

ECONOMIA Y SALUD. MAS ALLA DEL FINANCIAMIENTO

*Abraham Horwitz*¹

Introducción

Las publicaciones del Banco Mundial, entre ellas los informes sobre los indicadores económicos y sociales de los países desarrollados y en desarrollo, así como los que fundamentan las políticas del Banco, tienen una enorme influencia en las decisiones de los gobiernos. Ellas reflejan la calidad de esos documentos, particularmente con respecto a la información que analizan. En este sentido, el Banco se ha transformado en una verdadera universidad en el propósito de difundir ideas, describir situaciones, sugerir soluciones y justificarlas con los mejores datos y referencias disponibles con respecto a problemas económicos y sociales y a la evolución del desarrollo. Los documentos son valiosos por su contenido intrínseco y la solidez del análisis para orientar decisiones en los países e influenciar la docencia y la investigación. Adquieren tal vez más relevancia cuando establecen la política de préstamos del Banco en sectores determinados que los gobiernos interesados deben considerar. Este es el caso del documento *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*, que forma parte de la serie de Estudios sobre Políticas del Banco Mundial.

En cuanto a su intención, los autores son explícitos: "El Banco es una de las pocas instituciones capaces de presionar con fuerza por una mayor atención al financiamiento de la salud. Lo está haciendo agresivamente por medio de reuniones de rutina, conferencias especiales sobre el tema y la interacción con otros organismos de préstamo con respecto a países específicos".²

Nuestra interpretación práctica es que los gobiernos que acepten el diagnóstico y las reformas que el Estudio contiene podrían beneficiarse de préstamos del Banco y de otros organismos multi o bilaterales para realizarlos. Los ministros de salud tienen la gran responsabilidad de examinar las propuestas e informar a quienes toman las decisiones, en especial al Presidente de la República, sobre la realidad del diagnóstico de la situación de la salud en el país y la posibilidad de resolver progresivamente los problemas con alternativas diferentes a las que el Banco indica o por medio de las mismas.

Por estas razones creo que es un acierto que el *Boletín de la OSP* publique esta versión al español del resumen del Estudio con comentarios escritos por personalidades de la salud pública del continente, pues de esta manera tendrá amplia difusión en las Américas. El lenguaje que emplea el documento, con fuerte acento en consideraciones de carácter económico, no es siempre de lectura fácil; para quienes no están familiarizados con su terminología singular, la

² Banco Mundial. *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study*. Washington, DC, Banco Mundial, 1987, p. 50.

¹ Director Emérito, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, DC, EUA.

metabolización intelectual de su contenido no resulta ser sencilla.

El documento analiza casi exclusivamente el financiamiento de los servicios de salud, enfoque sobre el cual cabe una observación crítica. “La concentración de este estudio en el financiamiento no significa, en forma alguna, una merma de la preocupación por todos los aspectos, sino que refleja la creencia de que merece considerarse seriamente una reforma del financiamiento como parte de un renovado esfuerzo global para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones de los países en desarrollo”.³ Sin embargo, la descentralización, la única de las cuatro reformas propuestas que no es exclusiva del financiamiento, solo es objeto de un tratamiento parcial. Por ello los gobiernos deberán examinar el sector en su integridad y no disociar los aspectos económicos de los otros componentes de una política nacional de salud y los caminos de acción correspondientes. Ni pueden ser las posibilidades y préstamos significativos el criterio que domine las decisiones. Estas deben derivar de un examen acucioso sobre la naturaleza de los problemas y sus prioridades con base en la información existente. Estos antecedentes sirven de fundamento para determinar, para cada uno, objetivos medibles comensurables con los recursos disponibles, lo que constituye el comienzo del ciclo de programación. Permiten, a la vez, identificar las acciones para mejorar la productividad y la calidad de los servicios de prevención y de curación y estimular la par-

ticipación activa e informada de las comunidades, el potencial más rico que tienen los países para realizar la atención primaria de la salud.

El aporte de capital exterior debería ser, en el mejor de los casos, un instrumento para acelerar el proceso de reforma derivado de dicho examen, con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad —en especial de los grupos expuestos al mayor riesgo—, extender la cobertura de servicios de salud y mejorar el estado de nutrición de los habitantes.

Diagnóstico del sector salud en el mundo en desarrollo

La descripción del sector salud y el análisis de sus problemas se basan en métodos y en una riqueza de datos que no son de uso frecuente en la región, lo que revela la calidad del Estudio del Banco Mundial. Los problemas identificados naturalmente no son originales, pero están mejor fundamentados.

Raíces de la situación. Sabemos desde hace mucho tiempo que las inversiones tanto del sector público como del privado están por debajo de las necesidades aparentes e, inclusive, de la demanda real. El documento no hace referencia alguna a las raíces más profundas que explican la situación. Estas se pueden identificar en la política de desarrollo económico e inversión social de los países. En una buena proporción de ellos los fondos existen pero están mal invertidos y peor administrados, y el dispendio es la regla más que la excepción. Es un problema de prioridades, de programación racional y de gestión eficiente que no es solo de hoy. En otras ocasiones nos hemos referido a los gastos en armamentos en el mundo, incluidos los países en desarrollo, cuya magnitud sobrepasa con mucho las inversiones necesarias para una atención primaria integral, que com-

³ Véase la página 699 de este *Boletín*.

prende el tratamiento oportuno de las enfermedades de mayor frecuencia en los grupos de alto riesgo.⁴ Pero aun si esta reforma en profundidad sobre la política de desarrollo no es posible, lo que es siempre lamentable, existen muchas posibilidades dentro del sector salud para incrementar los recursos disponibles y su rendimiento al reducir el dispendio y la duplicación de los servicios y estimular las acciones intersectoriales y contribuciones de los habitantes, tanto en el medio urbano como rural, con trabajo, materiales e incluso con financiamiento.

La crisis económica. Nada nos dice el Estudio sobre las consecuencias de la recesión económica en esta década y de las políticas de ajuste recomendadas por el Fondo Monetario Internacional que han afectado con mayor intensidad a los sectores sociales, en particular salud y nutrición. Hay pruebas de que en una serie de países aumenta la mortalidad, la morbilidad y la malnutrición de madres y de menores de cinco años, reflejo de una reducción de los presupuestos de salud y alimentación, del desempleo y, en general, de la mayor pobreza. En América Latina y el Caribe este proceso de deterioro social sigue vigente. Es indispensable, por lo tanto, examinar con mucho cuidado cualquier propuesta de financiamiento del sector salud que requiera mayores contribuciones de los habitantes e incremente los costos recurrentes.

Distribución de la inversión en salud. También desde hace mucho sabemos que hay un exceso de inversión en

la atención institucional curativa, en ocasiones con edificios más suntuarios que funcionales, con detrimento de las acciones de prevención de las enfermedades y de fomento de la salud. Como lo señala el Estudio del Banco Mundial, hay poca duda de que los costos por vidas que se salvan son mucho más altos en los hospitales que en los servicios preventivos y en los programas comunitarios. Ambos enfoques, cualquiera sea el nivel de financiamiento, son ineficientes y de bajo rendimiento.

Sabemos igualmente que, por lo común, en algunos países los servicios del sector público carecen de los elementos indispensables para un diagnóstico y un tratamiento apropiados en comparación con el sector privado que, con excepción del correspondiente a la medicina empírica, es más eficaz, si bien más caro. Esto explica en buena medida la baja demanda de los primeros.

Asimismo estamos convencidos de que la solución no puede consistir en la eliminación o reducción de los hospitales, porque son indispensables para el sistema de referencia oportuna de enfermos desde los niveles periféricos de la infraestructura de salud. "Es el financiamiento de la atención hospitalaria que es cara lo que necesita cambio, no la existencia de dicha atención como tal".⁵ Queremos agregar que tanto en términos de infraestructura como de presupuesto de operación y de inversión, lo que se requiere es un mejor equilibrio entre lo preventivo y lo curativo en el medio urbano y rural.

⁵ Banco Mundial. *Op. cit.* p. 18, cuadro 3.

⁴ Abraham Horwitz. Reflexiones sobre los efectos de la restricción y de la escasez económica en salud. Conferencia Hugh R. Leavell presentada ante el V Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública. México, DF, marzo de 1987.

En los países con baja cobertura de servicios de salud, la extensión de la misma debe programarse cuidadosamente. Construir hospitales sin incluir simultáneamente los servicios de atención primaria preventiva y curativa y de referencia del área de influencia de los mismos —un error frecuente hasta hace poco— es una medida que los gobiernos y las organizaciones de cooperación financiera no pueden aceptar. Conceptualmente, esto equivale a disociar el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades, del tratamiento de estas. Las consecuencias son las que el Estudio describe y que tenemos que aceptar, pero siempre con el propósito decidido de generar los cambios indispensables para aumentar la eficiencia y efectividad de los servicios disponibles y reformar el sector, sus prioridades y recursos antes de invertir sumas ingentes en el mismo.

Las consideraciones sobre oferta y demanda de servicios son conocidas pero se presentan con una riqueza de ejemplos y de argumentos que las justifican. De las primeras destacamos la sobrecentralización y los costos de los servicios, los consabidos problemas de logística y la calidad pobre del sector público que el Estudio reconoce que es difícil de cuantificar pero existe. En cuanto a la demanda, hay un uso inapropiado de los recursos. La gente tiende a sobreutilizar los hospitales urbanos, en especial los que practican medicina de tercer nivel —en principio de mejor calidad— mientras los de distrito muestran un alto índice de desocupación.

Hubiéramos preferido consideraciones sobre la relación entre necesidades y demanda —que no son sinónimos— y oferta de los servicios de salud.

Para comprender esta relación, se requieren investigaciones operacionales bien formuladas en cada país. Se podría así explicar mejor la urgencia de la reforma del sector para hacerlo más eficiente y productivo, y la justificación de fondos de inversión para reforzar y extender la cobertura.

La terapéutica que propone el Estudio

En el documento se afirma que “Cuando los presupuestos del sector público deben reducirse, es más fácil, especialmente en el corto plazo, disminuir los gastos en combustibles, medicamentos, vehículos y mantenimiento de edificios que los salarios. En vista de que estos insumos representan, por lo común, una pequeña porción de los costos totales (típicamente menos de 20%), deben cortarse drásticamente para reducir el gasto total de manera significativa. El precio de un ahorro financiero pequeño es una gran caída en la eficiencia de los trabajadores”.⁶

Esta afirmación nos lleva a considerar la terapéutica que propone el Estudio, que está integrada por cuatro componentes que se agrupan bajo el título de “Cuatro reformas de políticas”. En síntesis son: 1) cobro a los usuarios de los servicios del sector público por atenciones curativas; 2) estímulo a los programas de cobertura de riesgos, incluso seguros de salud; 3) uso eficaz de los recursos no gubernamentales por los cuales los habitantes están dispuestos a pagar, y 4) descentralización de los servicios de salud públicos.

Dice el Estudio: “El argumento básico en todo este estudio es que ciertos programas de salud de beneficio público tienen en la actualidad un finan-

⁶ Banco Mundial. *Op.cit.* p. 20.

ciamiento insuficiente. A medida que la recaudación de ingresos en los establecimientos del sector público hace los servicios curativos de beneficio privado autofinanciables, los fondos gubernamentales así liberados deben ser absorbidos en actividades verdaderas de salud pública y en el subsidio de atenciones médicas para los pobres. Solo cuando exista una provisión adecuada para las acciones de salud de beneficio público y de atención curativa crítica para los pobres, se debe considerar una reducción del financiamiento público del sector salud".⁷

Dicho de otra manera, el propósito es aumentar progresivamente el pago por el tratamiento de las enfermedades y, con excepción de los más necesitados, destinar el "ahorro" que haría el gobierno a la prevención. Por ello, el primer paso es empezar a cobrar alguna cantidad a la mayoría de los usuarios de los servicios de atención médica. La finalidad es laudable si el enfoque es factible. El Estudio identifica una serie de problemas y peligros latentes de las reformas.

Servicios privados. El Estudio del Banco Mundial muestra una preferencia hacia el uso de los servicios del sector privado, es decir, no gubernamental, como una meta. Este consiste en instituciones filantrópicas y otros grupos sin fines de lucro, médicos y farmacéuticos en ejercicio privado de su profesión y el sector informal basado en la medicina empírica tradicional. Los pagos directos a estos "proveedores" alcanzan, en algunos países, a la mitad del gasto en salud.

Como principio, la participación del sector privado institucional en

las funciones y acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades es aceptable, siempre que se aplique la política nacional de salud y sus prioridades, así como las normas y procedimientos correspondientes. De igual importancia es que el ministerio de salud y los servicios regionales ejerzan la supervisión sistematizada con propósitos de asesoría y de educación.

Cabe reconocer que el ejercicio privado de la medicina ha ido creciendo en las Américas a medida que aumentaba el ingreso familiar. Es más, los pobres recurren a ella con grandes sacrificios cuando no les satisface la atención de los servicios del Estado. Esta situación, lamentablemente, parece ser frecuente y se agrava en los períodos de crisis económica como la que sufren con mayor intensidad en esta década los países en desarrollo. Nada más conmovedor que observar los enormes esfuerzos que hace un obrero o campesino literalmente vendiendo todo lo que posee para salvar la vida de su madre o su padre. Es el reflejo de valores inmutables de la condición humana que el gobierno debe respetar y, a la vez, tomar las medidas para ofrecer servicios de calidad eficiente, sean gratuitos —por medio de cualquier sistema de prepago— o a un costo mínimo que los pobres puedan pagar.

En Haití, el país del menor ingreso promedio por habitante de las Américas, el Banco Mundial ha estimado para 1985 un promedio de \$US 23 per cápita de gastos en salud. De dicha suma, aproximadamente el 43% proviene de las familias que pagan a profesionales privados.

Descentralización de servicios y servicios privados. La reforma relativa a la descentralización del sistema de salud es esencial. Sin embargo, tenemos la impresión de que el Estudio del Banco Mundial hace hincapié en el proceso de financiamiento y en el uso de los fondos derivados del pago de las atenciones en los servicios que las prestan. Concordamos con esta necesidad, pero señalamos que una descentralización real de los servicios de salud debe ser integral y no disociar sino complementar el papel rector normativo del ministerio de salud y la función ejecutiva de los organismos locales.

La seguridad social en América Latina. La introducción de seguros de salud dependerá de la velocidad con que se instituya y se aumente el pago por atenciones curativas de los que no se catalogan como pobres, hasta financiar el costo total de dichos servicios. A medida que las tarifas sean más altas, la necesidad de los planes para cobertura de riesgos será más evidente. Es esta una afirmación que no corresponde a la historia de los seguros sociales en América Latina. En determinadas circunstancias, la decisión política interpreta adecuadamente la urgencia de satisfacer una necesidad vital de los habitantes.

Por otra parte, la América Latina tiene una historia de 63 años de sistemas de seguridad social con propósitos de equidad —como redistribución más justa del ingreso nacional—, de derecho y de financiamiento de diversos servicios, entre ellos los de salud. Por lo común, se constituye con aportes de los trabajadores, los empleadores y el Es-

tado. En el mejor de los casos, los primeros cotizan de acuerdo con su ingreso en una escala proporcional, pero todos tienen derecho a los mismos beneficios.

Los seguros sociales se han iniciado con los aportes de obreros asalariados en el medio urbano con exclusión de los grupos ocupacionales rurales más pobres, como campesinos y otros trabajadores agrícolas. El Estudio que comentamos se refiere a los 16 países de la América Latina que han organizado un sistema de seguridad social para alguna proporción de la población. Este ha ido creciendo a medida que el ingreso aumenta y fluctúa en promedio entre el 11 y el 71% de los habitantes y \$US 410 y 480 y \$US 1 120 y 2 660 de renta. Los datos son de 1977 —lo que revela la falta de información actualizada— y sin duda han variado desde entonces, sea por disminución del poder adquisitivo de las familias debido a la inflación, o por incremento del desempleo, ambas consecuencias de la recesión económica que aún nos asola. En estas circunstancias, la necesidad de la seguridad social que cubra por lo menos cesantía y salud es aun mayor, sobre todo para los pobres.⁸

El caso histórico de Chile. Sorprende que los datos que contiene el Estudio no incluyan a Chile que fue el primero en América Latina en promulgar la Ley sobre Seguro Obligatorio en 1924, adaptando a las condiciones del país la experiencia alemana de fines del siglo pasado durante el gobierno de Bismarck. Conceptualmente, el sistema se concibió como de seguridad ante los riesgos naturales propios de la vida en sociedad, como las catástrofes y las enfermedades. Operacionalmente, debía hacer uso de establecimientos del Estado depen-

⁸ Banco Mundial. *Op. cit.* pp. 36-38.

dientes del Ministerio de Salud en cuanto a las atenciones curativas. La organización del Servicio Nacional de Salud, que integró todos los recursos institucionales y comunitarios de que disponía el Estado, facilitó el cumplimiento del espíritu de la ley. Se evitó así la duplicación y la competencia entre los servicios de salud del Ministerio de Salud y los del seguro social, la concentración de estos últimos en áreas urbanas y su énfasis en la medicina curativa, incluso de alta tecnología, con desmedro de las acciones de prevención de las enfermedades y de fomento de la salud. A ello se refiere el Estudio. Preferimos la seguridad social como una doctrina y un derecho compartido por los habitantes que cotizan —y deben ser la totalidad de los que son productores y consumidores— y que las instituciones del Estado llevan a la práctica según los beneficios que la ley asigna. En este enfoque, el seguro social es un mecanismo de financiamiento, el Estado organiza y administra los servicios.

Un camino racional para el financiamiento de la salud en las Américas. A diferencia de América Latina, el Estudio señala que hay poca experiencia en el África y el Asia, con excepción de la China, sobre seguros sociales u otros sistemas de prepago por atenciones de salud. Pensamos que este es el camino racional para las Américas, capitalizando los errores del pasado, entre ellos el abuso de los servicios señalado por el Estudio, para obtener el mayor rendimiento de los recursos disponibles. En algunos países han surgido los seguros privados que deben considerarse como un complemento y no una competencia de los que provee el Estado, siempre que este último compruebe la calidad de las prestaciones que ofrecen. Deben servir de incentivo para que los servicios gubernamentales satisfagan la demanda natural por atenciones preventivas y

curativas, sobre todo cuando se verifica una subutilización de ellos. Estamos convencidos de que el ministerio debe ejercer la misma función de rector del sector salud en aquellos países en los que la constitución o la ley le han asignado a la seguridad social la responsabilidad por las acciones de curación de las enfermedades y de rehabilitación de los enfermos. A la vez, el Estado debe garantizar a los asegurados todos los beneficios que la ley les asigna y no obligarlos a comprarlos en el sector privado como está ocurriendo, por ejemplo, con los medicamentos. Por ello, la demanda disminuye.

De estas consideraciones surge la necesidad de completar progresivamente la cobertura con servicios de salud, particularmente en los países donde es baja, sean ellos provistos por el ministerio de salud o por sistemas de prepago. Un sistema de seguridad social tripartito, es decir, con contribuciones del Estado, los empleadores y los trabajadores urbanos y rurales, puede contribuir a la extensión de la infraestructura, que es esencial. Los préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) pueden ser necesarios siempre y cuando no se destinen únicamente a la construcción de hospitales y no incluyan los servicios comunitarios, preventivos y ambulatorios para la población que se atiende en ellos. Cabe tener presente que, además, crean costos recurrentes para la mantención eficiente de los nuevos servicios derivados de los préstamos. Reconocemos que, dados los fondos que involucra, este objetivo puede ser tanto más lento cuanto menor el interés

del gobierno en mejorar el estado de salud y de nutrición de los habitantes. Son estas decisiones las que caracterizan a una sociedad en cuanto prefiere los gastos en armamentos o el financiamiento de la infraestructura económica —esta última posiblemente necesaria y útil— con desmedro de las inversiones en desarrollo humano de las cuales va a depender, sin duda, el progreso del país.

No obstante, el impacto negativo de la recesión económica y el pago de los enormes intereses de la deuda externa explican que, con las mejores intenciones, los gobiernos no puedan cumplir con su responsabilidad de proveer los servicios de salud indispensables para los habitantes. Ello significa que sectores importantes de la población solo cuentan con las atenciones de quienes practican la medicina tradicional o empírica que no incluye medidas para el fomento de la salud o la prevención de las enfermedades. No son de extrañar las altas tasas de morbilidad y mortalidad que seguramente son mayores de lo que figuran, dado el subregistro de casos.

Recursos para grupos prioritarios

Puede transcurrir un largo período hasta alcanzar coberturas del 80% o más de la población accesible en varios países. Entretanto, los gobiernos han reconocido la necesidad de concentrar los recursos en los problemas prioritarios que afectan a los grupos vulnerables de madres y niños expuestos al mayor riesgo de enfermar y morir, que pueden ser prevenidos o tratados oportunamente por medio de la atención primaria de la salud. Al mismo tiempo que se reduce significativamente la morbilidad, la mortalidad, la malnutrición y el bajo peso al nacer, se logra también disminuir las hospitalizaciones y el costo de las atenciones. Procede, a la vez, mejorar la calidad y el rendimiento de los recursos

por la reforma del sector salud, que va más allá de la descentralización ejecutiva que preconiza el Estudio porque debe comprender la función normativa y supervisora, entre otras, del ministerio de salud. Este último debe promover deliberadamente acciones conjuntas con los ministerios y organismos de los otros sectores del desarrollo económico y social que tienen impacto directo en la incidencia y prevención de las enfermedades.⁹

Si no pueden redistribuirse los fondos disponibles, tanto del ministerio de salud como de la seguridad social, para invertir más en atenciones comunitarias —vale decir en prevención, incluida la nutrición— que institucionales —en tratamiento en hospitales—, todo incremento del presupuesto debería destinarse a las primeras hasta alcanzar una cobertura útil relativa a los problemas específicos. En este propósito se puede incluir una sistematización del pago por servicios curativos con tarifas proporcionales al ingreso familiar y más diferenciadas para proteger a los pobres. En la medida de lo posible, los habitantes en estado de pobreza crítica —que debe definirse— no pagarían. El Estudio sugiere métodos para identificarlos, que habría que ensayar y modificar de acuerdo con cada experiencia. Las acciones de prevención de las enfermedades y de fomento de la salud deben ser gratuitas, incluso la suplementación de los alimentos a em-

⁹ Organización Mundial de la Salud. Discusiones Técnicas de la 39ª Asamblea Mundial de la Salud. Documento de trabajo A39/Technical Discussions/1. Ginebra, marzo de 1986.

barazadas, mujeres lactantes y menores de cinco años, en quienes el control del crecimiento muestre que están malnutridos. El Informe concuerda con este planteamiento, si bien no se refiere en forma explícita al problema de la malnutrición.

En las Discusiones Técnicas de la 40ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1987, se hizo referencia al pago por atenciones en los hospitales, en el entendido de que los mismos disponen de los fondos necesarios, una práctica que realizan algunos países con variaciones diversas. Otros estimaron que daría lugar a un mayor aumento de la desigualdad en salud. Sin embargo, hubo consenso en que dentro de la política de cada sistema existían varias opciones para aumentar los recursos de salud. Una opinión diferente destacó que una tarifa por servicios de salud no solo afectará fuertemente a los muy pobres sino que, a menos que sea muy alta, realmente no aumentará los ingresos de una manera substantiva.¹⁰

El Estudio sostiene que hay experiencias de varios países que muestran una recaudación de hasta un 20% de los presupuestos de salud y que corresponden a los gastos que no son sueldos ni salarios. Si en estos métodos de financiamiento no se incluyen medidas específicas para el subsidio de las atenciones a los

pobres, se puede agravar la desigualdad social que es contraria a los propósitos de los sistemas de salud modernos y a la doctrina de la justicia como un derecho de las personas a las oportunidades y los servicios que una sociedad ofrece.

A manera de conclusión

En síntesis, reiteramos que el Banco Mundial ha hecho un valioso aporte al análisis de un problema que es vital en el mundo en desarrollo: el financiamiento de los servicios de salud. Sugerimos que los gobiernos lo examinen cuidadosamente y consideren que es preciso determinar si la política y los programas actuales responden a los problemas prioritarios y si los recursos disponibles rinden lo esperado en términos de costo y efecto. Más aun, si el riquísimo potencial que representa la participación comunitaria contribuye a la ejecución de las acciones de salud. De esta revisión deben derivar las reformas necesarias para atender mejor a más habitantes, antes de recurrir a préstamos internacionales. En la América Latina, el sistema de seguridad social que tiene una larga experiencia es el mecanismo de prepago por atenciones de salud, un camino que debería extenderse teniendo presente que el continente se urbaniza progresivamente.

Nos hemos permitido hacer algunas consideraciones al respecto. Existe, por otra parte, una tendencia al pago por los servicios curativos, aun en las familias de ingresos muy bajos. Cabe, por lo tanto, sistematizarlo, diferenciándolo por ingreso familiar y naturaleza de los servicios con gratuidad, si es posible, para los que viven en pobreza crítica. La prevención de las enfermedades y el fomento de la salud deben ser libres de todo cargo.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Discusiones Técnicas de la 40ª Asamblea Mundial de la Salud. Documento de trabajo A40/Technical Discussions/4. Ginebra, mayo de 1987.

EL FINANCIAMIENTO COMO INSTRUMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA

Julio Frenk¹

Punto de partida

Relegado por muchos años de los debates centrales sobre la salud, el tema del financiamiento se ha vuelto, cada vez más, un punto focal para analizar la factibilidad económica, los efectos distributivos, la conveniencia política e incluso las implicaciones éticas de los programas de atención. La trascendencia del tema se ve igualada, en el caso del documento que nos ocupa, por el peso del organismo responsable de la publicación. En efecto, a partir de 1980 el Banco Mundial ha ido adquiriendo una influencia creciente en la concepción, la planeación y el financiamiento de los servicios de salud de muchos países en vías de desarrollo, influencia que encuentra su cauce material a través de los más de 100 millones de dólares que el Banco presta cada año para proyectos de salud.

Por lo anterior, la publicación del documento *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma* constituye un acontecimiento de primer orden. En virtud de la influencia económica del Banco Mundial, así como de la seriedad y

profundidad del estudio que se ofrece, el documento debe ser analizado con cuidado y debatido ampliamente.

El propósito de la publicación es sin duda ambicioso: proponer un enfoque alternativo para el financiamiento de la atención de la salud. En esencia, dicho enfoque gira alrededor de un tema central: la solución de fondo a los problemas financieros y administrativos de los sistemas de salud exige una reducción de la responsabilidad gubernamental por el financiamiento de aquellos servicios que, según la concepción del Banco Mundial, ofrecen pocos beneficios a la sociedad en su conjunto; ello liberaría los recursos requeridos para pagar los servicios de probada utilidad pública.

El punto de partida es pesimista, pues se señala que el gasto público en salud no podrá aumentar mucho, a pesar de su notable deficiencia en la mayoría de los países subdesarrollados. La propuesta no es, sin embargo, una simple reacción para paliar los efectos de la actual crisis financiera de los sistemas de salud. Por el contrario, se trata de todo un planteamiento normativo que, según los autores, "tiene sentido aun en países donde el problema presupuestario, como tal, no es grave".

Bases analíticas

Uno de los méritos del estudio es que nos obliga a reconocer problemas y contradicciones que definen dilemas de difícil decisión. Así, existe una contradicción potencial entre lo que podríamos llamar dos "universos de necesidades de salud", los cuales quedan definidos por el desarrollo desigual de la transición epidemiológica (1). El documento plantea acertadamente que la posibilidad de continuar reduciendo la mortalidad y la morbilidad depende de la capacidad de ofrecer servicios básicos de salud a la población pobre, pero esta capacidad se

¹ Director General, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México. Dirección postal: Fco. de P. Miranda 177, 7° piso, Colonia Merced Gómez, Delegación Alvaro Obregón, 01600 México, D.F., México.

ve amenazada conforme la demanda por los servicios hospitalarios costosos se incrementa como resultado de la urbanización, el aumento en los ingresos y el envejecimiento de la población. En la medida en que las desigualdades sociales conducen a una "polarización epidemiológica" (2) de la población de nuestros países, existe un riesgo real de que las enfermedades llamadas "postransicionales", propias de los países desarrollados, ligadas a los padecimientos cronicodegenerativos, los problemas de salud mental, los accidentes y la violencia, absorban gran parte de los recursos que se requieren para la atención de las enfermedades pretransicionales, ligadas a las infecciones y a las carencias primarias de alimentos, vivienda y saneamiento.

La principal cuestión analítica del documento del Banco Mundial es suponer que la patología postransicional es un problema de los "ricos", mientras que la pretransicional es de los "pobres". La realidad es mucho más compleja que lo que sugiere esta visión maniquea. La polarización epidemiológica de la sociedad responde no tanto a las vagas categorías de "ricos" y "pobres", como a la división entre un medio rural basado en una economía agraria y un medio urbano basado en una economía industrial y de servicios. Bajo ninguna definición razonable de "rico" podemos incluir a los trabajadores urbanos que subsisten con un salario mínimo o a los ejércitos de subempleados que migran del campo. Estas poblaciones presentan las tasas más elevadas de accidentes, violencia y padecimientos mentales. En otras palabras: son los pobres los que sufren más los dos

tipos de patología. Por lo tanto, son los pobres, rurales o urbanos, los que suelen requerir más servicios, tanto preventivos simples como curativos complejos. Es inexacto suponer que estos últimos son servicios principalmente para ricos.

Existe otra ecuación incorrecta en el documento del Banco Mundial. Esta es la que supone que los servicios curativos solo producen beneficios privados, es decir, beneficios al consumidor directo del servicio y no a la sociedad en su conjunto. En la base de este supuesto se encuentra una definición muy estrecha de "bienes públicos", esto es, aquellos cuyos beneficios son recibidos por toda la sociedad. El límite exacto entre los beneficios individuales y los sociales no es tan tajante como el documento parece sugerir. Según los autores, solo unos cuantos servicios generan beneficios externos, a saber, los servicios no personales y los servicios personales dirigidos a controlar padecimientos transmisibles. ¿Pero podemos realmente suponer, por ejemplo, que la atención curativa a una madre o a un trabajador productivo reditúa beneficios solamente a esa persona y no al resto de la sociedad? ¿Podemos suponer que la prevención de deficiencias mentales como resultado de una adecuada atención prenatal carece de beneficios sociales? Lo cierto es que, excluyendo unos cuantos servicios cosméticos o triviales, la gran mayoría de la atención a la salud genera externalidades positivas.

Las dos ecuaciones antes comentadas dan pie a la propuesta central del documento: separar los servicios curativos, que supuestamente solo benefician a los individuos ricos, de los "bienes públicos", que benefician a toda la sociedad. El primer tipo de servicio sería pagado por el consumidor. En efecto, la colectividad, representada por el gobierno, no tiene por qué cubrir el costo de servicios cuyos beneficios son capturados por el individuo. En esta

forma, el gobierno podría concentrar sus escasos recursos en financiar los "bienes públicos" y algunos servicios personales básicos para los pobres.

Los autores del documento tienen toda la razón al destacar que la prioridad más alta en la acción gubernamental debería asignarse a los servicios preventivos, sobre todo los dirigidos a los grupos sociales desfavorecidos. Sin embargo, es dudoso que ello se logre dicotomizando los servicios personales de los públicos. Esta propuesta, que los autores presentan como una alternativa innovadora, nos remite, en realidad, a una antigua y artificial separación de responsabilidades que ya ha sido superada en casi todo el mundo. En efecto, la propuesta recuerda mucho la vieja escisión entre un sector dominante de servicios curativos, localizados en el sector privado, y un sector gubernamental paralelo, encargado de prestar servicios de saneamiento ambiental, control de enfermedades transmisibles, prevención y tratamiento básico para los pobres, según la definición obsoleta de la salud pública. Muy pocos países mantienen este tipo de organización de su sistema de salud. Entre ellos destaca Estados Unidos, que los autores parecen tomar como el modelo de muchas de sus propuestas, a pesar de los múltiples problemas de cobertura, accesibilidad, costos y financiamiento que aquejan a su sistema de servicios.

No es este el sitio más adecuado para realizar un análisis detallado de las razones históricas por las que la mayoría de los países se han ido alejando del modelo de atención fragmentario que ahora rescatan los autores del documento. Baste señalar que la tendencia mundial hacia la integración de los servicios obedece, entre otras razones, a la dificultad de escindir las necesidades de la población de acuerdo con las dicotomías preestablecidas de prevención *versus* tratamiento o servicios personales *versus* no

personales. Además, la posibilidad de un control efectivo de los servicios por parte de la población se reduce mientras mayor sea la fragmentación. Las ventajas de una organización integral son reconocidas en documentos tan fundamentales como la Declaración de Alma-Ata.

Por otra parte, la movilización de los poderes del Estado para lograr los objetivos de la salud no ha obedecido únicamente a los cálculos utilitarios sobre las externalidades o el problema del beneficio vicario (*free-rider problem*), ni a un esfuerzo por compensar las múltiples imperfecciones del mercado de servicios médicos. La participación pública ha respondido mucho más a una concepción del ser humano como recurso nacional (3) o a una visión normativa de lo que toda sociedad debe ofrecer a sus miembros (4). Así, la protección de la salud puede llegar a verse como un derecho social, que se distribuye según el principio de ciudadanía (5). Como tal, es parte del "modelo de sociedad", el cual define la calidad de vida que la colectividad aspira a garantizar para sus ciudadanos. Más aun, la atención a la salud no puede concebirse como una parte del sistema de recompensas al esfuerzo individual; constituye, por el contrario, un elemento indispensable de la igualdad de oportunidades, que forma la base ética de la distribución de bienes en cualquier sociedad. Lamentablemente, el documento del Banco Mundial no analiza ni debate ninguno de estos principios.

Cuatro reformas de políticas

Si bien la propuesta general del documento resulta cuestionable, algunas de las políticas específicas que sugiere merecen una consideración detallada, pues pueden representar soluciones interesantes, sobre todo si se las examina con una óptica pragmática y no ideológica. El Banco propone cuatro políticas, las cuales son concebidas como un conjunto: 1) cobro de aranceles por los servicios; 2) provisión de seguros u otra protección frente a riesgos; 3) empleo eficiente de los recursos no gubernamentales y 4) descentralización de los servicios públicos de salud.

1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud. Por lo que respecta al cobro de cuotas, estas no deben verse exclusivamente, ni siquiera principalmente, como un mecanismo para extraer recursos de la población y transferirlos al sector salud, sino ante todo como un *instrumento de política*, mediante el cual pueden inducirse entre los proveedores y los usuarios de los servicios ciertas conductas que se consideran apropiadas para alcanzar objetivos de salud socialmente deseables.

La eficacia de las distintas formas de cobrar para lograr estos objetivos no es igual. La gratuidad, que puede conceptuarse como una forma de cobro, tiene la ventaja de estimular la demanda entre los grupos más pobres aunque, como bien señala el documento, la demanda también depende en forma crítica de la accesibilidad y la calidad de los servicios. Lamentablemente, el costo a la

población no desaparece por dejar de ser monetario, sino que se transforma en un precio en tiempo, que se paga mediante la espera, el burocratismo y la pérdida de control por parte de los usuarios. Además, la gratuidad puede llegar a subsidiar a segmentos de la población que no lo requieren.

La alternativa, sin embargo, no es instituir cuotas indiscriminadas por cada servicio prestado, como parece sugerir el estudio. Aunque estén subsidiadas, estas cuotas desalientan la búsqueda temprana de atención y disminuyen la utilización de servicios preventivos, además de ser regresivas en términos de la distribución del ingreso. Una opción atractiva es el sistema de cuotas diferenciales que se cobren solo para algunos servicios y para ciertos pacientes. Un sistema así tiene gran potencial para servir como un instrumento de incentivos que estimule ciertas conductas de utilización temprana y preventiva, así como un instrumento de equidad en beneficio de los pacientes con menos recursos y más necesidades. Por ejemplo, el cobro diferencial puede basarse en cuatro criterios que no son mutuamente independientes: el tipo de unidad donde se presta el servicio, el tipo de localidad donde se ubica la unidad, el tipo de servicio y la condición socioeconómica del paciente.

2. Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos. Otra opción que ofrece muchas ventajas es algún sistema de seguro o prepago, que el Banco Mundial propone enérgicamente, en lo que constituye una de las partes más valiosas del documento. Si bien el Banco parece favorecer la cobertura solo de riesgos financieramente catastróficos, es posible aspirar a una cobertura más integral. Estructurada mediante un buen sistema de deducibles, puede estimularse la utilización de servicios preventivos y desalentar la demanda excesiva.

En todo caso, deben instaurarse mecanismos de protección que impidan que el pago de cuotas o de primas de seguro dé lugar a que las instancias centrales de presupuestación recorten las asignaciones provenientes de los fondos públicos generales, pues entonces el cobrar solo aumentaría la carga a la población y no el financiamiento de los servicios de salud.

3. Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales. La tercera política propuesta por el documento, el fomento a la iniciativa privada, encierra varios problemas de concepción y estrategia. En primer lugar cabe preguntarse: ¿Qué es el sector privado? El documento parece tratar a todos los proveedores y establecimientos no gubernamentales como algo homogéneo. ¿Pero son en realidad comparables los planes cooperativos de salud, las misiones religiosas y las grandes cadenas multinacionales de hospitales? ¿Merecen el mismo tratamiento por parte del Estado los pequeños empresarios médicos que viven de su consultorio privado, las parteras empíricas, los especialistas propietarios de grandes firmas médicas de diagnóstico y los boticarios? Es muy probable que el sector privado no lucrativo se asemeje más al sector público que al lucrativo. Si bien hay muchos argumentos en favor de estimular a las organizaciones privadas de corte comunitario y no lucrativo, ellos no necesariamente se aplican a los organismos con fines de lucro. De hecho, cabe preguntarse si estos últimos *requieren* de incentivos adicionales a los que ya disfrutaban. Por ejemplo, en muchos países los

gastos en servicios médicos privados son deducibles del impuesto a los ingresos. Ello constituye un subsidio neto de toda la sociedad hacia los segmentos económicamente más poderosos.

Además de no diferenciar con precisión los distintos segmentos del sector privado, el estudio lanza algunas propuestas que deberían acompañarse de una reflexión más profunda. Se afirma, por ejemplo, que en muchos países de América Latina el sector privado podría “proporcionar gran parte o aun toda la atención curativa”. ¿Qué pasaría en un caso así con toda la inversión social que ya existe en estos países en materia de atención a la salud? ¿Cómo se controlarían los abusos a que ha dado lugar en muchos países la contratación masiva de servicios privados por fondos públicos y seguros sociales? La instauración de tales mecanismos de control ¿no generaría una burocracia acaso mayor que la que hoy se destina a prestar servicios directamente?

Más aun, no existe ninguna evidencia de que el sector privado, sobre todo si está organizado sobre la base de monopolios, preste servicios de mayor calidad, ni que ofrezca un mejor trato a los pacientes, ni que sea más eficiente, ni mucho menos que aumente la equidad, como afirma el estudio. Para lograr algunos de estos objetivos, los autores proponen que haya mayor competencia. La pregunta es si ello es realmente factible. No hay que olvidar que el mercado de servicios médicos es, por así decirlo, perfectamente imperfecto, vale decir, que exhibe todas las imperfecciones identificadas por los economistas. Además de los múltiples elementos externos a que aludimos antes, existen notables asimetrías entre la información que poseen los médicos y la de los consumidores (es por eso, en gran medida, que acuden al médico), importantes barreras legales para el ingreso de nuevos productores al mercado, una gran facilidad por parte de

los productores para inducir la demanda, límites muy marcados sobre la racionalidad, un papel del gasto en servicios no como un consumo sino como una inversión en salud, etc. Aun suponiendo que la competencia sea deseable y posible, no hay pruebas contundentes, ni siquiera en Estados Unidos, de que efectivamente contribuya a reducir los costos de la atención médica. Parecería más sensato explorar opciones —que el documento no considera— para aumentar la eficiencia y la responsabilidad de los organismos públicos. Antes que abandonar a estos últimos, deberían instituirse medidas que ligaran en forma más estrecha la remuneración con el desempeño y que incrementaran la participación organizada de los usuarios en la toma de decisiones.

4. Descentralización de los servicios gubernamentales de salud. La descentralización, última de las políticas propuestas en el documento, tiene precisamente como uno de sus objetivos principales el hacer los servicios públicos más sensibles a las necesidades de los usuarios. Las ventajas de la descentralización se han puesto de manifiesto en países como México (6). Baste destacar aquí que puede existir un conflicto potencial entre la eficiencia local promovida por la descentralización y la equidad nacional. Dadas las notables desigualdades que suele haber entre distintas regiones, la descentralización puede acentuarlas si las regiones más ricas —que son también las que tienen mejores niveles de salud— son las que organizan sistemas locales de salud más eficientes y las que reciben mayores recursos. Por ello es preciso que, al lado de las instancias locales, se preserve un nivel nacional de evaluación que se ocupe de medir los beneficios del sistema de salud en su conjunto y la distribución equitativa de dichos beneficios.

Conclusión

En suma, a pesar de la insistencia del Banco Mundial de que sus cuatro propuestas sean consideradas como un conjunto, lo cierto es que algunas son muy razonables, mientras que otras resultan cuestionables. Contrariamente a lo que se sugiere en el documento, es probable que gran parte de los problemas que aquejan a los sistemas de salud no provengan de la hipertrofia del aparato público, sino de su debilidad y su incapacidad para hacer frente a las presiones de intereses particulares que promueven la fragmentación del sistema de salud, la ausencia de controles efectivos y la inflación de los costos. No será debilitando el sector público como estos problemas se solucionarán, sino fortaleciéndolo como instancia de promoción de una mayor autosuficiencia comunitaria en la prestación de servicios.

En todo caso, es claro que existen grandes lagunas en el conocimiento sobre la factibilidad y los efectos reales de distintas fórmulas —presentes y futuras— de financiamiento. El Banco Mundial ha reconocido la necesidad de apoyar la realización de más investigaciones sobre este tema prioritario. Para ello será preciso tomar medidas concretas que permitan desarrollar las capacidades nacionales en materia de investigación de sistemas de salud. Solo en esta forma podrá generarse el conocimiento requerido para sustentar nuevos enfoques de financiamiento que estén a la altura de la complejidad epidemiológica, política y económica del mundo actual.

Agradecimiento

El autor agradece los valiosos comentarios de Miguel Angel González-Block, Director de Investigación en Políticas de Salud, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Referencias

- 1 Omran, A. R. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 49(4):509-538, 1971.
- 2 Soberón, G., Frenk, J. y Sepúlveda, J. The health care reform in Mexico: Before and after the 1985 earthquakes. *Am J Public Health* 76(6):673-680, 1986.
- 3 Foucault, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educ Med Salud* 10(2):152-170, 1976.
- 4 Steiner, P. O. The public sector and the public interest. In: Haverman, R. H. y Margolis, J., eds. *Public Expenditure and Policy Analysis*, 2a. ed. Chicago, Rand McNally, 1977, pp. 27-66.
- 5 Frenk, J. y Donabedian, A. State intervention in medical care: Types, trends and variables. *Health Polic Plann* 2(1):17-31, 1987.
- 6 De la Madrid, M., Soberón Acevedo, G. et al. *La descentralización de los servicios de salud: El caso de México*. México, Grupo Editorial M. Porrúa, 1986.

EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD. CONDICIONES DE SU EFICACIA Y EQUIDAD

*David Tejada de Rivero*¹

El estudio-propuesta sobre el tema del financiamiento de los servicios de salud es, sin duda, una importante agenda para reformas impostergables en este campo. El Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial pone en debate planteamientos que desde hace mucho tiempo necesitaban del aval de organismos internacionales.

Las limitaciones del comentario

Comentar este documento es una tarea interesante y difícil. La forma en que se han analizado los problemas, los ejemplos muy bien escogidos, así como las políticas propuestas, están desarrollados con seriedad y, más aun, en forma clara, simple y que provoca la respuesta. Es un documento que hace pensar y obliga a revisar conceptos y experiencias. Lo difícil radica en que uno se siente motivado a comentar todos y cada uno de los puntos tratados y a desarrollar aquellos otros que en el documento están implícitos o que definitivamente faltan.

¹ Ex-Ministro de Salud del Perú. Dirección postal: Av. Javier Prado 1445, Depto. 502, San Isidro, Lima, Perú.

Estas motivaciones pueden llevarnos a querer escribir un libro en lugar de un comentario; sobre todo cuando hay un cúmulo reciente de experiencias personales alrededor de estas mismas ideas. El presente comentario será, entonces, desbalanceado e incompleto: demasiado selectivo en los temas que se comentan y que omite muchos puntos interesantes.

El compromiso político y un complemento indispensable

En el documento se dice que para lograr un cambio se requiere de un serio compromiso político por parte de los gobiernos. Esta condición también debe ser válida para los organismos internacionales —los que en última instancia no son otra cosa que los gobiernos actuando colectivamente—, pero el compromiso político exige un complemento indispensable: “coraje político”. Esto es lo que demuestra el documento al hacer planteamientos orientados a derrumbar viejas posiciones defendidas hasta hoy dogmáticamente solo porque en algún momento constituyeron enunciados de principio, pero que, al tratar de aplicarlas a realidades concretas, producen por lo general resultados contrarios a los principios sustentadores de tales enunciados. Un ejemplo es la “gratuidad de los servicios de salud”. En algunos países se ha llegado hasta a consignarla como un derecho constitucional al lado de otras importantes aspiraciones sociales. No hay duda de que la intención original fue siempre beneficiar a los pobres, pero en la práctica se termina a veces por favorecer a los menos necesitados.

El documento es también un excelente modelo de cómo deben presentarse este tipo de temas. Se trata de un desarrollo serio, objetivo, fundamentado por experiencias de diferentes países. No se queda en la explicación del problema sino que presenta propuestas de acción concretas. En este sentido va a contribuir a “desmitificar” ciertos dogmas que cual fantasmas rondan aún a políticos y técnicos en un sistema social tan complejo, tan poco estructurado y abierto como el de la salud.

La esencia del problema

Todos los países —tanto aquellos en desarrollo cuanto los industrializados— se encuentran hoy en día en una situación aparentemente sin salida. Por un lado están, entre otros factores, un acelerado y continuo desarrollo científico y tecnológico, aplicado mayormente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y no necesariamente a la protección de la salud o a la prevención; una comercialización agresiva y eficaz de ese desarrollo, y personal de los servicios de salud ávidos de tener lo más avanzado y complejo de esa comercialización tecnológica. Permanentemente aparecen nuevos elementos tecnológicos o nuevas versiones o generaciones de los ya existentes (lo que lleva a que la obsolescencia tecnológica sea varias veces más rápida que el desgaste de un uso regular y normal). Con muy contadas excepciones, la mejora tecnológica es relativamente marginal aunque los costos crezcan exponencialmente. Por otro lado, los recursos financieros asignados a los programas de salud del sector público tienden a congelarse o a reducirse tanto en términos reales cuanto porcentualmente con respecto al total de los gastos públicos, al producto interno bruto (PIB), al ingreso o a cualquier otra referencia de comparación.

Lo más grave es que en la promoción de mejores formas de vida —la salud en su forma positiva— así como en la prevención de enfermedades, la comercialización del desarrollo científico y tecnológico no se hace presente con la misma agresividad, tal vez porque se trata de programas y servicios que los autores del documento llaman precisamente de “bajo costo y alta eficacia”.

La interacción de estas dos situaciones merece especial atención en el documento, donde se pronostica con razón que, en el futuro previsible, los esfuerzos de los gobiernos para mejorar la salud de la población no serán posibles sobre la base de incrementar los gastos públicos financiados por impuestos o por créditos ni sobre la base de una reasignación de los gastos públicos, aun cuando tales incrementos y reasignaciones puedan tener plena justificación económica y social.

En el documento se recuerda que siempre alguien tiene que pagar el costo de los servicios de salud. Lo que muy poco se ha estudiado es quiénes lo pagan finalmente, más allá de las clasificaciones formales del financiamiento, así como quiénes terminan siendo los verdaderos beneficiarios, más allá de las estadísticas promediales y no discriminadas de la producción de servicios. Donde la tributación fiscal es regresiva, con predominio de los impuestos indirectos, y donde hay un grado significativo de evasión tributaria —caso muy frecuente en los países en desarrollo— pagan relativamente más quienes menos tienen y quienes tampoco utilizan los servicios de salud.

Una hipótesis interesante y cierta

En el documento se destaca un punto interesante: la diferenciación de los servicios de salud según su efecto en los usuarios. Hay actividades o servicios cuyos efectos son directos y circunscritos al usuario individualmente, quien será así el único beneficiario. En cambio, hay otros cuyos efectos directos o indirectos benefician a grupos de población o a la comunidad en general, aunque actúen sobre individuos.

Esta hipótesis de trabajo es cierta y fácilmente desarrollable sobre la base de la convencionalidad que conlleva toda clasificación. Además explicaría, en parte, la conducta de los usuarios para aceptar o rechazar alguna forma de pago por los servicios que usan. Dentro de este enfoque podrían considerarse otros factores que facilitarían tal clasificación aunque actúan de manera opuesta, como la percepción individual de una alteración en la salud. Así, hay procesos patológicos graves que al inicio de su evolución lo hacen con ausencia de signos y síntomas, razón por la cual no generan una demanda espontánea de servicios.

Los problemas del sector salud

Los tres problemas principales del sector salud que se señalan podrían completarse con otros de igual o mayor importancia, si bien es pertinente esa selección porque son los problemas que existen realmente en la gran mayoría de los países.

Asignación: gasto insuficiente en actividades relacionadas con la salud y eficaces en función de los costos. El desequilibrio interno en los gastos de salud es un hecho irrefutable sobre el cual hay que hacer conciencia no solo para reconocerlo como problema sino para una acción inmediata. Cada vez son más reducidos los gastos públicos en programas

promocionales o preventivos orientados a la comunidad en general o a grupos especiales de alto riesgo. Esto ocurre en gran medida como consecuencia de que cada vez son mayores los gastos públicos en los servicios medicoasistenciales curativos orientados a los individuos. Los niveles de decisión política no se atreven (les falta coraje político) a modificar esta situación porque lamentablemente los servicios medicohospitalarios curativos constituyen una "demanda política", tanto de los usuarios cuanto de los proveedores de esos servicios. Esta demanda ha crecido y se ha consolidado históricamente: en los usuarios, por la falsa identificación de enfermedad con salud, de servicios curativos con servicios de salud y de eficacia con complejidad; y en los proveedores, por su formación condicionada por las tecnologías y por la sensación de realización profesional que les da ese ambiente de trabajo.

Ineficiencia interna de los programas públicos. Es un hecho que los programas y servicios de salud son por lo general ineficientes, en particular los del sector público. Lo contrario constituye una excepción. Pero no podría ser de otro modo dada la gran limitación de recursos y la falta de capacidades gerenciales. Una explicación es que, mientras que los costos son cada vez mayores, los recursos financieros asignados a la salud son cada vez menores en términos reales. Entonces hay que cortar en alguna parte. En países con agudos problemas inflacionarios, los reclamos salariales de los proveedores son "demanda política" que se satisface por lo general congelando o reduciendo los gastos en insumos no personales. Por eso no hay partidas para mantenimiento y no son suficientes las destinadas a adquirir medicamentos y otros insumos críticos.

También es cierto que mientras hay sobrecarga y congestión en los hospitales, existe una crónica su-

utilización de los servicios periféricos. Acotemos que la denominación "equipo e instalación de bajo nivel" encierra una valoración social negativa que contribuye a su subutilización. Lo cierto es que cualquiera que puede prefiere acudir directamente al hospital. Además de la pobreza de los servicios periféricos, la concepción funcional y arquitectónica del hospital condiciona este hecho.

El tema de los hospitales merece una oportuna digresión. En la práctica se sigue concibiendo al hospital como una fortaleza lujosa (al menos por comparación) donde el personal que trabaja se encierra, incomunicado, a esperar que vengan los usuarios enfermos. Por eso la misma existencia de los consultorios externos del hospital puede ser una de las razones para que el usuario deje de lado los servicios periféricos. El hospital no opera como parte de un sistema descentralizado que podría tener sus consultorios externos (en el sentido real del término) así como camas de preparación y de seguimiento en los servicios periféricos que son mucho menos caros. Otra verdad es que la referencia y contrarreferencia de pacientes, de los servicios periféricos al hospital y viceversa, solo existen en las normas técnicas y en los informes oficiales pero no funcionan en la gran mayoría de los casos. Por ello, paralelamente al enfrentamiento de los problemas de financiamiento, los países y los organismos internacionales deberían afrontar ya el impostergable problema de lo que debe ser, funcional y arquitectónicamente, un nuevo hospital: un hospital de "apoyo", como parte de un sistema fluido y dinámico, intercomunicado tanto internamente como con el exterior,

y que opere en conjunto con los servicios periféricos como parte de un todo funcional indivisible. Para ello se requiere del mismo coraje político con que hoy felizmente se plantean las cuatro reformas del financiamiento. Basta leer la historia de los hospitales para ver que antiguamente el hospital se diseñaba como un depósito de enfermos incurables y que hasta hoy se lo concibe en función y alrededor de la tecnología: de los equipos y de los instrumentos. Acaso es tiempo de lograr un diseño de hospital en función de un sistema integrado e indivisible, para acciones promocionales, preventivas y recuperativas y donde la comunidad tenga un genuino papel activo.

En cuanto a la falta de equidad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud, ello, más que un problema, es consecuencia de un proceso acumulativo de políticas equivocadas en el enfrentamiento de los problemas de salud. Es, por sobre todo, un reflejo en el campo de la salud de problemas estructurales y de injusticia social prevalentes en la gran mayoría de los países en desarrollo. Las reformas que se plantean en el artículo no van a resolver el problema estructural de fondo, por supuesto, pero son sin duda un paso positivo y factible que merece todo el apoyo posible para que puedan ponerse en práctica.

Cuatro reformas de políticas

Las cuatro reformas de políticas que propone el documento del Banco Mundial constituyen efectivamente una agenda positiva y factible. Esto no quiere decir que su aplicación sea fácil y así se reconoce. Se requiere compromiso político y sobre todo honestidad y coraje políticos. Los que tienen el poder y la capacidad de tomar decisiones políticas siempre se verán frente a dos opciones de acción. Una consiste en esperar o

procurar conocer en qué dirección se "mueve" la opinión pública (este mismo hecho es un reconocimiento implícito de la permanente inestabilidad y variabilidad de esta) y, de acuerdo con las encuestas de opinión, decidir aquello que ya esté aprobado por la opinión pública. La otra opción es poner la propuesta de decisión política frente a la opinión pública, fundamentándola y explicándola con información, procurando de este modo obtener un consenso o una aprobación mayoritaria. El problema del financiamiento de los servicios de salud debería adoptar esta última opción. Para los países en desarrollo estas cuatro políticas son indispensables.

En cada país se requerirá de una estrategia, que debe ser necesariamente una estrategia "política" y no solo una propuesta técnicamente sólida. Debe estar basada, además de los estudios económicos, técnicos y jurídicos correspondientes, en un análisis político general y del sector salud en particular, y debe considerar todos los elementos de un proceso político: los diferentes grupos de interés, influencia, presión y poder, y los diferentes canales, mecanismos y medios de amplificación de demandas. No puede haber entonces un modelo único, uniforme o un esquema internacional sobre cómo llevar a cabo las estrategias en los países. Pero siempre se necesitará decisión y coraje políticos, estudios serios y un gran esfuerzo informativo y educativo de los diferentes segmentos de la opinión pública.

1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud. En cuanto al cobro a los usuarios, en el documento se señalan muy bien opciones y variantes diversas, algunas muy difíciles como son las tarifas diferenciales. Sin embargo, lo más importante es el principio de que se debe pagar por los servicios, con las excepciones del caso para quienes no tengan capacidad de pago. Este principio, opuesto al de la gratuidad de los servicios, finalmente es más justo porque la gratuidad termina en la mayoría de los casos por beneficiar a quienes pueden y deben pagar y siempre discrimina en la práctica.

2. Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos. La ampliación de la seguridad social —que no es lo mismo que el aumento de la cobertura de las instituciones públicas de seguridad social— es una tarea urgente e impostergable. En América Latina, donde hay una tradición y experiencia en este campo, se requerirá también de reformas que revisen inclusive los principios esenciales del financiamiento de la seguridad social. Esto no es lo mismo que el financiamiento de los servicios de salud. Así, por ejemplo, la experiencia nos demuestra que en países con sistemas tributarios donde predominan no solo los impuestos indirectos sino que estos son mayormente impuestos al consumo de artículos esenciales, los que verdaderamente contribuyen al financiamiento de la seguridad social no son siempre los cotizantes formales —empleados y empleadores— sino los contribuyentes que consumen y que al consumir tributan, ya que el empleador carga las cotizaciones formales a los costos de producción.

3. Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales. Punto muy importante, y que corresponde a otra urgente “desmitificación”, es la necesidad de estimular, promover, facilitar y utilizar mejor los recursos y las voluntades del sector no gubernamental. La estatización de los servicios sociales es otro fantasma que agita sus banderas de panacea en ciertos sectores políticos y técnicos. La verdad en la práctica es otra: el sector público y los recursos gubernamentales nunca podrán enfrentar solos los problemas de salud con el objeto de alcanzar una cobertura total, con servicios eficientes que garanticen un impacto positivo en la salud de toda la población. Sin la participación del sector privado, especialmente en su forma voluntaria, ningún gobierno podrá alcanzar la meta de salud para todos.

El documento cita diferentes formas de participación del sector privado, pero es tímido en cuanto a la incorporación de ese gran sector no público formado por las organizaciones populares naturales. Si bien se mencionan planes de seguro y de salud cooperativos y administrados por la comunidad, no se plantea, ni en principio, la participación directa y permanente de la comunidad organizada naturalmente. Nos referimos aquí a una participación en todo el proceso de desarrollo de la salud: en la definición de las necesidades sentidas por la propia comunidad, a veces muy distintas de las definidas por el tecnócrata o el burócrata; en la priorización de esas necesidades; en la determinación de las formas más convenientes y factibles de enfrentarlas, conociendo de primera mano la limitación de recursos y otras restricciones; en la selección de las tecnologías que se utilizarán; en la planificación de los programas; en su participación activa durante la ejecución de tales programas y en su seguimiento, supervisión y control social.

Al gobierno le queda, tal como se menciona en el documento, un importante papel conductor, orientador, promotor y normativo que hoy no puede cumplir por la presión constante de las contingencias diarias del manejo centralizado y burocratizado de los servicios. Los gobiernos deben entonces dar el salto cualitativo de iniciar procesos concretos de transferencia del manejo de los servicios de salud a la propia comunidad organizada.

4. Descentralización de los servicios de salud gubernamentales. Esta política no es solo una condición indispensable para lograr una reforma significativa en el financiamiento de los servicios sino para poder avanzar en el proceso de aumentar las coberturas a toda la población. Es cierto que en países donde los recursos son muy escasos, donde no hay vías ni medios de comunicación y transporte y donde la población vive dispersa y aislada, la descentralización de los servicios de salud debería considerarse como uno de los mejores caminos para lograr la eficiencia y eficacia del sistema.

Pero la descentralización debe ser real y no quedarse en una declaración política formal que jamás se cumple. Son muy pocos los países que aún no han incorporado la descentralización como meta fundamental en sus documentos formales de políticas de salud. Sin embargo, esta tendencia casi unánime no se corresponde después con los hechos. Por lo general, la descentralización se declara pero no se lleva a la práctica. Hay que reconocer que aún persiste el temor a la descentralización. Porque no hay descentralización cuando no se transfiere efectivamente la capacidad de tomar decisiones y manejar directamente los recursos financieros, humanos y materiales. Se argumenta que los niveles locales no están preparados, lo cual no debería impedir que se los preparara lo

más pronto posible, y no hay preparación mejor y más efectiva que la práctica real.

En países donde se ha iniciado seriamente una genuina descentralización con el apoyo de instrumentos legales suficientes —proceso obligatorio en una Ley Orgánica de Salud, dispositivos concretos y específicos en las leyes de presupuesto, normas de detalle e instrucciones— se ha visto que, a pesar de ello, el proceso ha sido muy difícil. Esta situación es un ejemplo de que a veces no bastan la decisión y el coraje políticos ni la voluntad política de un gobierno si no se promueven simultáneamente otros cambios, sobre todo en la mentalidad y en la conducta diaria de quienes trabajan en todos los niveles del sistema de salud. De otra manera, en los niveles centrales nunca faltarán argumentos para no cumplir con los dispositivos legales. Igual ocurre en los niveles locales cuando se comprueba que la toma de decisiones y el ejercicio real de la autoridad llevan inevitablemente a afectar intereses, generar conflictos o simplemente no satisfacer a todos. Entonces se siente la nostalgia de los tiempos de centralismo en que todos esos problemas se remitían al nivel central.

Para una real y eficaz descentralización es indispensable el fortalecimiento del nivel central, pero uno muy diferente al que funciona hoy en sistemas centralizados y burocratizados. También es imprescindible la capacitación y el adiestramiento en servicio —intensivo y de urgencia—, utilizando formas y métodos no tradicionales.

Otras políticas para la reforma

Paralelamente a las reformas en el financiamiento de los servicios de salud se impone procurar otras medidas que también son fundamentales. No hay que olvidar la acción conjunta multisectorial y la influencia permanente en las políticas de otros sectores. Nada podría mejorar más el nivel de salud ni cambiar tanto la estructura prevalente de la patología en los países en desarrollo que el agua potable, el saneamiento básico, la eliminación de basuras, la disponibilidad de alimentos y otras acciones que son de la responsabilidad de otros sectores, aunque sean partes importantes del ámbito de la salud. Además, la capacidad de hacer un uso mejor de los servicios de salud y de que en el seno de las familias se puedan prevenir o detectar en sus etapas iniciales un número considerable de enfermedades dependerá de la información y la educación, que deben proporcionarse en forma regular a través del sistema educativo general. Se ha demostrado que en algunos países hasta un 40% de los casos que llegan a los hospitales para internamiento no hubieran requerido hospitalización si algún miembro de la familia hubiese tenido información o un adiestramiento elemental.

Pero, como se ha referido antes, el gran ausente en el documento del Banco Mundial es la participación activa de la comunidad o del pueblo organizado. No nos referimos a la forma tradicional de participación como mano de obra o como apoyo a lo que los tecnócratas han decidido, sino al manejo de los servicios de salud. Se ha visto que no se puede hablar de una descentralización

real y de un uso más racional de los servicios si no se cambian las conductas de los usuarios. La comunidad —el pueblo— ha sido marginada y en consecuencia se ha convertido en demandante. Exige los servicios más complejos sin tener en cuenta si son pertinentes y eficaces y sin importarle su costo. Esto no debe extrañar ya que es de esperar que a una conducta paternalista del Estado y del gobierno corresponderá siempre una conducta “mendigante” o exigente de parte del pueblo. Solo cuando la comunidad, a través de sus organizaciones naturales de base, participa directa y efectivamente en el manejo de los servicios, comienza a actuar con sentido de responsabilidad, con conocimiento directo de las limitaciones financieras y con el reconocimiento de que los servicios cuestan y alguien tiene que pagarlos.

En la mayoría de los países en desarrollo el pueblo se ha organizado en grupos de base múltiples y superpuestos, como clubes de madres, agrupaciones vecinales, centros sociales y culturales.² Estas organizaciones han ido surgiendo naturalmente, sin apoyo del Estado o a pesar de este, como una respuesta a las políticas centralistas, al burocratismo asfixiante y a la falta de acceso a los servicios sociales del Estado. No se requiere entonces organizar al pueblo. Solo hay que facilitarle su desarrollo y acción responsables.

Una propuesta concreta

El documento plantea finalmente la necesidad de ulteriores estudios. Se presentan a manera de ejemplo una serie de áreas en forma de preguntas,

² Nota del autor: Muchas veces estas organizaciones entran en conflicto, pero los conflictos son normales en toda organización social; los tecnócratas y burócratas siempre tenemos al conflicto y olvidamos que es un síntoma y signo de vida social.

todas ellas muy válidas y pertinentes, y se reitera el interés del Banco Mundial por cooperar con los países en este esfuerzo.

Lo que tendría que desarrollarse es una fórmula no tradicional de combinar estos dos planteamientos. Si bien es necesario realizar ulteriores estudios, estos deberían diseñarse como un seguimiento, metódico y debidamente programado, de experiencias reales y concretas en un grupo de países donde haya el compromiso político de enfrentar el problema del financiamiento de los servicios de salud de acuerdo con las líneas de política sugeridas en el documento. Se podría así constituir un programa especial en el cual participarían varios países con el apoyo coordinado del Banco y de otros organismos interna-

cionales. El compromiso individual de los países se reforzaría grandemente por el compromiso colectivo entre ellos y con los organismos internacionales. Un esquema de seguimiento bien elaborado —paralelo al apoyo financiero y técnico que se brinde a esos países— constituiría el estudio, que entonces no se basaría solo en datos y experiencias aisladas y puntuales sino en varios procesos nacionales, donde el apoyo internacional refuerce, avale y prestigie las políticas de reforma propuestas, en un campo de importancia vital como es el financiamiento de los servicios de salud.

CONVOCATORIA A UN DEBATE SOBRE FINANCIAMIENTO Y SALUD

*Antonio Ordóñez Plaja*¹

El documento del Banco Mundial *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*, por la amplia información que presenta y las múltiples opciones que ofrece, merece ser discutido y analizado por todos los que tienen alguna responsabilidad en la marcha del sector salud.

La discusión por diversos grupos es deseable ya que el documento mismo señala que aun si todas las reformas propuestas tuvieran éxito no resolverían todos los problemas del sector salud. Probablemente esta afirmación se deba, entre otras razones, a que el documento se concentra demasiado en los aspectos financieros. Una amplia discusión entre el Banco y las Naciones Unidas y sus organismos especializados, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, ayudaría a colocar los cambios de financiamiento propuestos dentro del

¹ Ex-Ministro de Salud de Colombia (1966-1970).
Dirección postal: Carrera 7 Bis, No. 94-65, Bogotá,
Colombia.

marco conceptual de principios universalmente aceptados, como el derecho básico a la salud, la causalidad social de la enfermedad y la conveniencia de estudiar estos problemas a la luz de una economía humanística. Por otra parte, se presentaría la oportunidad de escoger entre el modelo biomédico y el biosocial o, mejor aun, encontrar un adecuado equilibrio entre los dos.

La mayoría de las reformas propuestas no se analizan a la luz del número creciente de personas con graves restricciones económicas y, si bien es sano buscar nuevas fuentes, esto tiene que ir unido a una decisión política clara de asegurar la atención de la gran masa de pobres, quienes son indigentes frente a la atención médica cuando esta va más allá de lo muy elemental. De igual manera, es evidente que la disponibilidad de dinero per se no es la solución de problemas tan complejos y variables como los que en la actualidad se presentan en la salud y más agudamente en los países del Tercer Mundo.

En el documento se señala como posible solución la privatización y el traslado de los costos al usuario de los servicios de atención médica, pero no se presenta un marco conceptual o un análisis del papel relativo que deben jugar en nuestros países el sector público y el privado y, si bien se señala que para que las cuatro reformas propuestas sean eficaces deberán aplicarse como un conjunto, también se afirma que, por las dificultades que presentará su aplicación, podría iniciarse con ensayos a menor escala que ofrecieran más viabilidad y menor resistencia, lo que a todas luces resulta contradictorio.

Tampoco queda claro si las reformas sugeridas implicarían cambios en la estructura del sector, en qué medida son posibles y si para lograr dichos cambios son indispensables reformas jurídicas y administrativas del sector público en su conjunto.

Ante la imposibilidad de analizar pormenorizadamente todas las posibles reformas propuestas en un espacio muy limitado, se presentarán algunos comentarios sobre unos pocos aspectos. El área financiera ha sido insuficientemente estudiada, es cierto; pero un enfoque básicamente monetarista sería inútil si no se combinara con otras variables igualmente importantes a la hora de la acción. Sin recursos es muy poco lo que puede lograrse; no obstante, la otra cara de la moneda es que el exceso de recursos lleva a distorsiones graves como ha sucedido en algunos países postindustriales y, paradójicamente, en muchos de nuestros países latinoamericanos sin exceso alguno de recursos.

Cambios curriculares

Es posible, como lo señala el documento, que algunos gobiernos, por su propia autoridad, puedan lograr cambios en la formación de personal médico para que este sea más apropiado a las necesidades del país y más capaz de fortalecer al personal paramédico. Sin embargo, hay que señalar que un buen número de universidades públicas y privadas tienen suficiente autonomía para tomar decisiones por sí mismas.

En muchas universidades de América Latina desde hace veinte o treinta años se ha trabajado en este sentido con resultados variables pero en general poco alentadores por muchas causas. Una de ellas son los factores de prestigio en el caso de los líderes de la educación médica que se enorgullecen comparando su centro docente con los de

países postindustriales en la enseñanza de las ciencias básicas, que son universales. Esta forma de pensar es positiva en este caso, pero pasa a ser negativa cuando se extiende a las ciencias clínicas, donde el estudiante rara vez es expuesto a las investigaciones epidemiológicas de su propio país y menos aun a los estudios socioantropológicos y económicos pertinentes, sin cuyo conocimiento es muy difícil realizar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con éxito. Los estudiantes, por su parte, luchan por ingresar a las universidades donde puedan aprender y practicar los últimos avances de la tecnología, independientemente de la pertinencia que estos tengan para atender las afecciones prevalentes en el pueblo. La sociedad, en general, participa justamente de estos sentimientos y demanda que los componentes más avanzados estén a disposición del reducido número de pacientes que los requieren. No sobra recordar que si bien lo anterior es aceptado en teoría, en la práctica la alta tecnología no está a disposición del que la necesita sino de quien puede tener acceso a ella por poseer recursos financieros o influencia. Esa minoría utiliza y, muchas veces, acapara los cupos disponibles del tercer nivel con afecciones que podrían y deberían ser tratadas en hospitales del segundo nivel o aun del nivel local. Esto nos lleva al problema de la falta de equidad y a una de las formas de afrontarlo: compartir los riesgos, que es uno de los puntos centrales del documento.

Compartir los riesgos

Compartir los riesgos es un simple acto de solidaridad humana, que no está tan generalizado, por eso vale la pena meditar sobre lo que dice el documento al respecto. Mucha gente, afirma, se opone a compartir los riesgos argumentando que no es justo que tengan que

contribuir a financiar a los que tienen “malos hábitos de vida” (fumar, beber, no hacer ejercicio, tener malos hábitos alimentarios). Es oportuno recordar los resultados de los estudios clásicos de Rollo H. Britten en 1934 y los del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, *Health and Depression Studies* de 1935, donde se señala que el desempleo o la quiebra impiden a cualquiera la práctica de los buenos hábitos y que el riesgo de enfermar de una persona en esa situación será igual o superior al de quienes por años, y a veces por generaciones, han aprendido a convivir con la pobreza.

Por otra parte, los fumadores con cáncer de pulmón o los alcohólicos con cirrosis hepática, que durante toda su vida han contribuido al financiamiento del sector salud con el pago de los altos impuestos al tabaco y al alcohol, podrían argumentar con la misma lógica o, para ser exactos, con la misma falta de lógica, que no es justo que sean tratados con fondos comunes los que padecen esas enfermedades por otras causas. Hay que recordar que, en muchos países, estas son formas comunes de financiar la salud y la educación.

Naturalmente, este es un razonamiento por el absurdo, pero en ocasiones es necesario para mostrar la falacia de argumentos simplemente egoístas y sin visión del futuro, puesto que aun la persona más cuidadosa en sus hábitos no está exenta de un accidente o de una enfermedad catastrófica.

El documento describe las diversas formas de compartir riesgos, pero cualquiera que sea el sistema o la combinación de sistemas que un país escoja deberá tener en cuenta que cuando existen grandes sumas de dinero para un fin, ni el usuario ni el dispensador de servicios pensará en términos de control de costos. Sugiere el Banco Mundial que la libre competencia de entidades de seguros de salud de tipo privado puede crear un freno al despilfarro. Es posible y ojalá se logre en algunas sociedades; pero en general en los países pobres las leyes de la libre competencia parecen no funcionar bien y no es raro que terminen en monopolios más o menos disfrazados.

Se señalan, en general con justicia, las fallas de los seguros obligatorios estatales y privados y se presenta como alternativa más favorable la de los seguros privados no estatales, olvidando el gran riesgo de que estos sean rápidamente manejados como otros seguros en el sentido de preferir las situaciones menos riesgosas y eliminar siempre que sea posible los riesgos excesivos, en contradicción con el principio de equidad y con el de compartir los riesgos.

De todos modos, cualquier sistema que se escoja deberá buscar toda clase de mecanismos para racionalizar el gasto y controlar la calidad de los servicios junto con la equidad con que ellos se presten.

Control de costos y control de calidad

Menciona el documento la necesidad de encontrar mecanismos efectivos para disminuir los costos sin afectar la calidad de la atención médica. Múltiples son los intentos que se han realizado al respecto con muy escasos resultados. Tal vez sería más viable, más importante y más atractivo empezar por controlar el gasto mejorando la calidad, alternativa igualmente difícil, pero de mayor trascendencia. Se debe concientizar a los dispensadores de salud sobre cuatro características de los agentes terapéuticos que se utilizan: primero, el riesgo de su aplicación; segundo, su utilidad y costo; tercero, su redundancia cuando se acumulan agentes terapéuticos, y cuarto, los efectos colaterales de los medicamentos.

Hay documentos muy motivadores de ideas que podrían leer los estudiantes del pregrado y posgrado y los profesionales en los cursos de educación continua; tales son las publicaciones de la Oficina de Evaluación de Tecnología del Congreso de los Estados Unidos de América y una selección de las mejores investigaciones realizadas sobre yatrogenia.

Esto sería un paso en beneficio del paciente y de las finanzas, pues los profesionales sabrían que existen formas de reducir costos mejorando la calidad simultáneamente, y disminuir el costo adicional del tratamiento de los problemas yatrogénicos. Pero lo más importante es que estos temas de discusión en la universidad implican un cambio profundo y deseable en la formación del personal dispensador de salud y en el manejo del mundo tecnológico en el cual se desempeña.

Algo similar acontece con los exámenes paraclínicos. El médico, para compensar la falta de tiempo que asigna o se ve obligado a asignar a cada pa-

ciente, ordena una cantidad indiscriminada de exámenes, tratando así de compensar una anamnesis insuficiente y un examen clínico superficial, que si se hicieran correctamente bastarían para realizar un diagnóstico.

Si bien es cierto que la medicina se apoya en otras ciencias y disciplinas, el acto médico como tal tiene que apoyarse fundamentalmente en una buena relación médico-paciente, en la anamnesis y en la observación del paciente. Los cambios que se logren en esta dirección, además de reducir costos, mejorarán la imagen de los servicios de salud y serán gratificantes tanto para el profesional de la salud como para el paciente.

Atención primaria y personal paramédico

Desde hace más de 20 años, pero de manera formal desde la reunión de Alma-Ata, el concepto de atención primaria y de la utilización de personal no profesional adecuadamente entrenado se ha aceptado de manera unánime. Es un mecanismo que puede funcionar dentro de cualquier sistema de atención médica. Es incontrovertible que su aplicación adecuada contribuirá rápidamente a bajar los costos y a lograr el objetivo de dar atención mínima a todos. Desafortunadamente, el concepto se ha desvirtuado en algunas partes corriéndose el riesgo de que se convierta en una "medicina de segunda clase". Ello debe evitarse en lo fundamental con una adecuada supervisión, así como con una administración ágil que permita tener siempre a disposición del personal todos los elementos para atender a los enfermos con eficacia y prontitud hasta el límite del adiestramiento del personal que trabaje en este nivel. De igual importancia dentro de un sistema eficaz de atención primaria es disponer permanentemente de comunicación rápida y trans-

porte eficaz para dar traslado a todo paciente que requiera ser atendido a un nivel superior. De lo contrario el sistema se desacredita con facilidad.

Ante la grave crisis que afronta el sector, alternativas de este tipo que hacen hincapié en el autocuidado de la salud, la prevención y el manejo de la enfermedad, deben ser prioritarias en los países del Tercer Mundo para evitar el consumo excesivo de atención médica que, o bien no está disponible, o es inalcanzable para grandes grupos de población. En el documento a esta alternativa no se le da la importancia que a todas luces merece.

La crisis de los años ochenta

La grave situación financiera por la que atraviesa el sector salud no se ha producido en el vacío; esta crisis es general y dramática en el Tercer Mundo. Sus gobiernos están agobiados por la deuda externa y el pago de intereses crecientes del servicio; por la dependencia de los precios de los productos de exportación; por los precios altos de los insumos que forzosamente tienen que importar para poder sobrevivir, y por las políticas proteccionistas de los países acreedores. Por todo ello, difícilmente pueden asignar las sumas indispensables para servicios de salud aceptables y equitativos.

La depresión económica que estamos sufriendo desde hace años es probablemente de igual magnitud que la de 1929. La diferencia estriba en que la actual ha sido manejada y disfrazada, casi siempre en perjuicio del Tercer Mundo. Cuando los gobiernos están en pro-

fundas dificultades económicas la gran masa de sus pueblos sufre las consecuencias más agudamente.

En el caso de la salud, esto asume características de tragedia. La pérdida del poder adquisitivo de las monedas y la fuga de capitales con el consiguiente aumento del desempleo contribuyen a agravar la crisis. Por ello es cuestionable la afirmación de que los individuos que pueden "pagan gustosos" los servicios directos de salud para su beneficio y el de sus familias y de que contribuyen así a aliviar el presupuesto general. Es cuestionable porque esas personas ya lo venían haciendo, y porque cada día su número es menor. El aumento de los costos de la atención médica, desproporcionadamente mayor que el de otros bienes y servicios, debe hacer ampliar el concepto de enfermedad catastrófica tal como lo planteara el Presidente de los EUA, John F. Kennedy. Hoy en día para la inmensa mayoría de nuestros pueblos cualquier enfermedad que no pueda ser atendida a nivel primario constituye una catástrofe si tiene que ser financiada por el individuo aun con la ayuda de su familia.

Por otra parte hay que recordar que, en el Tercer Mundo, la relación entre sector público y privado para prestación de servicios de salud es demasiado compleja e interdependiente para pre-

tender que una medida de este tipo resuelva la situación en beneficio de la mayoría.

Oportunidad del documento

Los anteriores comentarios no pretenden demeritar el documento del Banco Mundial, por el contrario y ante la imposibilidad de analizarlo punto por punto en un espacio limitado, se busca despertar la curiosidad de las personas y entidades involucradas directa o indirectamente en la financiación del sector salud con la esperanza de que surjan múltiples foros de discusión que lleven a un proceso de reflexión del cual alguna vez resulten logros positivos. Si bien es cierto que una adecuada financiación no es per se suficiente para solucionar un problema multicausal, complejo y cambiante, no es menos cierto que sin ella son inalcanzables aun los objetivos más prioritarios.

El documento es oportuno ante la crisis que atraviesa el sector salud, no solamente en el Tercer Mundo; por eso sugerimos que se discuta y analice para poder tomar decisiones. De esta manera no será simplemente un documento más, o un documento de política del Banco Mundial en disonancia con otros organismos que tienen el mismo objetivo final: preservar la salud y ayudar a recobrarla cuando se ha perdido. El sistema de salud al que aspiramos debe ser humano y eficaz; con costos compatibles con los recursos del Estado y posibilidades reales de participación equitativa de la gente y debe, finalmente, permitir la cobertura de los costos de los servicios de salud y la participación de los sectores no gubernamentales en la prestación.

LA SALUD COMO VALOR ECONOMICO EN UNA EPOCA DE CRISIS

Guido Miranda Gutiérrez¹

El desarrollo económico subsecuente a la aplicación de la tecnología para la producción de riqueza ha sido el mayor de la historia. Sin embargo, el progreso y la distribución de los beneficios no han sido equitativos. El producto bruto mundial se ha triplicado mientras la población apenas ha crecido en dos tercios. La distribución de la riqueza se ha concentrado en los países industrializados, con mayor producción y un crecimiento demográfico lento. Los países en desarrollo ven crecer más rápidamente su población, sus necesidades y expectativas, con una economía de bajo rendimiento. El 40% de los habitantes apenas logra el 9% del total del ingreso personal. Está ampliándose cada vez más la brecha entre la pobreza y el bienestar.

La mayoría de los países han establecido políticas que conducen a un creciente valor social del hombre, producto tanto de acciones políticas directas en este campo como de la acción indirecta del sector económico; se han invertido sumas considerables en proyectos de mejor nivel de vida individual y colectivo. Dentro del desarrollo económico y

social, la salud ocupa un lugar destacado, tanto por la inversión y gasto que representa ese sector como por las crecientes expectativas de la población para lograr metas superiores.

Como consecuencia, la salud se ha insertado como un valor de la producción, para cuyo estudio se ha creado la disciplina de la economía de la salud que es, realmente, un nuevo campo del conocimiento que permitirá enfrentar científicamente la magnitud de los gastos y la dificultad creciente de su operación. Hace diez años, en circunstancias económicas totalmente diferentes, la Organización Mundial de la Salud fijó la meta de la universalidad de este beneficio para el año 2000, que hoy podemos percibir desde otra perspectiva.

Esta interrelación entre economía, sociedad y aplicación tecnológica ha producido muchos esquemas de desarrollo, dentro de los cuales han quedado incluidos importantes elementos capaces de inducir diversas actitudes en la sociedad, que van desde la educación para la salud hasta la manipulación para incrementar el consumo de servicios. Los esquemas de tecnología de alta complejidad para el tratamiento de las enfermedades complejas y el consumo indiscriminado de medicamentos han tenido una difusión muy amplia por la espectacularidad de los resultados individuales, con una repercusión significativa en el incremento del gasto total. En contraste, hay dificultad creciente en encontrar fondos para satisfacer el aumento de la demanda de servicios que se produce por la política de universalidad y equidad social. Aun otras acciones más eficaces por su efecto sobre grandes grupos, como los programas de atención primaria, la vacunación, la protección contra la desnutrición y la preservación del medio ambiente tienen todavía dificultad en su financiamiento, sea por la ausencia de nuevos recursos, sea por la derivación

¹ Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

de los fondos existentes. En una economía de sobreproducción, ni siquiera se logra una distribución adecuada de los excedentes de alimentos en las áreas identificadas por el hambre y la miseria.

La crisis económica

En este escenario, se inserta violentamente la crisis económica de la última década. Las consecuencias para los países en desarrollo han sido muy graves. Los precios de los productos de importación necesarios para su producción crecen cada vez más, frente a la caída del valor de sus exportaciones. El desempleo y el endeudamiento progresivo han llevado a sus economías a niveles críticos y la capacidad adquisitiva de los salarios en muchos países ha quedado reducida a un 50%. La capacidad de su producción, condicionada por mercados fuera de su control, resulta inadecuada para flexibilizar su acción. Para muchos países, el empobrecimiento ha alejado significativamente la meta del bienestar colectivo, incluido el propósito de salud para todos que se ve como difícilmente alcanzable para el año 2000. La deuda externa de los países pobres ha llegado a 1,035 billones de dólares, con un incremento en el último año de 43 mil millones, de los cuales más de 35 mil son simple revaluación de moneda, es decir, aumento de la deuda sin usufructo del dinero.

Cada comunidad explora hoy, con preocupación, las vías para fomentar y promover la salud y bienestar de la población, así como los sistemas para la prestación de servicios para atender la enfermedad. La universalidad y la equidad son las líneas conductoras del pensamiento para los planificadores de salud, aplicables a los sectores urbanos y rurales, con el establecimiento de una escala de prioridades. Ante la mayor demanda de servicios, tanto por el incremento de las expectativas como por el aumento

de la población, que contrasta con la escasa disponibilidad de recursos para el financiamiento, se exploran todas las vías generadoras de ingresos y los modelos de distribución. La economía de la salud plantea la eficiencia como un objetivo prioritario, lo cual justifica y obliga a la revisión de los esquemas operativos tradicionales. La limitación de los actuales recursos económicos, con restricciones graves y de carácter permanente, exige una escala de prioridades fundamentadas en el interés de los grandes grupos por cubrir las necesidades primarias que influyen con mayor amplitud en la calidad de vida de las comunidades, en especial el control de la infección, la nutrición, el medio ambiente y la protección de los grupos de alto riesgo. La necesidad cada vez más clara de mantener los programas básicos y de reforzar las acciones conjuntas con la comunidad ha adquirido en muchos países el carácter de verdadera urgencia.

Las recientes políticas de restricción del gasto público inevitablemente contraen la capacidad de financiamiento, que en muchos países se ha traducido en reducción del presupuesto del sector salud, aunque se advierta que el deterioro de los niveles sanitarios ejercerá una influencia negativa en la producción, lo que a su vez reflejará una mayor demanda de servicios y el establecimiento de un círculo vicioso. Mayor gravedad adquiere el pronóstico cuando sabemos que para 1986 no se cumplieron las expectativas de crecimiento económico de los países pobres, pese a los ajustes realizados, y para 1987 pende nuevamente la sombra de la lentitud del

crecimiento de su economía. Se sigue acentuando la disminución del gasto per cápita en el área de servicios sociales y sus correspondientes limitaciones en el área de salud, con incremento de la deuda social. Las perspectivas para mantener los recursos económicos que soportan los programas de salud de los países pobres son cada vez más oscuras. Algunos extremos de la meta de salud para todos en el año 2000, elaborada en un contexto económico totalmente diferente, tendrán que ser redefinidos.

La situación de salud. Para resolver las dificultades crecientes en el financiamiento frente a las expectativas de mejor calidad de vida se requieren acciones integrales e intersectoriales que conduzcan al mejor aprovechamiento de todos los recursos para lograr una protección universal, con objetivos dirigidos a los grupos que asumen los mayores riesgos. Cada vez es más amplia y compleja la tarea de los ministerios de salud, que no solo tienen que buscar una alta eficiencia en la inversión de recursos de su sector, sino que también deben impulsar una gran actividad en sectores afines. La educación abarca ahora el cambio y la formación de hábitos y costumbres que cuiden, preserven y fomenten la salud. Su relación con el sector de la producción es muy estrecha, no solo para determinar las condiciones que prevengan el deterioro orgánico del trabajador, sino también para lograr políticas salariales o inversiones específicas que se traduzcan en mayores recursos para la atención de la salud.

La gran dificultad está en encontrar nuevos recursos económicos que se sumen a los existentes para financiar adecuadamente los programas de atención primaria y de prevención. La experiencia demuestra que es muy difícil cambiar completamente la dirección del gasto de los programas que han estado un largo tiempo en ejecución y que han creado incluso un patrón cultural en la población, por lo que se hace necesario, con frecuencia, encontrar financiamiento adicional para los nuevos objetivos.

En el concepto anterior de atender a los enfermos, tanto los servicios públicos como los privados abrían sus puertas esperando una demanda que estaba en relación directa con el número de enfermos existentes y la capacidad de gasto. No era necesario promocionar el servicio, porque las condiciones del medio ambiente y las enfermedades frecuentes garantizaban la demanda.

Cuando se establece el concepto de que toda la población tiene derecho a la protección de la salud y se compromete la prestación de servicios, estos pueden rendir más si se fortalece la prevención, que se realiza preferentemente por intervenciones simples en el hogar, en el sitio de trabajo y en el medio ambiente, y por cambios en el comportamiento del individuo. Aparece ahora la comunidad como el escenario en donde deben desarrollarse las acciones preventivas y el fomento de la salud, así como la primera atención curativa dentro de un programa integral del individuo, su familia y su mundo de relación. Vivienda, agua potable y nutrición; hábitos higiénicos, educación general y especial para el cuidado de la salud; recolección de desechos y cuidado del medio ambiente, aprovechamiento del tiempo libre, salarios y electrificación, son las acciones condicionantes del nivel de vida que se generan por el comportamiento de esos tres elementos sociales. Muchas

de ellas son financiadas por el ingreso familiar y constituyen una excelente oportunidad para lograr la participación activa, tanto en el fomento de la salud, como en el financiamiento directo de una atención médica simplificada. Utilizando el hogar como si fuera la sala del hospital, los programas de acción hospitalaria pueden hacer cirugía ambulatoria y tratamientos con visitas domiciliarias. Por medio de la desconcentración técnica y administrativa se consigue la creación de regiones de salud, la delegación de la administración a niveles simplificados y la participación directa de la comunidad. Las organizaciones representativas asumen parcialmente la responsabilidad de algunos programas de salud como los de salud materno-infantil, de rehabilitación física y de la tercera edad.

La responsabilidad por esta integración de acciones multidisciplinarias es compartida, aunque es cierto que el sector que recibe mayores beneficios es el de salud, por lo que le corresponde el

liderazgo para movilizar a la comunidad y para incorporar los otros sectores públicos o privados en un plan integral. Los recursos económicos para esta participación múltiple tienen también distinto origen porque proceden del presupuesto nacional y de los recursos de las organizaciones participantes, en los cuales tanto el individuo y su familia como las organizaciones propias de la comunidad se transforman en fuentes de financiamiento y de acción para la solución de sus problemas. Hay en este campo un enorme potencial sobre cuya generación, organización y desarrollo las organizaciones médicas tradicionales no tienen todavía suficiente experiencia.

La situación es preocupante tanto por los elementos en juego como porque la perspectiva de una mejoría de la situación no se ve en el horizonte de los países pobres. Se requerirán, en los próximos años, acciones políticas muy claras y bien definidas para el aprovechamiento integral de los recursos públicos y privados para mantener la salud de la comunidad, antes que su deterioro se transforme en otro elemento más que agrave la pobreza y sus consecuencias. □