesidad mínima de insumos. En los países muy pobres, al concentrarse en un paquete más que en insumos o productos concretos, es más fácil estimar la necesidad de asistencia externa y usar adecuadamente los recursos donados. Por último, la definición de un paquete explícito de servicios costeados por el gobierno ayuda a establecer los límites entre los sectores público y privado y permite concentrar la atención de los gobiernos en sus propias capacidades y responsabilidades. Cuando no se demarcan claramente esos límites, los gobiernos desperdician recursos con facilidad al tratar de hacer demasiado en lugar de ocuparse de lo más importante.

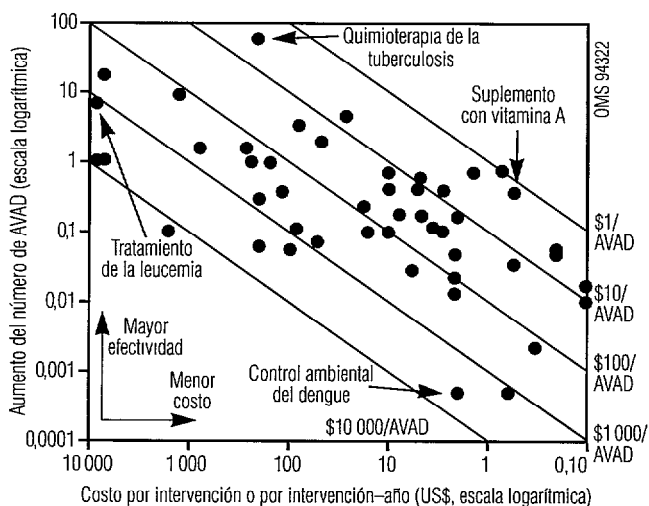
Crterios para determinar qué servicios deben incluirse

Se podría diseñar un paquete de servicios de salud exclusivamente para abordar los principales *problemas* de salud de un país. Posteriormente, se incluirían servicios para tratar problemas en orden decreciente de importancia, en función de la pérdida de años de vida ajustados según la discapacidad (AVAD) (2). Por desgracia, es posible que las únicas soluciones de algunos de esos problemas entrañen mínimos beneficios para la salud, costos demasiado altos o ambas cosas. Otra posibilidad consiste en diseñar un paquete basado en *intervenciones* y en su efectividad en función del costo. Este último concepto corresponde a la razón entre el costo de ofrecer la intervención una vez (donde proceda) o durante un año (donde se deba repetir el tratamiento) y el beneficio de salud (expresado en AVAD) que proporciona. Cuanto menor sea el costo por AVAD ganado, más efectiva en función del costo será la intervención.

Las estimaciones de la efectividad en función del costo de las intervenciones empleadas para diseñar el paquete se han tomado del trabajo de Jamison y colaboradores (3) con algunas modificaciones. En la figura 1

se presenta el costo en dólares y los beneficios de salud obtenidos con 47 intervenciones: los puntos más altos representan las intervenciones más efectivas y los del extremo derecho, las más baratas. Las líneas diagonales son perfiles de igualdad de costos por AVAD, que disminuyen en relación con el punto de origen. El costo de cada intervención varía entre menos de US\$ 1 y más de \$10 000. La diferencia en cuanto a beneficios de salud puede ser igualmente marcada: una intervención que salva la vida de una persona y previene la infección de otras puede representar de 10 a 100 años más de vida sana, en tanto que la mejora ocasionada por otras intervenciones puede ser de solo unos días u horas de completa salud. La relación entre el costo de una intervención y los beneficios de salud complementarios que proporciona es muy baja: ni el costo ni los resultados en sí son una guía de su razón de costo-efectividad. El costo por AVAD ganado también varía notablemente, mucho más que los posibles errores de estimación o que la variación de la efectividad en función del costo de un país a otro o de una situación epidemiológica a otra. Lo que importa es qué servicios se incluyen en un paquete; ese no sería el caso si el costo por año de vida sana ganado fuera aproximadamente el mismo en todos los servicios.

FIGURA 1. Costos en US\$ y beneficios para la salud en años de vida ajustados según la discapacidad (AVAD) de 47 intervenciones



Sin embargo, la aportación de algunas intervenciones efectivas en función del costo a la salud precaria es muy pequeña, ya sea porque la afección es rara o porque la pérdida de salud individual que ocasiona es insignificante. La inclusión de todas esas intervenciones dificultaría mucho la administración del paquete de servicios y multiplicaría los requisitos de insumos especializados de uso esporádico, lo cual podría aumentar los costos y sobrecargar la capacidad del sistema de salud. Por tanto, en el informe mencionado del Banco Mundial se propone un paquete mínimo basado en problemas e intervenciones: los servicios incluidos son muy efectivos en función del costo y permiten hacer frente a graves amenazas para la salud (1). (Es posible que las intervenciones efectivas en función del costo destinadas a resolver los problemas de salud que causan grandes pérdidas a las personas, pero son tan raros que producen pocas pérdidas generales de salud, pertenezcan a un paquete nacional de servicios esenciales más amplio.)

CONTENIDO DEL PAQUETE

En las comunidades cuya tasa de mortalidad es moderada o alta, una cifra reducida de causas ocasiona típicamente un elevado número de defunciones. Las intervenciones incluidas en el paquete mínimo contemplan esas causas y algunos de sus factores de riesgo. Se estima que en 1990 55% de la carga de la enfermedad se concentró en los niños menores de 15 años y se perdieron 660 millones de AVAD. Apenas 10 afecciones o grupos de enfermedades causan 71% de esas pérdidas, como se indica en el cuadro 1. Con excepción de las malformaciones congénitas,³ todas estas causas corresponden a inter-

venciones muy efectivas en función del costo, a menos de \$100 por AVAD. La malnutrición proteicoenergética y la carencia de vitamina A pueden causar muerte o discapacidad directamente o por medio de otras enfermedades. El cuadro 1 contiene los datos correspondientes solamente a la pérdida directa. La pérdida total atribuible a esas afecciones es de cinco a seis veces mayor cuando se incluye su efecto indirecto.

La carga de enfermedad está menos concentrada en la población adulta que en la de los niños menores de 15 años: las 10 causas principales de enfermedad y lesiones representan solo 50% de la carga para los adultos. Aunque casi todas las intervenciones para controlar esas enfermedades son bastante efectivas en función del costo, su impacto es moderado porque sirven para evitar o tratar exclusivamente una pequeña parte del problema. En general, se estima que con las intervenciones del paquete mínimo de servicios podría eliminarse solo de 10 a 18% de la carga de la enfermedad en los adultos, y con las destinadas a los niños se reduciría de 21 a 28%. Por supuesto, la separación de las intervenciones previstas para diferentes grupos de edad es artificial, porque muchos servicios como los de inmunización con la vacuna contra la hepatitis se ofrecen a los niños, pero aportan beneficios para toda la vida. Es posible esgrimir argumentos similares pero más indirectos en relación con el efecto de la reducción de las infecciones infantiles en la mejora del bienestar de la vida del adulto (por ejemplo, el tratamiento de las helmintiasis mejora la capacidad intelectual, lo que a su vez amplía los logros educativos). Mosley y Gray (4), al igual que Elo y Preston (5), han señalado muchas enfermedades infantiles que afectan a la salud en la vida adulta. Las intervenciones destinadas a los adultos también pueden aportar grandes beneficios para los niños, como es el caso de los programas de atención prenatal y obstétrica y de prevención del SIDA.

La carga de enfermedad puede analizarse también a través de los factores de riesgo. En la actualidad, son bastante limitados los conocimientos sobre el riesgo atribuible de la

³ Existen intervenciones posiblemente efectivas en función del costo para evitar algunas de las malformaciones congénitas del sistema nervioso y tratar los errores congénitos del metabolismo más comunes, aunque solo corresponden a una mínima parte de la carga total ocasionada por ese grupo de causas. Los países de medianos ingresos con una baja tasa de mortalidad infantil deben examinar esas intervenciones para incluirlas en el paquete nacional de servicios esenciales.

CUADRO 1. Causa principal de la carga de enfermedad para niños y adultos en los países en desarrollo demográfico en 1990 y razón de costo-efectividad de las intervenciones existentes para su control

Enfermedades y lesiones	No. de AVAD perdidos* en millones		Intervención principal	Costo-efectividad en US\$ por AVAD
<i>Niños</i>				
Infecciones respiratorias	98	(14,8) [†]	Tratamiento integrado del niño enfermo (TINE)	30-100
Morbilidad y mortalidad perinatal	96	(14,6)	a) Atención prenatal y obstétrica b) Planificación familiar	30-100 20-150
Enfermedades diarreicas	92	(14,0)	TINE	30-100
Grupo de enfermedades de la infancia (enfermedades inmunoprevenibles)	65	(10,0)	Programa Ampliado de Inmunización PAI más otras intervenciones [‡]	12-30
Malformación congénita	35	(5,4)	Intervenciones quirúrgicas	Alto (se desconoce)
Paludismo	31	(4,7)	TINE	30-100
Helmintos intestinales	17	(2,5)	Programa de salud escolar	20-34
Malnutrición proteicoenergética	12	(1,8)	TINE	30-100
Carencia de vitamina A	12	(1,8)	PAI más otras intervenciones [‡]	12-30
Carencia de yodo	9	(1,4)	Suplemento con yodo	19-37
Subtotal	467	(71,0)	—	—
Total AVAD perdidos	660	(100)	—	—
<i>Adultos</i>				
Enfermedades de transmisión sexual (ETS) e infección por VIH	49,2	(8,9)	Subvención para condones más IEC [§]	3-18
Tuberculosis	36,6	(6,7)	Quimioterapia breve	3-7
Enfermedad cerebrovascular	31,7	(5,8)	Tratamiento de casos	Alto (se desconoce)
Morbimortalidad materna	28,1	(5,1)	Atención prenatal y obstétrica	30-110
Cardiopatía isquémica	24,9	(4,5)	Programa de control del tabaquismo	35-55
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	23,4	(4,3)	Programa de control del tabaquismo	35-55
Accidentes de vehículos a motor	18,4	(3,3)	Programa de control del alcoholismo	35-55
Trastornos depresivos	15,7	(2,9)	Tratamiento de casos	500-800
Pericarditis, endocarditis, miocarditis y cardiomiopatía	12,4	(2,2)	Tratamiento de casos	Alto (se desconoce)
Homicidio y violencia	12,2	(2,2)	Programa de control del alcoholismo	35-55
Subtotal	252,6	(48,6)	—	—
Total de AVAD perdidos	550,0	(100)	—	—

* Los AVAD perdidos (para enfermedades concretas y el total) se han tomado del *Informe sobre el desarrollo mundial 1993 (1)*. El total correspondiente a los niños y adultos incluye AVAD perdidos en 1990 por todas las enfermedades y lesiones.

[†] Las cifras entre paréntesis son porcentajes

[‡] PAI más otras intervenciones incluye las seis vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la vacuna contra la hepatitis B y el suplemento con vitamina A

[§] IEC = actividades de información, educación y comunicación

AVAD = Años de vida ajustados según la discapacidad.

VIH = Virus de la inmunodeficiencia humana.

mayor parte de los factores de riesgo importantes. No se ha llegado a un acuerdo sobre la clasificación de los factores de riesgo ni existen métodos uniformes para evitar el doble recuento de los casos de defunción y discapacidad al comparar la carga de enfermedad atribuible a diferentes factores de riesgo. En el *Informe sobre el desarrollo mundial 1993* se estima la pérdida de AVAD atribuible a nueve factores de riesgo o grupos de estos factores, según las pruebas publicadas en la literatura científica sobre el riesgo atribuible. La contaminación atmosférica interna, el factor de riesgo más importante, que representa 13% de la carga, no se puede igualar con una intervención efectiva en función del costo, lo que la convierte en una alta prioridad de investigación. El segundo, el abastecimiento de agua y el saneamiento inadecuados, que representan alrededor de 10% de la carga, corresponde a una intervención bien conocida, pero su razón de costo-efectividad es desfavorable y se sitúa en más de \$1 000 por AVAD. El motivo de este resultado algo contradictorio al compararlo con el obtenido por métodos intuitivos, radica en que dicha razón solo permite captar los beneficios para la salud de las intervenciones. El abastecimiento de agua y el saneamiento producen importantes mejoras en el bienestar de las familias que son distintas de las estrictamente vinculadas con la salud, lo que justificaría el empeño puesto en prestar o facilitar esos servicios (6). La malnutrición proteicoenergética y la carencia de vitamina A en conjunto explican alrededor de 10% de los AVAD en los países en desarrollo; las relaciones sexuales arriesgadas, 4%; el alcoholismo, 3%; la fecundidad excesiva, 2,4%, y el tabaquismo, solo 1%. Las intervenciones disponibles para abordar estos factores de riesgo, con excepción de la suplementación alimentaria, se incluyen en el paquete mínimo de servicios a causa de su razón favorable de costo-efectividad.

Cuando las enfermedades o los factores de riesgo cambian rápidamente, la carga de enfermedad existente no es un buen indicador de la prioridad a efectos de su control. El tabaquismo y la transmisión del SIDA a través de las relaciones sexuales arriesga-

das aumentan muy rápidamente en muchos países en desarrollo. La prioridad para controlar esos factores de riesgo es alta porque en los próximos decenios las enfermedades ocasionadas por el tabaco y el SIDA se situarán entre las principales causas de defunción y discapacidad. Se estima que las defunciones causadas por el tabaquismo aumentarán de 3 millones en 1990 a 10 millones en unos 30 años y que la mayor parte del aumento ocurrirá en los países en desarrollo. Asimismo, el SIDA es la primera causa de defunción en muchas ciudades africanas y puede ser importante en el África subsahariana, la India y otros países asiáticos, a menos que se tomen medidas prontamente para evitar la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En el cuadro 2 se presentan las intervenciones de salud incluidas en el paquete mínimo de servicios y alguna información básica sobre su costo y efecto potencial en los países de bajos y medianos ingresos. El modelo de estos marcos hipotéticos se creó con datos del África subsahariana y de América Latina y el Caribe, respectivamente. El costo de la mano de obra y de otros insumos de salud, el perfil epidemiológico, el peso de la carga de enfermedad y la estructura de edad de la población varían en ambos casos. Los países de bajos ingresos se caracterizan por poblaciones jóvenes, tasas de mortalidad y fertilidad más altas, mayor incidencia de ciertas enfermedades y menores costos de la mano de obra. Los dos factores que más contribuyen a ganar AVAD en los países de bajos ingresos son la atención prenatal y obstétrica y el tratamiento de la tuberculosis, ambos muy descuidados. Prácticamente, todas las actividades preventivas y algunos de los tratamientos del paquete de servicios entrañan modificaciones del comportamiento. Como la prestación de servicios no comporta necesariamente su aceptación por los posibles beneficiarios, gran parte del costo de estas actividades se destina a información, educación y comunicación (IEC), servicios indispensables a veces no solo para los consumidores sino también para los proveedores de servicios de salud.

CUADRO 2. Razones de costo-efectividad de las intervenciones de salud (y de grupos de intervenciones) incluidas en el paquete de servicios de salud mínimos en los países de bajos y medianos ingresos

Intervenciones	Costo por beneficiario	Costo per cápita	AVAD potencialmente ganados* (por 1 000 habitantes)	Efectividad†	Costo por AVAD (US\$)
Países de bajos ingresos					
I. Salud pública					
Programa Ampliado de Inmunización más otras intervenciones‡	14,6	0,5	45	0,77	12–17
Programa de salud escolar	3,6	0,3	4	0,58	20–25
Programa de control del tabaquismo y alcoholismo	0,3	0,3	12	0,14	35–55
Programa de prevención del SIDA§	112,2	1,7	35	0,58	3–5
Otras intervenciones de salud pública¶	2,4	1,4	—	—	—
Subtotal	—	4,2	—	—	14
II. Servicios clínicos					
Quimioterapia antituberculosa	500,0	0,6	34	0,51	3–5
Tratamiento integrado del niño enfermo	9,0	1,6	184	0,25	30–50
Planificación familiar	12,0	0,9	7	0,70	20–30
Tratamiento de las ETS	11,0	0,2	26	0,42	1–3
Atención prenatal y obstétrica	90,0	3,8	57	0,42	30–50
Atención limitada‡	6,0	0,7	—	0,03	200–300
Subtotal	—	7,8	—	—	—
Total	—	12,0	—	—	—
Países de medianos ingresos					
I. Salud pública					
Programa Ampliado de Inmunización más otras intervenciones‡	28,6	0,8	4	0,77	25–30
Programa de salud escolar	6,5	0,6	5	0,58	38–43
Programa de control del tabaquismo y alcoholismo	0,3	0,3	9	0,14	45–55
Programa de prevención del SIDA	132,3	2,0	15	0,58	13–18
Otras intervenciones de salud pública	5,2	3,1	—	—	—
Subtotal	—	6,9	—	—	—
II. Servicios clínicos					
Quimioterapia antituberculosa	275,0	0,2	6	0,51	5–7
Tratamiento integrado del niño enfermo	8,0	1,1	21	0,25	50–100
Planificación familiar	20,0	2,2	6	0,70	100–150
Tratamiento de las ETS	18,0	0,3	3,7	0,42	10–15
Atención prenatal y obstétrica	255,0	8,8	25	0,42	60–110
Atención limitada‡	13,0	2,1	—	0,03	400–600
Subtotal	—	14,7	—	—	133
Total	—	21,5	—	—	—

* Suma de las pérdidas por mortalidad prematura y discapacidad, incluidas las ocasionadas por transmisión secundaria de enfermedades

† Calculada multiplicando la eficacia, la exactitud del diagnóstico (cuando fue aplicable) y el cumplimiento del tratamiento

‡ Otras intervenciones son la vacuna contra la hepatitis B y el suplemento con vitamina A.

§ El número de AVAD perdidos por SIDA incluye los efectos dinámicos (probabilidad de transmisión a otros) solo en el primer año, lo que subestima el valor de la prevención de casos y, por ende, la efectividad en función del costo de las intervenciones preventivas.

¶ Incluye información, comunicación y educación sobre determinados factores de riesgo y comportamientos de salud, más control de vectores y vigilancia de las enfermedades

‡ Incluye el tratamiento de infecciones y traumatismos menores; en el caso de las afecciones más complicadas, incluye diagnóstico, asesoramiento, alivio del dolor y tratamiento, según lo permitan los recursos.

AVAD = Años de vida ajustados según la discapacidad.

SIDA = Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

ETS = Enfermedades de transmisión sexual.

COSTO Y PAGO

Se estima que el costo del paquete mínimo de servicios en los países de bajos ingresos es de unos \$12 anuales por persona, cifra que aumenta a cerca de \$22 en los de medianos ingresos. Alrededor de un tercio del total se destinaría a actividades de salud pública y los dos tercios restantes, a servicios clínicos esenciales. Para verificar la solidez de las estimaciones, los costos del paquete se calcularon de dos maneras. Un método se basó en el costo de actividades concretas, estimado a partir de los estudios realizados en muchos países sobre los costos de prestación de servicios por tipo de intervención. Con el otro método se estimaron los costos de un sistema prototipo de salud de distrito con capacidad para prestar los servicios del paquete mínimo, integrado por un hospital de distrito, dispensarios y actividades de extensión. (El paquete mínimo presentado en el cuadro 2 requiere aproximadamente una cama de hospital de distrito y 0,1 médico por cada 1 000 habitantes y de 2 a 4 enfermeras por médico.) Las dos estimaciones se compararon luego para señalar y corregir errores o discrepancias. Al hacer las estimaciones detalladas de los costos en determinados países se deben tener presentes las condiciones demográficas y epidemiológicas predominantes y los costos de los insumos. Además, es importante considerar que las estimaciones deben reflejar el costo de la realización efectiva de las intervenciones y no su costo en la actualidad. Por ejemplo, en el programa de lucha antituberculosa de un país se puede tratar solo a una pequeña parte de las personas con tuberculosis. El paquete de servicios debe prepararse no con los costos habituales del programa sino con los estimados de la atención de una población mucho mayor. El contenido del paquete se ha escogido para proporcionar el mayor beneficio de salud posible con un gasto limitado, independientemente de quién lo pague.

Los países pueden optar por financiar la totalidad del paquete para toda la población con recursos públicos. En caso contrario, todavía hay dos criterios para decidir lo que

deben sufragar los gobiernos. El primer criterio es que ciertos servicios son tan similares a bienes públicos o aportan beneficios externos tan sustanciales que los mercados privados difícilmente los proveerán. Esas intervenciones, para poder ofrecerse, han de ser costeadas por los gobiernos. El otro criterio es que los gobiernos tienen una responsabilidad especial con respecto a la salud de los pobres, cuyas posibilidades de pago de los servicios de salud son exiguas. Las tarifas cobradas a los usuarios pobres para recuperar parte del costo tendrían que ser sumamente bajas; solo podrían justificarse garantizando mayor eficiencia técnica en la prestación de servicios, por ejemplo, si se retuvieran los ingresos y se emplearan localmente para garantizar las existencias de medicamentos. El aporte a los costos totales de operación sería insignificante. Además, el estado de salud de los pobres suele ser peor que el de otras personas, aunque ello no importaría si pudieran pagar la atención correspondiente. Los servicios incluidos en el paquete se destinan a resolver problemas que afectan sobre todo a los pobres, pero ninguna intervención se incluye simplemente porque el problema correspondiente guarde relación con la pobreza: también debe ser efectivo en función del costo. La pobreza, al igual que los bienes públicos, es importante para quien paga el paquete de servicios, pero no para los elementos que contiene.

Además de garantizar a todos la provisión de intervenciones de salud pública efectivas en función del costo y el acceso de los pobres a todo el paquete mínimo de servicios, los gobiernos afrontan dos dificultades vinculadas con los servicios de salud que es preciso financiar. Una es lo que se debe incluir en una *paquete nacional esencial*, que comenzaría con el paquete mínimo pero podría ser mucho más amplio y comprender una gran variedad de otros servicios. Todo lo que sobrepase el conjunto de servicios esenciales se considera *discrecional* y debe financiarse en su totalidad con recursos privados (directamente o por medio de un seguro) o con un seguro social obligatorio. Estos servicios no deben subvencionarse con rentas públicas

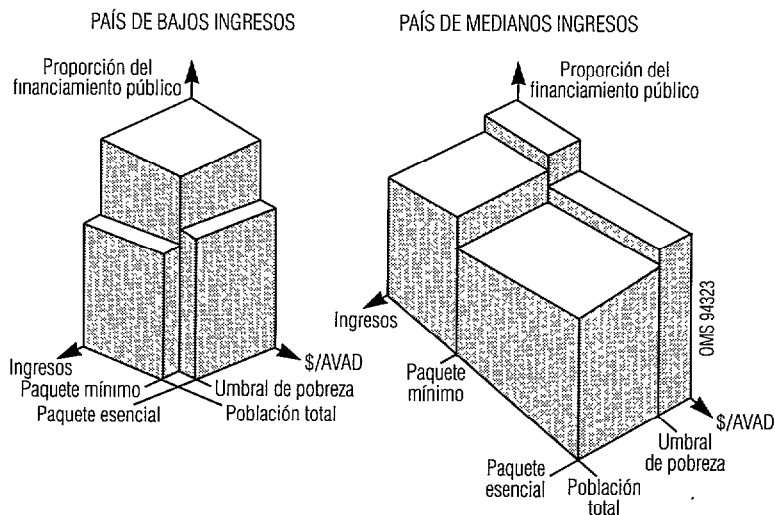
generales. La otra representa la porción de los servicios prestados a la población solvente que se debe pagar, incluidos los del paquete nacional esencial. Esto entraña la necesidad de elegir dónde se debe trazar la línea de pobreza entre los dos grupos y cómo se distinguen en la práctica los pobres de otros. Para un determinado monto de gasto público, cuanto más se destine del paquete a los pobres, más integral será.

Hoy en día, casi todos los países de bajos ingresos necesitan emplear en salud todo el dinero asignado para gastos públicos, sencillamente para pagar el conjunto mínimo de servicios prestados a los pobres. No es posible costear un paquete de servicios esenciales que incluya mucho más que el mínimo. Tal vez no puedan pagar ni siquiera todo el paquete mínimo de servicios prestados a la población solvente: en los países de bajos ingresos, los gobiernos gastan, en promedio,

apenas \$6 por persona en salud y el gasto total por ese concepto (tanto público como privado) es de unos \$14 por persona. El financiamiento del paquete mínimo en estos lugares exigiría aumentar el gasto público en salud, reorientar los actuales desembolsos públicos en concepto de salud hacia servicios distintos de los discrecionales y focalizar el gasto público en servicios clínicos para los pobres.

Esta situación se presenta en el lado izquierdo de la figura 2. Las posibilidades de elección del paquete de servicios esenciales y el orden de prioridad para los pobres definen cuatro combinaciones de un grupo de población que recibe un conjunto de servicios de salud. El eje vertical indica el nivel de subsidio público, que debe ser igual o cercano a 100% para el paquete mínimo de servicios prestados a los pobres. El subsidio debe reducirse, acaso de forma bastante acusada, a medida que se destine el gasto público a la

FIGURA 2. Posibilidades de elección de atención de salud en los países de bajos y medianos ingresos. El eje vertical indica el grado de subsidio público, el eje horizontal derecho se refiere al volumen de población clasificado como pobre o solvente, y el eje horizontal izquierdo representa servicios clínicos de salud divididos en paquetes mínimos y esenciales. Los subsidios públicos deben acercarse a 100% en el paquete mínimo de servicios prestados a los pobres. En los países de bajos ingresos, el subsidio debe bajar, tal vez de forma bastante acusada, a medida que los recursos se destinan a la población solvente o a intervenciones excluidas del paquete mínimo. En los de medianos ingresos, el subsidio podría ofrecerse a la población solvente y cubrir parte del paquete esencial solo si se garantiza el mínimo a los pobres y se garantizan todos los servicios efectivos en función del costo a toda la población



población solvente o a intervenciones excluidas del paquete mínimo. Esta condición puede enunciarse por medio de dos reglas sobre el gasto público: no debe destinarse a pagar servicios para la población solvente que no estén garantizados también a los pobres ni a pagar servicios menos efectivos en función del costo a no ser y hasta que se hayan pagado todos los de razón de costo-efectividad más alta. Todo lo demás no sería equitativo y favorecería a la población solvente más que a otros o a las intervenciones para las que el valor monetario de su rendimiento es menor al de otras más justificables.

El lado derecho de la figura 2 muestra la situación de un país de medianos ingresos cuyo gasto público corriente en salud alcanza un promedio de \$62 per cápita. Esos países pueden pagar un paquete de servicios esenciales que sobrepasa el mínimo para cubrir intervenciones menos efectivas en función del costo para tratar una gama más amplia de enfermedades y lesiones. Los pobres constituyen una parte menor de la población y los recursos son suficientes incluso para subsidiar servicios de menor efectividad en función del costo para la población solvente. Todavía pueden existir diferencias en el grado de subvención pública, pero pueden ser menores o estar menos enfocadas a los pobres que en los países de bajos ingresos.

REPERCUSIONES EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Un gobierno que desee adoptar un paquete nacional de servicios de salud esenciales tiene varios requisitos y posibilidades de elección. Estos entrañan la necesidad de disponer de información, de elegir la forma de prestar y pagar los servicios y formular preguntas sobre la manera de influir en las decisiones adoptadas en el sector privado o en las esferas subnacionales del gobierno.

Datos necesarios para diseñar el paquete. Los requisitos analíticos para diseñar un paquete nacional de servicios rigurosamente elaborado son numerosos. No obstante, los países pueden preparar paque-

tes provisionales con celeridad mientras se establece un banco de datos para el análisis. Pueden elaborar un paquete nacional de servicios esenciales empleando valores simulados de los datos o, en su defecto, adoptando el paquete nacional mínimo aquí explicado (tal vez con algunos ajustes) con carácter preliminar. A la larga, la mejor forma de diseñar dicho paquete es con los resultados de una estimación de la carga nacional de enfermedad y el análisis local de la razón de costo-efectividad de las intervenciones. La carga nacional de enfermedad se puede calcular durante varios meses si se dispone de datos de morbilidad y mortalidad. Si faltan, se puede hacer una estimación indirecta o ajustar las estimaciones regionales de la carga de enfermedad correspondientes a un país en particular y emplearlas como valor representativo provisional (1). También es preciso hacer estimaciones locales de los costos (y de la presunta efectividad), por lo menos cuando se trate de las intervenciones más importantes en materia de salud. Eso puede llevar meses, según los datos de costos disponibles.

Puesta en práctica del paquete de servicios. Una vez elaborado el paquete nacional, la dificultad que surge es ponerlo en práctica. Los presupuestos públicos no están organizados según las intervenciones para tratar las enfermedades: se hacen asignaciones a diversas organizaciones (ministerios de salud, fundaciones afiliadas, instituciones públicas de investigación y aseguradoras), instalaciones (hospitales y dispensarios) y clases de insumos (personal, suministros, medicamentos, mantenimiento, capacitación, transporte y otras afines).

Donde los gobiernos costeen y presten servicios de salud, pueden emplear la disponibilidad de insumos, la fijación de normas, el adiestramiento y la educación de los consumidores para influir en los servicios utilizados. No sería posible ni conveniente que supervisaran las decisiones clínicas diarias de los proveedores. Sin embargo, los gobiernos pueden facilitar la prestación del paquete de servicios financiando el costo de los insumos

necesarios (medicamentos, personal, suministros y equipo). Asimismo, el hecho de no cubrir los gastos de médicos especializados, del equipo complejo y de los medicamentos para servicios discrecionales reduce la posibilidad de prestar servicios fuera del paquete nacional en establecimientos públicos. Se pueden elaborar "listas de equipo esencial" para determinar las necesidades de equipo en el paquete de servicios esenciales. El establecimiento de normas también influye en los servicios prestados. Los gobiernos suelen fijar normas para las clases de servicio que se deben prestar en diferentes niveles de las instalaciones públicas. Cabe recalcar que es importante incluir los servicios esenciales y excluir los discrecionales. Los gobiernos también pueden garantizar que en el plan de estudios de medicina y enfermería se preste la debida atención al paquete nacional de servicios esenciales. En muchos países, el plan de estudios no está al día en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, al tratamiento de la tuberculosis y a los métodos de planificación familiar. Además, el adiestramiento del personal en servicio ha de apoyar el paquete de servicios esenciales para facilitar su prestación. Por último, los gobiernos, por medio de campañas educativas, pueden informar al público del paquete de servicios garantizados que se pretende ofrecer en diferentes tipos de instalaciones y cuándo se deben buscar.

Financiamiento público y prestación privada del paquete de servicios.

Los gobiernos también pueden optar por financiar la totalidad o una parte del paquete de servicios por medio de proveedores privados. Es posible establecer mecanismos de reembolso de varias formas, incluso el pago según el diagnóstico o per cápita. Los gobiernos también pueden contratar a organizaciones no gubernamentales o a otros grupos privados para prestar atención a determinados subgrupos de la población. En todo caso, se necesitarán mecanismos de vigilancia para asegurarse de prestar los servicios previstos a la población destinataria.

Prestación del paquete de servicios por mandato. En los países donde los estados o municipios se encargan de prestar servicios, pero los fondos provienen sobre todo de las instituciones federales, el gobierno nacional puede exigir que las dependencias gubernamentales de menor importancia presten por lo menos los servicios esenciales del paquete nacional para poder recibir transferencias del gobierno federal. Además, el costo del paquete de servicios puede orientar las corrientes de recursos intergubernamentales per cápita. El gobierno puede influir en el financiamiento público y privado del paquete nacional de servicios exigiendo que todos los aseguradores privados proporcionen, como mínimo, los elementos de dicho paquete. Esto no evitaría en forma alguna que los aseguradores prestaran otros servicios discrecionales adicionales, pero aseguraría que los de mayor efectividad en función del costo estuvieran incluidos en el paquete de cualquier asegurador.

Forma de hacer la transición. En muchos países en desarrollo, las instalaciones de salud, el equipo y el personal de salud existentes están mal adaptados a los requisitos de prestación de un paquete nacional de servicios esenciales. Muchos países tienen demasiadas camas en los hospitales públicos de nivel terciario y médicos en las zonas urbanas, en tanto que en las rurales todavía faltan dispensarios y proveedores de atención primaria. Como puede ser difícil, por razones políticas, corregir este desequilibrio de la infraestructura con el cierre de establecimientos públicos grandes, es indispensable destinar las nuevas inversiones en recursos físicos y humanos a los insumos necesarios para prestar el paquete nacional de servicios esenciales con el fin de corregir ese desequilibrio con el tiempo. Además, en la medida de lo posible, los gobiernos pueden mejorar la asignación de recursos, reencauzando los gastos *ordinarios* hacia los establecimientos de nivel más bajo, que ofrecen casi todas las intervenciones efectivas en función del costo.

Logro de los posibles beneficios de salud con el paquete de servicios. El diseño de un paquete de servicios efectivos en función del costo que alivien la carga de las principales enfermedades y la reasignación de fondos para ese paquete no garantizan el éxito. Los programas también deben funcionar eficientemente. En el paquete de servicios mínimo señalado en el cuadro 2 se supone que un sistema de referencia en buen funcionamiento conecta las actividades de extensión de servicios de salud con los dispensarios y los hospitales de distrito. Se supone también que hay vehículos para transportar a las pacientes que necesiten atención obstétrica de urgencia a los hospitales de distrito; que se puede atraer personal para trabajar en zonas remotas; que se dispone de medicamentos cuando el sistema de salud los precise, y que existen quirófanos para atención obstétrica de urgencia que no se cierran por escasez de suministros esenciales. La cuidadosa atención a la eficiencia técnica es tan importante como la eficiencia de las asignaciones para la fructífera implantación del paquete nacional de servicios esenciales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La idea de un paquete nacional de servicios de salud esenciales aquí presentada se deriva de una serie de actividades cumplidas en el último decenio y medio para determinar las prioridades del sector de salud. Los intentos previos hacen referencia generalmente a intervenciones caracterizadas por su bajo costo y poca complejidad, pero no a paquetes bien definidos. Estos esfuerzos por definir las intervenciones prioritarias en materia de salud con el fin de hacer uso más eficiente de los recursos incluyen el concepto de atención primaria de salud de la OMS (7); la propuesta más selectiva de atención primaria de salud de Walsh y Warren (8), destinada a la salud infantil y a determinadas enfermedades tropicales; la concentración del UNICEF en un pequeño número de intervenciones dirigidas a las madres y los niños (9), y un documento sobre política de salud del Banco Mundial (10). Un ejercicio más

complejo es el método de planificación del sector salud de la OPS (11), que comienza con enfermedades prioritarias y señala las necesidades de insumos como personal e instalaciones.

Todas estas recomendaciones o paquetes parciales se diseñaron a partir de información muy incompleta sobre la carga que para los adultos representan las enfermedades, sobre todo las no transmisibles, y otros problemas de salud causantes de discapacidad y mortalidad o solo discapacidad. En parte, como consecuencia de lo expuesto, y en parte, a causa del hincapié que se ha hecho en los niños, para quienes la mayor carga de enfermedad se debe a mortalidad prematura, los beneficios para la salud se determinaron sobre todo o exclusivamente con la reducción del número de defunciones. Los datos sobre la efectividad en función del costo también se limitaron a algunos problemas de la infancia y ciertas enfermedades parasitarias. El paquete mínimo aquí propuesto representa un adelanto en relación con el esfuerzo desplegado anteriormente, porque incluye información referente a todos los problemas de salud importantes de los países de bajos y medianos ingresos y todos los grupos de edad, aborda la discapacidad y la mortalidad, y se basa en la carga de enfermedad y la efectividad en función del costo más que en criterios parciales como el costo solamente o la complejidad de las intervenciones. También ofrece orientaciones para ampliar un conjunto mínimo de servicios esenciales a uno mayor y establece una relación entre esa posibilidad de elección y las decisiones sobre el financiamiento público de la atención de salud.

Una limitación relativa a la efectividad en función del costo para efectos de la asignación de recursos de salud es el hecho de que muchas intervenciones mejoran en gran medida no solo la salud sino también el ingreso y el bienestar de las personas. Algunas veces, los beneficios para la salud por sí solos justifican las intervenciones (por ejemplo, la educación de las niñas). Otras, como en el caso del abastecimiento de agua y el saneamiento, el costo por AVAD ganado es alto, pero la disposición de los consumidores a pagar bene-

ficios asociados distintos de los relacionados con la salud puede permitir recuperar parte del costo, con lo que se reduce el *gasto público* por unidad de beneficio para la salud. En términos más generales, la efectividad en función del costo por sí sola no justifica el gasto público. El financiamiento público necesita justificarse con los beneficios para la salud adicionales en comparación con los que resultarían del financiamiento privado, o con una reducción de costos, o porque la intervención es por lo menos en parte un bien público, o porque los beneficiarios son demasiado pobres para pagar su costo, incluso por medio de un seguro en algunos casos, o porque la efectividad en función del costo puede ser incompatible con otro objetivo del gasto público en atención de salud, es decir, la reducción de las desigualdades. La cobertura universal con una intervención puede aumentar los costos marginales muy por encima de los costos promedio, porque parte de la población vive en zonas remotas. Como esa gente suele ser pobre, la concentración de los recursos públicos en los pobres es una solución parcial de este problema. Pero todavía pueden obtenerse beneficios de salud mucho mayores, incluso para los pobres, si las intervenciones que de otro modo son efectivas en función del costo no se realizan en lugares donde los costos son muy elevados. La importancia relativa de la efectividad en función del costo frente a la equidad determinará entonces si es preciso modificar el paquete de servicios excluyendo algunas intervenciones, prestando servicios en unidades móviles y no en establecimientos fijos, concentrando la atención en la salud pública más que intervenciones clínicas para la población que representa un alto costo, o sacrificando parte de la eficiencia con el fin de preservar la equidad.

En casos excepcionales, el pago de un alto costo marginal para cubrir a toda la población puede justificarse por razones de eficiencia, ya que enfermedades como la viruela y tal vez la poliomielitis pueden erradicarse. Esos argumentos dinámicos, que no se basan solamente en la carga actual de la enfermedad y en la efectividad en función del costo

de las intervenciones, también son el fundamento de la atención que se presta en el paquete de servicios a la reducción del uso de tabaco y al control de la diseminación del SIDA. Por último, como los presupuestos de salud públicos reflejan la inercia de las inversiones pasadas, la adopción de un paquete apropiado y la asignación correspondiente del gasto también representan un problema dinámico: la rapidez y la efectividad con que puede introducirse un paquete nacional de servicios esenciales dependen del monto de la nueva inversión, del grado de adiestramiento necesario y de la capacidad técnica, administrativa y política del sistema de salud existente para analizar y resolver los problemas de salud.

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a Dean Jamison, Robert Hecht, Kenneth Hill, Jee Peng Tan, Seth Berkley y Christopher Murray (los dos últimos, especialistas a tiempo parcial en este trabajo), coautores del *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*, así como a todos los epidemiólogos, clínicos y sociólogos que participaron en las diversas consultas básicas para la preparación del presente informe.

REFERENCIAS

1. World Bank. *World development report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press; 1993.
2. Murray C. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull WHO* 1994;72:429-445.
3. Jamison D, et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. New York: Oxford University Press; 1993.
4. Mosley WH, Gray R. Childhood precursors of adult morbidity and mortality in developing countries: implications for health programs. In: Gribble J, Preston SH, eds. *The epidemiological transition. Policy and planning implications for developing countries*. Washington DC: National Research Council, National Academy Press; 1993.
5. Elo IT, Preston SH. Effects of early life conditions on adult mortality: a review. *Popul Index* 1992; 58:186-212.

6. World Bank. *World development report 1992*. New York: Oxford University Press; 1992.
7. World Health Organization. *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, September 1978*. Geneva: WHO; 1978.
8. Walsh JA, Warren K. Selective primary health care—an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979;301: 967–974.
9. Cash R, et al. *Child health and survival: the UNICEF-GOBI-FFF Program*. Wolfeboro, NH: Croom Helm; 1987.
10. Golladay FL. *Health: sector policy paper*. Washington DC: World Bank; 1980.
11. Ahumada J, et al. *Health planning: problems of concept and method*. 2nd edition. Washington DC: Pan American Health Organization; 1967. (Scientific Publication 11.)

ABSTRACT

Design, content and financing of an essential national package of health services

A minimum package of public health and clinical interventions, which are highly cost-effective and deal with major sources of disease burden, could be provided in low-income countries for about US\$ 12 per person per year, and in middle-income countries for about \$22. Properly delivered, this package could eliminate 21%

to 38% of the burden of premature mortality and disability in children under 15 years and 10–18% of the burden in adults. The cost would exceed what governments now spend on health in the poorest countries but would be easily affordable in middle-income countries. Governments should ensure that, at the least, poor populations have access to these services. Additional public expenditure should then go either to extending coverage to the non-poor or to expansion beyond the minimum collection of services to an essential national package of health care, including somewhat less cost-effective interventions against a larger number of diseases and conditions.