

# CONTROL DE COSTOS EN SALUD: EXPERIENCIAS EN PAÍSES DE LAS AMÉRICAS<sup>1</sup>

Patricio V. Márquez<sup>2</sup>

*En los últimos años dos fenómenos regionales han puesto de manifiesto la importancia del control de costos en salud. Por una parte, la crisis de la deuda externa en los países de América Latina y el Caribe ha obligado a imponer restricciones presupuestarias en diversos sectores públicos, incluido el de la salud. Por otra, el aumento vertiginoso de los costos de la atención de salud en países industrializados como los Estados Unidos ha llevado a un incremento notable de la proporción que representa el gasto total en salud respecto al producto interno bruto. Se examinan aquí distintas experiencias de control de costos en salud en varios países de la Región y se sugieren algunas orientaciones. En vista de la información presentada queda claro que ha llegado el fin de la era de los gastos en salud descontrolados, en la que los proveedores de los servicios sanitarios podían actuar sin conciencia de los costos.*

En la mayor parte del mundo, los años ochenta se han caracterizado por grandes fluctuaciones económicas y dificultades financieras agudas (1, 2). Estos fenómenos se han manifestado con gran intensidad en los países de la Región de las Américas (3). Desde 1982, año en que comenzó a revelarse la crisis de la deuda externa mexicana, los problemas de recesión económica y endeudamiento externo en América Latina y el Caribe se han situado cada vez más en el centro de la atención internacional (4-6). La gravedad de la recesión mundial de principios de los años ochenta también afectó a las dos economías industrializadas de la Región y dejó secuelas que no se han superado. Por un lado, los desajustes fiscales y de comercio continúan ensombreciendo la recuperación

económica de los Estados Unidos, y por otro, la tasa de crecimiento económico del Canadá durante la primera mitad del decenio descendió con relación al período 1965-1980 (7, 8). A la vez, los problemas económicos y financieros han contribuido al deterioro de las condiciones sociales en diversos países del continente (9).

La disponibilidad de recursos para los servicios de salud durante este período ha variado según la gravedad de los problemas económicos y financieros y la aplicación de los programas de ajuste en los diferentes países de la Región. En general, para la mayor parte de América Latina y el Caribe, la capacidad fiscal disminuida de los gobiernos y las dificultades financieras experimentadas por los organismos de seguridad social han constreñido la operación de las instituciones públicas del sector de la

<sup>1</sup> La versión original de este artículo en idioma inglés se publica con el título "Cost containment in health in the Americas" en *Health Policy and Planning*, Vol. 5, No. 4, 1990.

<sup>2</sup> Banco Mundial, División de Operaciones de Población y Recursos Humanos, Departamento de Brasil. Las opiniones e interpretaciones expresadas en este artículo son del autor y no del Banco Mundial. Dirección postal del autor: 10681 Weymouth St. Apt. 3, Bethesda, MD 20014, EUA.

salud. Según lo documentado en dos estudios preparados por Musgrove y Suárez para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el gasto público en materia de salud disminuyó en diversos países (10, 11). Sin embargo, el período en que se produjo la reducción y su cuantía son muy diversos. Estudios recientes patrocinados por la OPS, de países específicos (Brasil, Ecuador, Honduras, México y Uruguay), muestran que, en general, la disminución de los recursos destinados por el gobierno a programas de salud dio lugar a descensos tanto en gastos de capital y de mantenimiento, como en las asignaciones del presupuesto dedicadas a gastos de personal (12-16).

Si bien los recursos disponibles para los servicios de salud han disminuido en algunos países de las Américas, en otros los fondos del sector han tenido que soportar gastos ascendentes. Estos aumentos han sido determinados por factores demográficos y epidemiológicos cambiantes (el envejecimiento de la población y el incremento del peso relativo de las enfermedades crónico-degenerativas), ineficiencias serias a nivel microeconómico en el uso de los recursos disponibles, falta de control de los costos y exceso de utilización (17-20). Los gastos totales en salud de muchos países latinoamericanos varían entre 5 y 7% del producto interno bruto (PIB), lo cual los coloca cerca del nivel de varias economías industrializadas, a pesar de que los ingresos per cápita son inferiores. En Canadá la razón gasto en salud/PIB es cercana a 8,5% y en los Estados Unidos dicha proporción asciende cada año: actualmente sobrepasa el 11% (21).

Las condiciones económicas y financieras adversas en la mayoría de los países de la Región y las ineficiencias largo tiempo imperantes en los sistemas de salud representan un reto importante para las autoridades nacionales, que obliga a prestar más atención a los temas relacionados con el financiamiento y la prestación de los servicios.

En años recientes, en diferentes países de América Latina y del Caribe, así como en el Canadá y los Estados Unidos, se han adoptado medidas orientadas tanto a los componentes de demanda como a los de oferta de servicios de atención de salud. Con la aplicación de estas medidas se persiguen objetivos diversos, como movilizar recursos adicionales para aumentar los presupuestos operativos, reducir la utilización innecesaria de los servicios de salud y de medicamentos, controlar los costos de la atención sanitaria y frenar el incremento de los gastos. Sin embargo, como señala Birdsall, a pesar de estas experiencias, los temas relacionados con los incentivos, con la reglamentación y con el control de costos en los sistemas sanitarios de los países en desarrollo han sido tratados "rara vez y solo en fecha reciente" en los estudios sobre salud y desarrollo (22).

En el presente documento se analizan los mecanismos de control de costos en los países de la Región por medio de ejemplos de experiencias concretas en algunos países. Este análisis se basa en documentos e informes inéditos y publicados, complementados con observaciones directas realizadas en visitas a los países. En la primera sección se describen la organización y la estructura financiera de los servicios de salud en los países de la Región, como antecedentes para comprender la formulación, la aplicación y la repercusión de las medidas de control de costos. En la segunda sección se examinan brevemente los mecanismos generales de control de costos. La tercera sección presenta información sobre el control de costos en las Américas a partir de un esquema desarrollado por Abel-Smith para analizar la experiencia de diversos países europeos (23). Finalmente, en la cuarta sección se exponen las conclusiones.

## CARÁCTER PLURAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LA REGIÓN

La producción y la distribución de los servicios de salud en un país son determinados por las decisiones que se toman acerca de la cantidad de recursos que han de gastarse en diferentes tipos de servicios, por los métodos para producir dichos servicios y por las modalidades de prestación de la atención sanitaria a la población (24). En el subsector público, la disponibilidad de recursos financieros para la atención de salud se ve afectada por la situación económica del país, el estado de los fondos públicos, las políticas de desarrollo gubernamental y las presiones de diferentes grupos de interés que operan en el escenario político. En el subsector privado, la voluntad y la capacidad de pago por parte de las familias afecta en gran medida a los patrones de consumo de la atención médica.

A su vez, la producción de los servicios de salud se organiza de acuerdo con diferentes esquemas, desde los sistemas de atención privada tradicional donde los médicos cobran un honorario por sus servicios, hasta los regímenes de prepago, pasando por los sistemas de salud gratuitos, cuya financiación se basa en los fondos que los gobiernos recaban como impuestos. En cada uno de estos sistemas la producción de los servicios médicos es determinada por el costo relativo y la productividad de diversos insumos. El tercer campo de decisión que afecta la distribución de los productos del sistema, es decir la atención médica, se ve afectado por la concepción vigente en una sociedad acerca de "si es el consumidor el que debe determinar la cantidad que desea gastar en servicios médicos" y respecto a "el método y el volumen del subsidio (gubernamental) que hay que proporcionar a los consumidores de bajos ingresos cuya utilización de servicios médicos está por debajo de lo que la sociedad cree que deben consumir" (24).

En general, las características específicas que la producción y la distribución

de los servicios de salud adoptan en cada país se configuran según el funcionamiento de diferentes mercados médicos (por ejemplo, el del personal de salud, el de los hospitales, el de la educación médica, el de los productos farmacéuticos) (24, 25). En cada uno de estos mercados, los consumidores y los productores de bienes y servicios interactúan sobre la base de un sistema de precios o de un mecanismo de sustitución que cumple la función del sistema de precios (26). Las transacciones que tienen lugar en cada uno de los mercados médicos pueden concebirse como tres tipos distintos de demanda y oferta. Una es la de atención médica, exigida por los usuarios y prestada por los proveedores individuales y las instituciones. Otra es la demanda, por parte de los que prestan los servicios médicos, de recursos humanos constituidos por los graduados recientes y otro personal disponible, y de materiales e insumos aportados por las industrias relacionadas con la salud. El tercer tipo de relación demanda-oferta se refiere al ingreso y capacitación de los futuros profesionales de la salud en diferentes instituciones educativas.

En la mayoría de los países de las Américas, la atención de la salud representa una combinación de proveedores públicos y privados que refleja el carácter mixto de sus economías. Dentro del subsector público, la mayor parte de los establecimientos de salud son administrados y operados por los ministerios de salud (MS) y los programas médicos de los sistemas de seguro social (SS) (27-29). Los MS obtienen recursos de los ingresos generales del gobierno central provenientes de los impuestos, mientras que en los SS los fondos provienen de las deducciones de nóminas salariales pagadas por trabajadores y empresarios y, en algunos casos, de impuestos gravados específicamente para salud. Los MS y los SS son nominalmente responsables de la provisión de servicios de salud a la mayoría de la población, pero difieren en los

critérios de determinación de derechos que "facilitan o limitan" el acceso de los diferentes consumidores a la atención sanitaria. Los servicios del MS no se orientan a un grupo específico sino que están planeados para beneficiar a toda la población, en particular a los grupos de ingresos bajos, mientras que la atención médica del SS se limita a los afiliados y a sus familias. Además, en el subsector público y en el SS hay variaciones administrativas sustanciales. En algunos países como Argentina, Brasil y Canadá, con estructuras político-administrativas federales, los ministerios o las secretarías de salud federales, provinciales o estatales son responsables de los programas preventivos y los servicios curativos, así como de la formulación y el cumplimiento de las reglamentaciones en los diferentes niveles del sector. En otros países como Bolivia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay, con estructuras políticas centralizadas, el MS es la principal agencia gubernamental responsable de organizar los programas de salud y proporcionar servicios preventivos y curativos, a través de una red nacional de hospitales, centros y puestos de salud.

La administración de los programas médicos del SS, que no dependen ni operativa ni financieramente de los MS, también ha tomado diversas formas. Países como Brasil, Paraguay, Perú, Ecuador, Venezuela, la República Dominicana, Panamá y Costa Rica tienen un solo programa nacional. En Argentina, Bolivia, México y Uruguay, el sistema de SS representa un agregado de muchos esquemas de seguro de salud en lugar de un sistema integrado. La prestación de servicios de salud bajo el SS ha evolucionado a su vez en dos enfoques claramente definidos: los modelos directo e indirecto (30). El modelo directo, que representa un sistema "cerrado", con su propio personal e instalaciones, es la forma más habitual en las Américas. Bajo el modelo indirecto que prevalece en las economías de ingresos medianos y

altos y en los países más populosos como Argentina, Brasil, Canadá y los Estados Unidos, los programas nacionales o los seguros de salud individual contratan los servicios de proveedores privados y públicos a los que mediante diferentes convenios y mecanismos se reembolsa por los servicios prestados.

Los gastos directos que realiza cada familia, en forma de pagos por servicios médicos y de laboratorio y para la compra de medicamentos y otros suministros, son un componente importante de la mezcla pública/privada en el financiamiento de los servicios de salud en la Región. En diversos países están empezando a fluir fondos privados al subsector público como resultado de la introducción de cobros al usuario por ciertos servicios en los establecimientos públicos. También se están incluyendo procedimientos de copago y requisitos de franquicias en muchos planes públicos de seguro de salud. Por otra parte, los planes de prepago (por ejemplo, los sistemas de medicina de grupo) financiados directamente por los individuos voluntariamente afiliados o conjuntamente por los empleadores y los empleados han asumido una importancia relativa en los mercados médicos privados de Brasil, Chile, Uruguay y Estados Unidos, cubriendo porciones significativas de la población (31). También han surgido aseguradoras comerciales que ofrecen una variedad de planes de atención de salud para proporcionar cobertura a grupos de ingresos elevados en países como Argentina, Brasil y Venezuela.

## MECANISMOS GENERALES PARA EL CONTROL DE COSTOS

La operación de los diferentes mercados médicos está plagada de una serie de insuficiencias. Barr argumenta que estas se manifiestan de diversas maneras, entre ellas la falta de información suficiente por parte de los consumidores para tomar decisiones racionales en el campo técnicamente complejo de la atención médica, y la falta de

responsabilidad fiscal de los proveedores que lleva a un uso excesivo de recursos médicos costosos (32). La imperfección del mercado sanitario que se manifiesta en el aumento de los costos y de los gastos, la duplicación de instalaciones costosas y la provisión de servicios innecesarios, ha hecho que en muchos países sea deseable controlar y moderar la producción y la entrega de los servicios de salud. En este contexto, el concepto de control de costos en salud se refiere a las estrategias para controlar el incremento tanto de los costos (el valor de todos los insumos usados para producir un servicio) como de los gastos en el sector (el producto del precio por unidad de servicio prestado por el volumen de los servicios utilizados). En consecuencia, las medidas de control de costos, ya sean en forma de reglamentaciones o de incentivos, buscan afectar el precio, la cantidad y la calidad de los bienes y servicios relacionados con la salud (33).

## Control de la demanda

En un análisis de los intentos de control de costos en diversos países europeos, Abel-Smith ha señalado que se puede operar tanto sobre la demanda como sobre la oferta de servicios de salud (23). Compartir los costos de la atención médica entre los pacientes y los proveedores es la medida que opera sobre la demanda. A su vez, esta medida adopta varias formas: cobros al usuario (un sistema de precios para diferentes procedimientos médicos), copagos (una cantidad fija por visita o receta que representa algún porcentaje del costo total de atención de la salud) y franquicias (gastos que el paciente debe cubrir antes de recibir cualquier reembolso). La financiación comunitaria en forma de contribución en especie (por ejemplo, trabajo de la comunidad para la construcción y el mantenimiento de centros de salud) es otro mecanismo para que los usuarios compartan la carga de financiar la producción de los servicios de salud (34). En la aplicación de estas medidas el objeto es doble: a) hacer que el usuario sufrague una proporción del gasto de la atención de salud para reunir fondos que

permitan que la institución proveedora del servicio complemente las asignaciones regulares de su presupuesto; y b) reducir la demanda de los tipos más discrecionales de atención.

## Control de la oferta

Por el lado de la oferta, como Fuchs (35) ha hecho constar, el control de costos o la reducción de gastos en la atención de salud se puede lograr racionando los recursos de tres maneras: a) obligando a los proveedores de atención sanitaria a aumentar la eficiencia de su producción (es decir, a entregar la misma cantidad de servicios con menos insumos); b) reduciendo los precios pagados por diferentes insumos (por ejemplo, recortando salarios y sueldos del personal de salud, empleando medicamentos genéricos en lugar de marcas registradas); y c) prestando menos servicios (reduciendo el número de las hospitalizaciones, su duración, el número de pruebas de diagnóstico, etc.). En consecuencia, las estrategias de control de costos que operan sobre la oferta incluyen controles directos e incentivos. Se pueden imponer controles directos: a) sobre las cantidades de insumos (número de empleados, monto total de los presupuestos operativos, equipos médicos, construcción de nuevos establecimientos de salud, número de médicos en ejercicio); b) sobre las cantidades de productos (ingresos, prescripción de medicamentos); c) sobre los precios de los insumos (honorarios y sueldos, precios de los equipos, precios de los medicamentos); y d) sobre la organización y entrega de los servicios (listas de medicamentos, procedimientos de alta tecnología, provisión privada de ciertos servicios, reducción de la duplicación de esfuerzos institucionales a través de la coordinación intrasectorial). Los incentivos, a la vez, en su mayor parte afectan los precios cobrados por diferentes productos o servicios, imponen

sanciones para los gastos excesivos y recompensan los ahorros. Los sistemas de pago por categorías de diagnóstico (en inglés *diagnosis-related groups*, DRG), la capitación y los presupuestos globales anticipados ofrecen una vasta variedad de incentivos para que los proveedores modifiquen el ejercicio de su práctica médica, ya que deben absorber los costos adicionales si exceden los honorarios fijos o la capitación. Por otro lado, los sistemas tradicionales de pago por servicio incentivan a los proveedores a brindar más consultas y pruebas diagnósticas, a recetar con más frecuencia y a elevar sus honorarios o los precios de los servicios (36).

## EXPERIENCIAS DE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

A continuación se explican diversas experiencias de control de costos de la atención sanitaria en varios países de las Américas. Como los estudios sobre el tema son escasos, la información que se presenta respecto a cada país no es exhaustiva. Se seguirá el siguiente esquema:

- A. Métodos que afectan a la demanda
  - A1. Cobros al usuario por los servicios de hospitalización
  - A2. Cobros al usuario por el uso de servicios ambulatorios
  - A3. Pago de los medicamentos adquiridos fuera del hospital
  - A4. Otros cobros al usuario
  - A5. Contribuciones en especie
- B. Métodos que afectan a la oferta
  - B1. Regulación de los insumos
    - B1.1. Personal
    - B1.2. Limitación de los presupuestos operativos
    - B1.3. Regulación de la adquisición de equipo

- B1.4. Controles sobre la construcción de instalaciones de salud
- B1.5. Limitación del número de médicos en ejercicio
- B2. Limitación de la cantidad de servicios o productos
  - B2.1. Cuotas de admisión a los hospitales
  - B2.2. Prescripción de medicamentos
- B3. Regulación de los precios de los insumos
  - B3.1. Honorarios y sueldos
  - B3.2. Precios de los equipos
  - B3.3. Precios de los medicamentos
- B4. Regulación de los precios de las prestaciones
  - B4.1. Honorarios
  - B4.2. Pagos por tratamientos
  - B4.3. Pagos mediante el sistema de capitación
  - B4.4. Presupuestos globales anticipados
- B5. Otras regulaciones
  - B5.1. Listas de medicamentos
  - B5.2. Procedimientos de alta tecnología
  - B5.3. Suministro privado de ciertos servicios
  - B5.4. Coordinación y unificación de la entrega de servicios

### A. Métodos que afectan a la demanda

#### A1. Cobros al usuario por los servicios de hospitalización

*Bolivia.* El MS introdujo un programa de recuperación de costos durante la primera mitad de los años ochenta para aumentar los presupuestos operativos de los hospitales. Las normas generales para la introducción de cargos por servicios prestados fueron establecidas al nivel central, aunque los cargos varían según el servicio prestado y de una institución a otra. Los ingresos generados a través de este procedimiento se mantienen en la institución que brinda el servicio. Se estima que en algunos hospitales públicos la proporción media de recursos generados a través de los

cargos a los usuarios ha subido de 13% en 1984 a 40% en 1988 (37, 38).

*Colombia.* Las fuentes locales de financiación de la atención de salud incluyen cobros al usuario de las instituciones públicas. Los ingresos se envían a la Administración Departamental de Servicios de Salud (nivel regional) y ayudan a compensar la disminución de otros aportes (39).

*Chile.* El Fondo Nacional de Salud (FONASA), que ofrece beneficios de seguro de salud a los empleados públicos y privados y sus dependientes a través del Sistema de Proveedor Preferido (SPP), paga solo una proporción del costo del servicio requerido; el usuario paga la otra parte por medio de un sistema de vales. El FONASA recoge y administra una contribución de 6% sobre los salarios gravables. También se requiere que los afiliados a las ISAPRE (instituciones privadas que venden planes de salud) efectúen copagos por la atención recibida en hospitales (40).

*El Salvador.* Se cobra el uso de camas privadas en hospitales públicos, pero los cargos solo llegan a la mitad de los equivalentes en un hospital privado similar. Las organizaciones comunitarias (patronatos) son responsables de la recaudación de los cargos y los ingresos recaudados se mantienen al nivel local. Los miembros de los patronatos y directores del hospital determinan el uso del dinero. La recuperación de costos representa cerca de 5% del total del ingreso de los hospitales (41).

*Guatemala.* En todos los establecimientos del MS se cobran cargos nominales. Los cobros al usuario representan un 2% de los ingresos del Ministerio (42).

*Honduras.* Todos los hospitales cobran cargos al usuario. El MS recortó los presupuestos operativos de los hospitales en un 5% para estimular la introducción de medidas de recuperación de costos. La recuperación de costos representa cerca de 15% del presupuesto

operativo del hospital. Los ingresos recogidos se envían al gobierno central; los hospitales pueden extraer fondos de los ingresos depositados (43-45).

*Jamaica.* Desde los años sesenta se cobra la atención en los hospitales públicos. En 1984 se puso en vigor una lista revisada de precios. El dinero recogido se envía al MS y el establecimiento que lo cobra recibe automáticamente la mitad de la cantidad recaudada. Si se aprueba un proyecto legislativo especial se devolvería a los establecimientos el total recaudado. La recuperación de costos constituye 1,5% del costo de los servicios (46).

*México.* La Secretaría Federal de Salud ha establecido un sistema de cargos que cobra al usuario en los establecimientos que opera; no hay práctica uniforme entre los estados que mantienen servicios descentralizados (comunicación personal de Santiago Friedmann, unidad LA2HR del Banco Mundial, 3 de agosto de 1989).

*Panamá.* En todos los establecimientos del MS el usuario debe pagar honorarios. Estos representan 10% de los ingresos del MS (47).

*Perú.* Los hospitales y las clínicas públicas cobran cargos nominales por los servicios prestados. Más del 80% de los pacientes hospitalizados pagan estos cargos por la atención, los cuales representan menos de 3% del presupuesto del MS (48). Los datos de un estudio nacional indican que la introducción de cargos a los usuarios tiene el potencial de recaudar nuevos ingresos mediante el desplazamiento de la carga financiera del sistema de salud de los contribuyentes a los usuarios. Sin embargo, también parece que como resultado de la imposición de cobros al usuario se reduce sustancialmente el bienestar del consumidor en general. La carga recae en los

grupos de menores ingresos y la demanda de atención disminuye al incrementarse el precio (49).

*República Dominicana.* Sin el apoyo del Gobierno, los hospitales han establecido diferentes programas de recuperación de costos para facilitar la obtención de recursos adicionales. Cada hospital tiene su propio sistema de cargos. Se calcula que los cargos al usuario cubren 20% de los gastos operativos de los hospitales (50).

*Uruguay.* Los servicios en hospitales del MS son gratuitos para las personas con un carné de asistencia (tarjeta de habilitación) y a las demás personas se les cobra por el servicio prestado (51).

## **A2. Cobros al usuario por el uso de servicios ambulatorios**

*Argentina.* Se han establecido copagos en diferentes sistemas de seguro social (obras sociales) como incentivo para que los pacientes insistan en el control de costos. Se cree que el consumo excesivo de servicios médicos en el país es inducido por los proveedores de servicios. Los copagos representan entre el 20 y el 30% de los honorarios por los servicios de asistencia ambulatoria. Esta medida ha estimulado la demanda de seguros privados para cubrir los copagos (52).

*Colombia.* Se cobran honorarios al usuario en todos los ambulatorios (39).

*Chile.* El sistema de precios del FONASA comprende tres niveles de precio para las consultas médicas. Los usuarios pagan 50% del costo del servicio en el nivel 1, 66,7% en el nivel 2 y 75% en el nivel 3. Cuanto más costoso sea el proveedor mayor será el copago. Los miembros de las ISAPRE deben pagar entre 10 y 40% del costo de cada servicio recibido (40).

*El Salvador.* En los ambulatorios del MS se cobra una cuota voluntaria por consulta (41).

*Guatemala.* Se cobran honorarios en los centros de pacientes ambulatorios del MS (43).

*Honduras.* Se cobran cargos nominales por las consultas en establecimientos del MS (43).

*México.* La atención en ambulatorios se cobra igual que los servicios de hospitalización (comunicación personal de Santiago Friedmann: véase información anterior).

*Panamá.* Se cobran honorarios en todas las unidades de asistencia ambulatoria del MS (47).

*República Dominicana.* Se cobran honorarios *ad hoc* por las consultas médicas en instituciones públicas (50).

*Uruguay.* Los miembros de las organizaciones de prepago no gubernamentales (Instituciones de Atención Médica Colectiva, IAMC), que representan cerca de 43% del total de la población, deben pagar cargos por el uso de servicios ambulatorios además de primas mensuales (51).

## **A3. Pago de los medicamentos adquiridos fuera del hospital**

*Argentina.* Se han establecido sistemas de copago en el subsistema de seguro social para controlar el consumo excesivo de medicamentos. Por ejemplo, la obra social para jubilados y pensionados (PAMI) ha establecido un copago de 50% para los medicamentos (52).

*Canadá.* Salvo para los residentes de más de 65 años de edad, el seguro nacional de salud no cubre los gastos de medicamentos adquiridos fuera del hospital. Estos medicamentos son comprados directamente por el usuario (53).

*Chile.* Bajo el Sistema de Proveedor Preferido (SPP), los usuarios pagan el costo total de los medicamentos. Los miembros de las ISAPRE solo pagan una parte (40).

*Ecuador.* Se aplican cargos por las medicinas en los establecimientos para pacientes ambulatorios del MS (54).

*Guyana.* En la Clínica de Atención Ambulatoria del Hospital de Georgetown del MS se cobra una pequeña proporción del costo de cada receta (55).

*Nicaragua.* El Gobierno incentiva la venta de medicamentos en las instalaciones para pacientes ambulatorios del MS. Por otra parte, el Gobierno está evaluando diversas iniciativas para el establecimiento de un sistema mixto (público/privado) de distribución de fármacos, donde los consumidores puedan adquirir los medicamentos prescritos (56, 57).

*Uruguay.* Los miembros de las IAMC deben pagar de su bolsillo los medicamentos prescritos (51).

#### **A4. Otros cobros al usuario**

*Canadá.* Los usuarios tienen que pagar por los beneficios no cubiertos por el seguro nacional de salud, como la atención dental y los anteojos. Las provincias y los territorios también cobran cuotas para ayudar a financiar el alojamiento y las comidas de pacientes crónicos en los establecimientos de larga estancia (53).

*Chile.* Los miembros de las ISAPRE tienen que pagar una prima mensual además de la deducción obligatoria de 6% de sus salarios destinada a las atenciones de salud (40).

*Estados Unidos.* El programa Medicare que solo cubría los servicios de salud para ancianos y discapacitados se ha extendido a las

enfermedades catastróficas. Los beneficiarios tienen que pagar una prima y un impuesto especial para ayudar a financiar este nuevo beneficio (58).

*Trinidad y Tabago.* Además de la contribución al Sistema Nacional de Seguro Social, los trabajadores tienen que pagar una sobrecarga, al parecer destinada a solventar el costo de la atención terciaria de salud. Las sobrecargas de salud se cobran según dos categorías de ingresos. El dinero recaudado no ha sido destinado a los servicios de salud, pero se ha convertido en parte del fondo consolidado del seguro social (59).

*Uruguay.* Se exige que los usuarios de las instalaciones del MS adquieran un carné de asistencia (tarjeta de habilitación) si sus ingresos exceden un nivel mínimo (51).

#### **A5. Contribuciones en especie**

*Bolivia.* En Cochabamba, como parte de un experimento para reducir el descontento laboral y las elevadas tasas de abandono profesional de los trabajadores comunitarios de salud y aumentar la cobertura de los servicios sanitarios en las áreas rurales, se puso en marcha un sistema por el cual los miembros de la comunidad donaban una cuota anual de trigo o de papas para ayudar a remunerar a los trabajadores sanitarios. La recaudación de la contribución en especie estuvo a cargo del sindicato (una organización comunitaria altamente visible) y el comité de salud de la comunidad (34).

### **B. Métodos que afectan a la oferta**

#### **B1. Regulación de los insumos**

##### **B1.1. Personal**

*Canadá.* A fin de promover la reubicación de especialistas y otros médicos hacia regiones remotas subatendidas, las provincias han optado por introducir estructuras de salarios diferenciales, fijar subvenciones especiales de

reubicación y becas de adiestramiento para estudiantes universitarios, y limitar las cuotas de facturación al plan provincial de seguro de salud en las zonas donde hay exceso de médicos (53).

*Costa Rica.* A fin de ayudar a superar la crisis financiera del Programa Médico de Seguro Social (CCSS), durante la primera mitad de los años ochenta se redujo el personal mediante jubilaciones anticipadas, renunciaciones voluntarias y congelación de nuevos contratos (60).

*Jamaica.* Para controlar el gasto público del sector, se despidió al personal temporero. La privatización de los servicios de apoyo (por ejemplo, los servicios de lavandería) también ha dado lugar a la supresión del personal asociado con aquellas actividades (comunicación personal de Tomás Engler, División de Educación y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, 18 de octubre de 1989).

*Panamá.* Tanto el MS como el Programa Médico del Seguro Social (CSS) han reducido la contratación de personal como medida para limitar los gastos (47).

### ***B1.2. Limitación de los presupuestos operativos***

*Canadá.* En los últimos años de la década de los setenta, con objeto de transferir recursos federales a las provincias, se estableció un sistema de financiamiento en bloque. Este procedimiento se diferencia del mecanismo de coparticipación en los gastos provinciales en salud utilizado por el Gobierno Federal hasta 1977 (el Gobierno Federal compartía, dólar por dólar, todos los gastos operativos de los gobiernos provinciales). Las transferencias federales anuales ahora se deciden según el número de habitantes en cada provincia y el monto total del producto nacional bruto (53).

*Ecuador.* El Ministerio de Finanzas tiene que aprobar las asignaciones específicas necesarias para la ejecución de los programas

autorizados. Por otra parte, se han limitado los presupuestos de todas las instituciones públicas, incluido el MS (54).

### ***B1.3. Regulación de la adquisición de equipo***

*Canadá.* Las disposiciones varían de una provincia a otra y según el tipo de instalación. En general, la financiación para la adquisición de equipo depende de: la aprobación previa del Ministerio Provincial de Salud; la evaluación de necesidades realizada por la autoridad provincial; los planes de inversión a largo plazo en diversas provincias; y la disponibilidad de recursos al nivel local de gobierno o en los hospitales, ya que dichos fondos se requieren para financiar una porción de todos los costos de capital (53).

*Estados Unidos.* Para frenar el aumento de los costos de la atención hospitalaria se ha establecido un programa de certificación de la necesidad. Este programa tiene amplia autoridad sobre la adquisición de equipo a nivel local (61).

### ***B1.4. Controles sobre la construcción de instalaciones de salud***

*Canadá.* Las disposiciones son iguales que para la adquisición de equipo. Por otra parte, algunas provincias han establecido cuotas regionales para camas de servicios especializados (53).

*Estados Unidos.* El programa de certificación de la necesidad tiene amplia autoridad sobre la construcción a nivel local (61).

### ***B1.5. Limitación del número de médicos en ejercicio***

*Canadá.* Frente a un exceso potencial de médicos, se redujo el número de matriculados en 16 facultades de medicina del país y los

cupos de residencias disponibles en los hospitales. También se han tomado medidas para reducir el número de médicos extranjeros a los que se permite inmigrar (53-62).

*México.* Se han establecido exámenes de ingreso y cuotas de admisión para prevenir el exceso de médicos (63) (comunicación personal de Daniel López Acuña, Programa de Coordinación, Análisis y Planificación Estratégica de la OPS, 27 de octubre de 1988).

*Uruguay.* A fin de controlar el número de estudiantes de medicina matriculados y en vías de graduación, que ha crecido exponencialmente durante los últimos 20 años, durante el período 1976-1983 se establecieron cuotas de ingreso a la facultad de medicina (64).

## **B2. Limitación de la cantidad de servicios o productos**

### ***B2.1. Cuotas de admisión a los hospitales***

*Brasil.* INAMPS, el Programa Médico del Seguro Social, estableció en 1985 cuotas de admisión a los hospitales como mecanismo para apoyar la puesta en práctica de un sistema de pago anticipado a los hospitales basado en el número de casos nuevos atendidos. El objetivo de esta medida es impedir que los hospitales bajo contrato con INAMPS aumenten el número de hospitalizaciones para incrementar su ingreso (65).

### ***B2.2. Prescripción de medicamentos***

*Argentina.* Se está introduciendo un sistema de acreditación, clasificación y control de médicos. El objetivo es mejorar el proceso de atención médica mediante la evaluación y el control de la práctica médica, incluida la prescripción de medicamentos (66).

*Estados Unidos.* Se está llevando a cabo una evaluación de la eficiencia en función del costo de 300 000 médicos que proporcionan atención a los pacientes cubiertos por Medicare (67).

## **B3. Regulación de los precios de los insumos**

### ***B3.1. Honorarios y sueldos***

*Argentina.* El pago de los honorarios de los médicos por los servicios prestados a los beneficiarios de las obras sociales se realiza mediante un sistema de precios (Nomenclador) que negocian a intervalos regulares las obras sociales y las asociaciones profesionales. Las asociaciones profesionales también han concertado contratos a largo plazo con ciertas obras sociales para proporcionar servicios médicos a grupos específicos de la población. Esta última medida tiende a estabilizar el ingreso de los médicos (68, 69).

*Canadá.* Los médicos son remunerados por diversos métodos; por ejemplo, sueldos de jornada completa o parcial, o bien combinaciones de arreglos contractuales basados en la modalidad de pago por servicio (53).

*Panamá.* Se emplean convenios de indización destinados a compensar por la inflación y de esa manera se trata de reglamentar los aumentos salariales (47).

### ***B3.2. Precios de los equipos***

*Brasil.* Se han establecido normas para la adquisición de ortosis y prótesis, especialmente las empleadas en la cirugía cardíaca (70).

### ***B3.3. Precios de los medicamentos***

*Canadá.* A fin de controlar los aumentos anuales de los costos de los medicamentos, las autoridades federales y provinciales han concertado convenios de adquisición de medicamentos y de vacunas al por mayor (53).

*Colombia.* La reglamentación de la industria farmacéutica, incluida la fijación de precios, es llevada a cabo por el MS a nivel nacional y por los Servicios de Salud Departamentales a niveles regionales y locales. Las compras se realizan por lo general siguiendo los procedimientos nacionales de licitación (39).

*Ecuador.* Los precios de los medicamentos están controlados por el MS (54).

*Honduras.* En 1984, el Gobierno promulgó una serie de medidas tocantes a la venta de medicamentos esenciales de bajo costo. Se creó un sistema de farmacias populares provistas y administradas por el MS (en las cuales se pensaba vender una lista limitada de medicamentos esenciales al costo más una ganancia pequeña) y un fondo rotatorio para medicamentos en los centros de salud. La ejecución de estas medidas ha encontrado fuerte oposición del cuerpo directivo oficial de los farmacéuticos, que tiene autoridad para reglamentar la venta de todos los medicamentos, incluso en los establecimientos del sector público (43).

*Perú.* A fin de proporcionar medicamentos básicos de bajo costo a la población, se han establecido programas de utilización de medicamentos genéricos en los sistemas de salud pública y del seguro social. La provisión de medicamentos básicos se lleva a cabo principalmente mediante licitaciones públicas abiertas a laboratorios nacionales e internacionales. También se han impuesto controles de precios sobre las marcas registradas. Los programas se han visto obstaculizados por el hecho de que los costos de producción de los medicamentos genéricos han excedido los precios autorizados de venta, conduciendo a los productores a retirarse de los programas. Otros obstáculos para el uso de medicamentos genéricos han sido la resistencia de los profesionales de salud y la actitud de los consumidores, que creen que estos medicamentos son inferiores porque son más baratos (71).

## **B4. Regulación de los precios de las prestaciones**

### **B4.1. Honorarios**

*Argentina.* Los precios de los servicios médicos y hospitalarios y de los productos farmacéuticos están determinados por un nomenclador negociado en diferentes períodos entre las obras sociales, las asociaciones profesionales y los proveedores privados. El nomenclador establece precios estándar que se aplican en toda la nación (52, 68, 69).

*Canadá.* Los médicos privados son remunerados de acuerdo con los servicios prestados. Los honorarios están establecidos en un nomenclador acordado entre las autoridades provinciales y territoriales por un lado y las organizaciones profesionales de cada provincia y territorio por otro (53, 72).

*Chile.* El FONASA emplea una tabla de reembolsos (Facturación por Atención Prestada—Integral, FAP—I) para asignar los recursos presupuestarios a cada una de las 27 áreas de servicio regionales autónomas que forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNSS). La tabla de reembolsos, que incluye una lista de precios para más de 2 000 intervenciones médicas, cubre el costo total de los servicios prestados en cada región. Los precios se deciden según el promedio de costos en un hospital público y en dos hospitales privados; también se consideran las opiniones de los especialistas. Este mismo mecanismo se emplea para reembolsar a los proveedores privados bajo el SPP (40).

*Estados Unidos.* En fecha reciente el Congreso aprobó medidas para la revisión de los pagos de Medicare a los médicos. Se introducirá un nuevo sistema de honorarios que el Gobierno Federal utilizará para pagar a los médicos que trabajan bajo contrato con Medicare y se impondrán límites sobre las sumas que los médicos podrán cobrar por encima de los honorarios aprobados. Para controlar los excesos de facturación en un año se es-

tablecerán objetivos nacionales para desembolsos generales, basándose en factores tales como el número de jubilados y la inflación anual. Si los desembolsos reales exceden las metas fijadas, los honorarios se reducirán al año siguiente en una cuantía igual al porcentaje del exceso (73).

#### **B4.2. Pagos por tratamientos**

*Brasil.* El programa médico del seguro social (INAMPS) reembolsa a los hospitales públicos y privados por los servicios prestados a los beneficiarios del programa. Tradicionalmente, INAMPS reembolsaba a los hospitales por el método de pago por servicio (Guía de Internação Hospitalar, GHI) que incluía el pago total por cada procedimiento, servicio, exámenes de laboratorio y medicinas proporcionados al paciente. En 1983, para controlar el uso excesivo de los hospitales, se introdujo un sistema de pago anticipado al hospital basado en el número de casos atendidos (Atestado de Internação Hospitalar, AIH). Este sistema representa un método de pago de sumas globales. Las categorías de pago son los valores promedio de las facturas de los procedimientos llevados a cabo en el país. Sin embargo, este sistema de pago incentiva el tratamiento hospitalario cuando el tratamiento ambulatorio puede ser más barato. Un estudio reciente ha concluido que la introducción de este mecanismo de pago no ha permitido limitar el número de hospitalizaciones. El descenso que se produjo en 1985 en el número de ingresos en hospitales privados se atribuye a un desplazamiento de las hospitalizaciones hacia los centros públicos, no a un incremento del número de pacientes que recibieron asistencia ambulatoria (74, 75).

*Estados Unidos.* Hasta 1983, los hospitales que prestan servicios a los pacientes de Medicare fueron compensados empleando una modalidad de pago de honorario por servicio. Posteriormente se introdujo un sistema de pago anticipado por grupos de diagnósticos (*diagnosis-related groups*, DRG). A los hospitales se les paga un precio fijo por cada una de 467 categorías diagnósticas. Lo pagado por

los servicios prestados a un establecimiento dado no está predeterminado por los costos de ese hospital, o por el tipo o la calidad de la atención proporcionada. Por otra parte, el pago según los DRG no tiene en cuenta la duración real de la hospitalización de los pacientes. Un hospital puede obtener una ganancia sustancial o incurrir en déficit según la atención proporcionada a los pacientes de Medicare. La introducción de esta medida ha acortado las hospitalizaciones y ha incrementado la asistencia ambulatoria y domiciliaria. Sin embargo, un estudio reciente muestra que, frente a una amenaza externa (reglamentación), puede haber un aumento de las tasas de mortalidad hospitalaria. Las razones se relacionan con las reducciones de personal, la eliminación de servicios selectivos, la consolidación de servicios, la postergación de mejoras de instalaciones y equipo, y otras medidas que puedan tomar los hospitales (76-78).

#### **B4.3. Pagos mediante el sistema de capitación**

*Argentina.* Las diferentes obras sociales y las mutuales en el sistema de seguridad social financian la atención de la salud de sus miembros a través de diversos convenios con proveedores privados, que incluyen la contratación de la asistencia ambulatoria mediante un sistema de capitación y el pago de una suma fija por mes para la prestación de servicios hospitalarios (66).

*Brasil.* Desde el comienzo de los años sesenta, diferentes empresas han comenzado a contratar servicios de salud para sus empleados y familias directamente de los sistemas de medicina de grupo. El pago se basa en una cantidad per cápita. Las empresas y los trabajadores pagan conjuntamente una prima mensual (79).

*Costa Rica.* El programa médico de la seguridad social ha empezado a experimentar la capitación para reembolsar a los médicos por los servicios prestados a la población beneficiaria en la región de Barva. Se espera que el programa se amplíe a otras regiones del país (80).

*Estados Unidos.* Las empresas privadas ofrecen actualmente a sus empleados diversas opciones de planes de salud, que incluyen las llamadas organizaciones de mantenimiento de la salud (*health maintenance organizations*, HMO) y organizaciones de proveedores preferidos (*preferred providers organizations*, PPO). Los trabajadores y los empleadores afiliados a las HMO y PPO pagan conjuntamente las primas mensuales y los usuarios reciben atención tanto preventiva como curativa (81, 82).

*Uruguay.* Empleando convenios de pago por capitación, los fondos de seguros contra enfermedad contratan servicios de atención sanitaria para sus afiliados y sus dependientes con organizaciones de prepago e instituciones públicas (51).

#### **B4.4. Presupuestos globales anticipados**

*Canadá.* A fines de los años sesenta, los gobiernos provinciales empezaron a reemplazar los métodos de reembolso rubro por rubro de los servicios hospitalarios privados, con diversos sistemas de presupuesto global anticipado. A fines de cada año fiscal los administradores del hospital negocian los presupuestos operativos totales del año siguiente con las autoridades provinciales. Los presupuestos reflejan los coeficientes personal/paciente y cama/población fijados por el gobierno, así como los cambios anuales en el volumen o en la variedad de los servicios proporcionados (53).

## **B5. Otras regulaciones**

### **B5.1. Listas de medicamentos**

*Canadá.* A fin de controlar el gasto de medicamentos, que es el componente que más rápido asciende en el gasto total en salud, las autoridades nacionales han introducido formularios o listas de medicamentos básicos para incentivar a las empresas de medicamentos de marca a reducir sus precios (53).

*Colombia.* Hay una lista aprobada de medicamentos para las compras que realiza el subsector oficial (39).

*Panamá.* El MS y el Programa Médico de Seguro Social siguen un manual de suministro de medicamentos que estandariza las compras de medicamentos según listas acordadas de medicamentos genéricos (47).

*Perú.* Se han hecho diferentes intentos para proporcionar medicamentos básicos de bajo costo a la población a través de la compra de genéricos, tanto en el MS como en el programa médico de la seguridad social (71).

### **B5.2. Procedimientos de alta tecnología**

*Brasil.* En 1987 el programa médico del seguro social inició los Sistemas Integrados de Alta Tecnología (SIAT). Como parte de este programa, se establecieron centros de referencia para ciertos procedimientos especializados, como la cirugía del corazón y el hígado, los trasplantes renales, algunos medios de diagnóstico por imagen y las intervenciones ortopédicas. Los centros de referencia definen las normas técnicas, el material y los precios, así como la evaluación y los mecanismos de control (83).

*Uruguay.* Los institutos de alta tecnología públicamente financiados (Institutos de Medicina Altamente Especializada, IMAE) se han establecido en el sector privado para ciertos procedimientos especializados, como la cirugía cardiovascular, el reemplazo de la arti-

culación de la cadera y la diálisis crónica. La financiación de estos institutos de alta tecnología proviene del Fondo de Seguro de Salud Nacional Catastrófico. La ley requiere que los miembros de los diferentes fondos de ayuda mutua paguen una prima mensual para ayudar a financiar el Fondo (51, 84).

### **B5.3. Suministro privado de ciertos servicios**

*Chile.* A fin de estimular una mayor participación del sector privado en el sector de la salud, en 1981 se promulgó un decreto gubernamental para permitir a las empresas privadas de seguro de salud (ISAPRES) recaudar las deducciones obligatorias de los salarios de las personas dispuestas a afiliarse a estas empresas (85).

*Jamaica.* A fin de reducir los costos y aumentar la eficiencia, el MS está considerando una serie de iniciativas de privatización. Hay proyectos piloto de privatización del manejo de las redes de salud pública a nivel de parroquia (el gobierno continuaría siendo propietario de las instalaciones), y de la administración de los hospitales públicos. Además, en 1987 se inició la contratación de empresas privadas para los servicios hospitalarios de apoyo (mantenimiento, limpieza, transporte, comidas y lavandería). Las compañías seleccionadas para operar estos servicios en algunos hospitales se eligieron a través de licitaciones (86, 87).

### **B5.4. Coordinación y unificación de la entrega de servicios**

*Argentina.* El sistema de seguro social, que proporciona cobertura sanitaria a más de 70% de la población, está compuesto por muchos subsistemas de seguro de salud (más de 320 instituciones). Para mejorar la equidad y la eficiencia en el sistema, el gobierno introdujo en 1988 un plan de seguro nacional de salud. Los objetivos específicos de esta medida son dos: coordinar e integrar los diversos subsistemas de seguro social en un sistema nacional

de seguro social y ampliar la cobertura del seguro social a toda la población (52, 88, 89).

*Brasil.* Históricamente, la organización y prestación de los servicios de salud ha sido responsabilidad de seis organismos ubicados en tres ministerios (Educación, Salud y Seguro Social). En 1987, el gobierno estableció un sistema unificado y descentralizado (SUDS). La aplicación de esta medida ha llevado por una parte a la unificación de los sistemas de financiación pública (ministerios de salud, seguro social y secretarías de salud) al nivel estatal y municipal; y, por otra, a la descentralización de la responsabilidad de la provisión de servicios. INAMPS, el programa médico de seguro social, ha transferido la propiedad y el manejo de sus instalaciones y los recursos financieros a los estados (74, 90, 91).

*Canadá.* Desde el decenio de los sesenta, la piedra angular del sistema de atención sanitaria canadiense es el seguro nacional de salud. El sistema es descentralizado: todas las provincias tienen planes de seguro de hospital y médico que satisfacen los criterios mínimos y las condiciones federalmente legisladas. El programa se financia con impuestos federales, con ingresos fiscales generales de las provincias y con partidas presupuestarias destinadas específicamente para el programa. La responsabilidad de las decisiones y la autorización para gastar fondos se consolidan en los ministerios provinciales de salud y de finanzas. Las autoridades sanitarias provinciales contratan con proveedores privados la hospitalización de enfermos agudos y crónicos y la prestación de servicios de rehabilitación (72, 92).

*Costa Rica.* Desde los años sesenta, con la promulgación de importantes iniciativas políticas y legislativas, el proceso de coordinación intrasectorial ha evolucionado de manera gra-

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

dual y ha adoptado la forma de una división institucional de las responsabilidades entre el MS y el instituto de seguridad social (CCSS). El MS está a cargo de la prestación de servicios de atención primaria de salud a grupos marginados en las áreas rurales y periurbanas, y la CCSS es responsable de la atención hospitalaria a la población económicamente activa en general y sus dependientes. Para ello, la CCSS asumió el control de todos los hospitales del país, incluidos los del MS y las organizaciones de beneficencia (93).

*Nicaragua.* En 1979 se estableció un sistema unificado nacional de salud (SNUS). Como resultado de esta medida, todos los recursos humanos, técnicos y financieros de más de 20 instituciones públicas que operaban en el sector fueron colocados bajo control del MS. Con el establecimiento del SNUS el instituto de seguridad social (INSSBI) tuvo que redefinir su función en el sector de la salud. El INSSBI ya no tiene responsabilidad directa sobre la provisión de servicios de salud, pero se encarga de la recaudación de las contribuciones de trabajadores y empleadores para los beneficios médicos y de la transferencia de estos recursos al MS para ayudar a financiar la entrega de los servicios del SNUS (93).

*Panamá.* El MS y el fondo de Seguro Social (CSS) son los principales proveedores de servicios de salud en el país. Durante el período de 1973-1977, por orden presidencial los servicios de atención sanitaria del MS y del CSS fueron integrados y colocados bajo un mando regional unificado en 9 de las 11 regiones de salud del país. Esta medida ha ayudado a reducir la duplicación y la superposición de esfuerzos institucionales, así como a ampliar la cobertura de los servicios (47, 94).

En un contexto de inestabilidad económica y de limitaciones financieras, diversos países de la Región han introducido medidas para aumentar el flujo de recursos no gubernamentales en salud, hacer los sistemas de atención sanitaria menos costosos y controlar la escalada de los gastos de este sector. Las medidas se han orientado a aspectos tanto de demanda como de oferta de servicios de salud.

Para administrar la demanda, algunos países han establecido programas de recuperación de costos en un intento de compensar la disminución de la contribución para salud del gobierno central y de otras fuentes. Esta reducción ha sido fruto del deterioro de las economías y de la disminución de la capacidad fiscal de los gobiernos. Con estas medidas, el peso de la financiación de los servicios de salud estatales o de la seguridad social se desplaza del contribuyente y del asegurado al usuario. Las experiencias recientes en diversos países han demostrado que los cobros al usuario pueden generar ingresos adicionales en los establecimientos públicos, en particular si los cargos se cobran sobre la hospitalización y si los ingresos adicionales se mantienen en el lugar de la cobranza. En otros países se aplican copagos y franquicias como incentivos para limitar el consumo de servicios innecesarios. No obstante, en la mayor parte de América Latina y el Caribe todavía se cuestiona la legitimidad de los esquemas de coparticipación para sufragar los costos de producción de los servicios de salud en el subsector público. La noción que se acepta generalmente es que los servicios de salud se deben financiar enteramente con fondos públicos provenientes de los impuestos. Por otra parte, la introducción de cobros al usuario es objeto de considerable discusión en el sentido de que pueda reducir el bienestar del consumidor en general. En teoría, dichos cobros podrían desincentivar la búsqueda de atención de salud de las personas de escasos recursos (95).

La controversia no se puede resolver actualmente porque es escasa la información disponible sobre los efectos de los cobros al usuario sobre la demanda, la utilización o los costos por unidad de servicios. Desde una perspectiva netamente económica, se puede argumentar que la introducción de cobros al usuario por los servicios de salud conduce a una disminución en la demanda de atención sanitaria, suponiendo que otros factores permanecen constantes. Sin embargo, según explica Griffin (96) el razonamiento mencionado "predice" simplemente "la dirección, pero no la cantidad de los efectos" de la medida. Respecto a este punto, Musgrove ha formulado la hipótesis de que se podría recaudar una cantidad significativa de recursos adicionales "si se cobrara una cantidad fija por la consulta (lo suficientemente reducida para que no tenga mucho efecto sobre las consultas que necesitan los consumidores de menores recursos) y la discriminación de precios se introdujera solo en la etapa del tratamiento". Este autor razona que "la hospitalización parece la etapa apropiada para fijar honorarios diferenciales, tanto por la gran proporción del gasto hospitalario en los presupuestos totales de salud del gobierno, como porque los consumidores de mayores ingresos acuden a los médicos privados para las consultas, pero van a los hospitales públicos a recibir tratamiento" (97). Para evaluar verdaderamente la eficiencia de los cobros al usuario y sus efectos sobre la equidad de la atención, debe estudiarse con mayor detalle en diferentes países la repercusión sobre la demanda de la introducción de un sistema de recuperación de costos, además de los efectos de estos programas sobre los ingresos de las instituciones del sector.

Respecto a la administración de la oferta, las medidas para controlar los costos de producción de los servicios de salud se han centrado en la limitación de la cantidad y de los precios relativos de diferentes insumos. Entre estas medidas hay que citar los límites a la contratación de nuevo personal, los topes salariales, las cuotas de ingreso a las facultades de medicina, las limitaciones para la construcción de instalaciones y adquisición

de equipo, las listas de medicamentos básicos, las adquisiciones a granel de medicinas y vacunas, y las restricciones presupuestarias. Algunas de estas medidas se discuten en los párrafos siguientes.

Hay muchas pruebas ilustrativas de que el aumento del número de médicos tiende a generar un aumento de los servicios prestados (el denominado fenómeno de consumo inducido por la oferta). Sin embargo, solo unos pocos países han optado por restringir el número de estudiantes de medicina o imponer el pago de matrícula para la educación médica en las universidades públicas. Tampoco se ha optado por redefinir los programas educativos, dando mayor importancia a las enseñanzas de salud pública y medicina preventiva en lugar de hacer hincapié en el adiestramiento clínico y el conocimiento de las técnicas curativas. La existencia de un exceso de médicos representa un gran costo de oportunidad para el conjunto de la sociedad, debido a la gran cantidad de recursos humanos y materiales que implica la capacitación de cada profesional. Al abordar el tema de los recursos humanos como parte de las estrategias de control de costos, se deben considerar especialmente importantes las estrategias que no solo tienen en cuenta la capacitación sino también la utilización y la distribución efectiva de los médicos y del resto del personal de salud en todo el territorio nacional. Además, se debe asignar importancia al logro de un balance apropiado entre los proveedores de atención médica, mediante el aumento del número de enfermeras y del personal auxiliar.

A su vez, se ha argumentado que si se emplea el racionamiento para limitar los costos, sería lógico controlar restrictivamente la introducción de procedimientos nuevos de alta tecnología (98). En los países industrializados, el uso no restringido de los procedimientos de alta tecnología contribuye enormemente al incremento de los costos

cada vez que se produce una enfermedad. Como solo unos pocos países de la Región han adoptado medidas para tratar este problema, un tema de suma importancia para el control de costos en salud es la formulación y aplicación de políticas y normas para tratar los aspectos relacionados con la tecnología de la atención médica (por ejemplo, su producción, importación, distribución y utilización).

Asimismo, en la medida que los productos farmacéuticos tienden a ser un componente importante del gasto total en salud, diversos gobiernos han promovido el uso de medicamentos genéricos más baratos que las marcas registradas pero de idéntico valor farmacológico. Estos intentos de control del gasto farmacéutico solo han tenido un éxito parcial en los países de la Región, debido a la fuerte oposición de los poderosos intereses creados que existen en el sector. A pesar de estas dificultades, el uso de listas de medicamentos esenciales, las adquisiciones a granel, los fondos rotatorios para la compra de medicamentos, y la vigilancia de los patrones de receta de los médicos, siguen siendo herramientas promisorias para asegurar un suministro adecuado y estable de medicamentos básicos de bajo costo.

Para moderar el incremento de los gastos en salud se han introducido nuevos mecanismos de reembolso entre los sectores público y privado. Los principales y más promisorios son los que intentan someter a los médicos y a los hospitales a la "disciplina financiera". Estos mecanismos se han adoptado en aquellos países donde la mayor parte de las hospitalizaciones, las consultas médicas y los medicamentos corren a cargo de proveedores privados financiados con fondos públicos mediante arreglos contractuales. Como resultado de la mayor proporción de ancianos en la población, del alto costo de los tratamientos por enfermedades crónicas y degenerativas y de la utilización de tecnología avanzada costosa, el gasto de salud en varios de estos países ha subido mucho en los dos

últimos decenios. La introducción de sistemas de pago anticipado (DRG, pagos mediante el sistema de capitación, presupuestos anticipados globales), está concebida para frenar el incremento de los gastos debido a un aumento significativo del número de hospitalizaciones y de su duración. El éxito de algunas de estas experiencias ha sido limitado, porque el énfasis ha recaído sobre la reducción de los precios por unidad de servicio, y los intentos de cambio de los patrones de uso han sido escasos. En vista de este fenómeno habría que poner en marcha mecanismos para supervisar el uso de los distintos servicios y programas de vigilancia periódica de los costos como complemento a los sistemas de pago anticipado.

Los esfuerzos para limitar los gastos también han dado lugar a innovaciones en la organización y prestación de los servicios de salud. Como resultado, en los subsectores privados de varios países la práctica tradicional de pago de honorario por servicio está comenzando a reemplazarse por planes de prepago de la atención sanitaria como los sistemas de medicina de grupo. Estos sistemas incorporan diversos incentivos para que los proveedores modifiquen su práctica. Contrariamente a los sistemas de honorario por servicio, que incentivan a los proveedores a que aumenten al máximo su ingreso incrementando el uso de los servicios y la prescripción de medicamentos, los planes de grupo del tipo de las HMO deben absorber cualquier costo adicional si exceden las primas pagadas por los miembros para parte o todas sus necesidades de atención de salud. Como los costos de operación y las ganancias dependen del estado de salud de sus miembros, el énfasis recae en las intervenciones preventivas. Por otra parte, los sistemas de medicina de grupo tienen un incentivo directo para mantener la calidad de los servicios prestados: ampliar el número de sus miembros. Incluso más importante es que estos sistemas incluyen otras medidas de control de costos que son aceptadas por los médicos (salarios reducidos, riesgos financieros compartidos y participación en la revisión de la utilización). Los afiliados a estos sistemas de prepago, sin

embargo, tienen que sacrificar su libertad de elegir a su proveedor a cambio de costos más bajos. Por otra parte, puede cuestionarse si los grupos de prepago en su esfuerzo para reducir costos no perjudican la calidad de la atención médica. La respuesta a esta pregunta requiere un análisis de la eficacia en función de los costos de diferentes protocolos terapéuticos, así como una definición clara de qué significa calidad (ya que generalmente se equipara calidad con más atención).

También, durante los dos últimos decenios, se han llevado a cabo en diversos países procesos de reorganización a gran escala para eliminar la multiplicidad innecesaria y costosa de recursos, personal y servicios que son consecuencia de la existencia de diversos proveedores en el subsector público. Las diferentes experiencias muestran que pueden conseguirse ahorros sustanciales y mayor cobertura de las poblaciones desprotegidas mediante la consolidación de sistemas de salud coordinados o integrados, financiados con fondos públicos. Estas experiencias sugieren que la utilización eficiente y efectiva de los recursos sanitarios no solo requiere la aplicación de medidas de control e incentivos, sino en algunos casos una reorganización importante de los sistemas de atención de salud. La coordinación y la integración intrasectoriales, en particular entre los MS y las instituciones de seguro social, son muy importantes para el control de costos. Sin embargo, es fundamental darse cuenta de que la ejecución efectiva de esta medida correctiva no solo requiere procesos técnicos o mecanismos administrativos. Por el contrario, la condición esencial para que se lleve a cabo el proceso de coordinación intrasectorial es el compromiso y el apoyo político en los niveles superiores del gobierno nacional (93).

Por último, es importante comprender que ha terminado la era de los sistemas de "demanda abierta", en los que no hay conciencia de los costos de producción, la disponibilidad de recursos no constituye una preocupación y los proveedores de servicios no enfrentan límites presupuestarios (99). La razón es la cruda realidad de costos y gastos cada vez mayores en un con-

texto de recursos limitados y necesidades de atención de salud no atendidas de grandes grupos de la población. Dado el carácter plural de los sistemas de salud en la mayor parte de los países de la Región, un reto importante para las autoridades nacionales es encontrar maneras de redefinir la función de la intervención sanitaria estatal, desde la simple provisión de servicios a la administración global del sector. Esta tarea requerirá el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para reglamentar y supervisar el funcionamiento de diferentes mercados médicos, incluido el establecimiento de incentivos y reglas para guiar las transacciones entre los sectores público y privado.

Digamos, para concluir, que el objetivo del presente estudio, como ha declarado Navarro refiriéndose a las experiencias de otros países, "no es buscar modelos —que no hay— sino analizar otras experiencias y ver qué podemos aprender de sus éxitos y sus fracasos" (100).

## AGRADECIMIENTO

El autor agradece el asesoramiento y los comentarios a un borrador previo de Philip Musgrove y Cesar Vieira, de la OPS; Willy de Geyndt, Santiago Friedmann y Louis Vassiliou, del Banco Mundial; y Lani Márquez, de PRICOR/University Research Corporation. Por otra parte, el autor desea agradecer a John Briscoe, del Banco Mundial, sus comentarios y observaciones sobre el tema.

## REFERENCIAS

- 1 Banco Mundial. *World Development Report*. Nueva York, Oxford University Press, 1984.
- 2 Hicks, N. L. Expenditure reductions in high-debt countries. *Financ Dev* 26(1): 35-37, 1989.

- 3 Husain, S.S. Reviving growth in Latin America. *Financ Dev* 26(2): 2-5, 1989.
- 4 Griffith-Jones, S. y Sunkel, O. *Debt and Development Crisis in Latin America. The End of an Illusion*. Nueva York, Oxford University Press, 1986.
- 5 Fishlow, A. From Crisis to Problem to Potential Solution: Latin American Debt, 1982-87. Berkeley, Universidad de California, 1987. Documento mimeografiado.
- 6 Linowitz, S. M. Latin America: The President's Agenda. *Foreign Aff* 67(2):45-62, 1988.
- 7 Schmitter, P. Taking stock: Is America in decline? *The New York Times Magazine*, 17 de abril de 1988, pp. 24-96.
- 8 Banco Mundial. *World Development Report*. Nueva York, Oxford University Press, 1989, p. 167.
- 9 Pfeffermann, G. *Poverty in Latin America*. Washington, DC, Banco Mundial, 1986.
- 10 Musgrove, P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *Int J Health Serv* 17(3):411-441, 1987.
- 11 Suárez, R. Estudio sobre el financiamiento del sector salud de los países de Centroamérica y Panamá. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1985. Documento mimeografiado.
- 12 Magalhães Vianna, S., Médici, A. C., Piola, S. F. et al. O impacto da crise econômica nos serviços de saúde: o caso do Brasil. Estudio encargado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Documento mimeografiado.
- 13 Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). La crisis y su impacto en las políticas y servicios de salud del Ecuador. Estudio encargado por la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1987. Documento mimeografiado.
- 14 López, M. A. Honduras: el financiamiento de los servicios de salud en los años de crisis económica. Estudio encargado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Documento mimeografiado.
- 15 Ochoa de Mendoza, M., León González, M. y Pérez Ramírez, J. Impacto de la crisis económica en la provisión de servicios de salud: el caso México. Estudio encargado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Documento mimeografiado.
- 16 Meschiani de Roitman, J. Crisis económica en el Uruguay y sus efectos en el sector salud. Estudio encargado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Documento mimeografiado.
- 17 Banco Mundial. *Brazil Public Spending on Social Programs; Issues and Options*. Vol. 1. Washington, DC, 1988.
- 18 De Geyndt, W. Uruguay-exploratory health sector mission-back-to-office report. Washington, DC, Banco Mundial, 23 de diciembre de 1988. Documento mimeografiado.
- 19 Secretaría de Salud del Ministerio de Bienestar y Acción Social. Conducción sectorial y liderazgo en salud. Estudio del caso argentino. Buenos Aires, 1988. Documento mimeografiado.
- 20 Miller, A., Bradburn, E., Hager, M., Robins, K., Roberts, B. y Howard, J. Can you afford to get sick? *Newsweek*, 30 de enero de 1989, pp. 44-52.
- 21 Evans, R. G., Lomas, J., Barer, M. L. et al. Controlling health expenditures—The Canadian reality. *N Engl J Med* 320:571-577, 1989.
- 22 Birdsall, N. Thoughts on good health and good government. *Daedalus* 118(1): 89-117, 1989.
- 23 Abel-Smith, A. Cost containment in 12 European countries. *World Health Stat Q* 37(4):351-363, 1984.
- 24 Feldstein, P. J. *Health care economics*. Nueva York, John Wiley, 1979, pp. 1-10 y 32-36.
- 25 Katz, J., Muñoz, A. y Tafani, R. Organización y comportamiento de los mercados prestadores: una propuesta metodológica para el estudio del funcionamiento del sector salud. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1987. Documento mimeografiado.
- 26 Hoare, G. Health care: The state versus the market. Briefing Note No.3. Seminar on Health Economics and Health Financing in Developing Countries. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine/London School of Economics/Organización Mundial de la Salud, 1987, pp. 21-22. Documento mimeografiado.
- 27 Castellanos, J. Coordinación entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social en América Latina. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1984. Documento mimeografiado.
- 28 Mesa-Lago, C. Financing health care in Latin America and the Caribbean, with a special study of Costa Rica. Washington, DC, Banco Mundial, 1983. PHN Nota Técnica GEN8.

- 29 Zschock, D. K. Medical care under social insurance in Latin America. *Lat Am Res Rev* XXI(1):99-122, 1986.
- 30 Roemer, M. I. *Medical Care in Latin America*. Washington, DC, Unión Panamericana, 1963.
- 31 Group Health of America. *Managed Prepaid Health Care in Latin America and the Caribbean. A Critical Assessment*. Vol. 1. Washington, DC, 1986.
- 32 Barr, N. Welfare in the market place. *N Soc*, 3 de julio de 1987.
- 33 McLachlan, G. y Maynard, A. The public/private mix in health care. The emerging lessons. In: McLachlan, G. y Maynard, A. eds. *The Public/Private Mix for Health. The relevance and effects of change*. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982, p. 528.
- 34 Stinson, W., Pipp, M., Seims, L. R. y Sayer, P. *Community Financing of Primary Health Care: The PRICOR Experience*. Chevy Chase, MD, University Research Corporation, 1987, pp. 71-72 y pp. 103-104.
- 35 Fuchs, V. R. Has cost containment gone too far? *Milbank Q* 64(3):479-488, 1986.
- 36 Shimmura, K. Effects of different remuneration methods on general medical practice: A comparison of capitation and fee-for-service payment. *Int J Health Plann Manage* 3(4): 245-258, 1988.
- 37 Márquez, P. V. Bolivia Health Sector Memorandum. Informe preparado para el Banco Mundial. Washington, DC, abril de 1987. Documento mimeografiado.
- 38 Banco Mundial. *Bolivia Public Sector Expenditure Review*. Washington, DC, p. 34 (en prensa).
- 39 Banco Mundial. *Colombia Health Sector Review*. Washington, DC, 1982.
- 40 Castañeda, T. El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento. *Bol Of Sanit Panam* 103(6):544-570, 1987.
- 41 Castañeda, T. El Salvador: Report on PHN: issues and recommendations. Informe preparado para el Banco Mundial. 1989, p. 4. Documento mimeografiado.
- 42 Banco Mundial. *Guatemala Population, Nutrition and Health Sector Review*. Washington, DC, 1986.
- 43 Management Science for Health. Final report on the study of financial alternatives to support extension of basic health services in Honduras. Informe enviado a PRICOR/University Research Corporation y al Ministro de Salud de Honduras. Boston, 1986. Documento mimeografiado.
- 44 Overholt, C. User fees in Honduran hospitals and health centers: policy and experience. Washington, DC, Reach Project Report, 1987. Documento mimeografiado.
- 45 Márquez, P. V. y Panisset, U. B. Análisis situacional del sector salud en Honduras. Tegucigalpa, junio de 1988. Informe preparado para la Organización Panamericana de la Salud. Documento mimeografiado.
- 46 Abel-Smith, B. y Creese, A., eds. *Recurrent Costs in the Health Sector—Problems and Policy Options in Three Countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989.
- 47 Banco Mundial. *Panama Health Sector Study*. Washington, DC, 1987.
- 48 Suárez-Berenguela, R. Financing the health sector in Peru. Washington, DC, Banco Mundial, 1987. Living Standards Measurement Study Working Paper No. 31.
- 49 Gertler, P., Locay, L. y Sanderson, W. Cuotas a los usuarios de los servicios de salud. Análisis de sus efectos potenciales en el Perú. *Bol Of Sanit Panam* 103(6):635-655, 1987.
- 50 Lewis, M. A. *A Study of Hospital Fees in the Dominican Republic*. Washington, DC, The Urban Institute, 1987.
- 51 Márquez, P. V. Uruguay Population, Health and Nutrition Sector Memorandum. Informe encargado por el Banco Mundial, Washington, DC, 19 de marzo de 1989. Documento mimeografiado.
- 52 Banco Mundial. *Argentina: Population, Health and Nutrition Review*. Washington, DC, 1987.
- 53 Gobierno del Canadá. Financing Health Services. Trabajo presentado en Eighth Commonwealth Health Ministers Meeting, Nassau, Bahamas, 13-17 de octubre de 1986. Documento mimeografiado.
- 54 Banco Mundial. *Ecuador: Population, Health and Nutrition Sector Review*. Washington, DC, 1986.
- 55 Murray, C. A report on alternative strategies for health sector financing in Guyana. Informe preparado para la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1987. Documento mimeografiado.
- 56 Roemer, M. I. El sistema de salud en Nicaragua. Informe preparado para la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1986. Documento mimeografiado.

- 57 Márquez, P. V. y Panisset, U. B. Nicaragua: retos y perspectivas para la salud en la coyuntura actual. Informe preparado para la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, agosto de 1988, pp. 18–19. Documento mimeografiado.
- 58 Wilson, C. N. y Al-Assaf, A. F. The USA Medicare Catastrophic Coverage Act (1988). *J Roy Soc Health* 109(2):57–59, 1985.
- 59 Nicholls, K. H. Feasibility of a national health insurance scheme for Trinidad and Tobago. Informe preparado para la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1986. Documento mimeografiado.
- 60 Mesa-Lago, C. Health care in Costa Rica: boom and crisis. *Soc Sci Med* 21(1):13–21, 1985.
- 61 Davis, K. Cost containment and health care in the United States. In: Schnall, D. J. y Figliola, C. L., eds. *Contemporary Issues in Health Care*. Nueva York, Praeger, 1984.
- 62 Manga, P. y Weller, G. R. Rhetoric and reality: health policy under conservative governments in Canada. Trabajo presentado en el XIV Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Ciencias Políticas, Washington, DC, 28 de agosto–1 de septiembre de 1988.
- 63 Soberón, G., Martuscelli, J., Alvarez-Manilla, J. M. et al. Building bridges between health care and medical education: the Mexican experience. Trabajo presentado en la Conferencia sobre Educación Médica y Atención Sanitaria Eficaz en Función del Costo. Bellagio, Italia, 21–25 de marzo de 1988.
- 64 Meerhoff, R. *El mercado de trabajo médico en el Uruguay*. Montevideo, Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia, 1988.
- 65 Correia de Campos, A. Brasil: controle de gastos no sistema de saúde. Informe encargado por el Banco Mundial. Washington, DC, 1988. Documento mimeografiado.
- 66 Márquez, P. V. Organización y funcionamiento de los servicios médicos privados en la Argentina. Informe preparado para la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, junio de 1988, pp. 20–21. Documento mimeografiado.
- 67 Malcolm, A. H. In health care policy, the latest word is fiscal. *The New York Times*, 23 de octubre de 1988, p. E3.
- 68 Katz, J. y Muñoz, A. El sector salud de la República Argentina: desarrollo histórico y situación contemporánea. Buenos Aires, CEPAL, 1988. Documento mimeografiado.
- 69 Neri, A. *Salud y política social*. Buenos Aires, Hachette, 1982.
- 70 Banco Mundial. *Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges*. Washington, DC, 1989.
- 71 Gereffi, G. The pharmaceutical market. In: Zschock D. K., ed. *Health Care in Peru*. Boulder, Colorado, Westview, 1988.
- 72 Evans, R.G. Public health insurance: the collective purchase of individual care. *Health Policy* 7:115–134, 1987.
- 73 Anónimo. A legal lid for doctors' fees. *The New York Times*, 13 de julio de 1989, p. A22.
- 74 Banco Mundial. *Policies for Reform of Health Care, Nutrition, and Social Security in Brazil*. Washington, DC, 1988. Report No. 6741-BR.
- 75 Rodrigues, J. Hospital utilization and reimbursement method in Brazil. *Int J Health Plann Manage* 4(1):3–15, 1989.
- 76 Davis, K., Anderson, C. y Steinberg, E. Diagnosis-related group prospective payments: implications for health care and medical technology. *Health Policy* 4(2):139–147, 1984.
- 77 Davis, K. et al. Is cost containment working? *Health Aff* 4(3):81–94, 1985.
- 78 Shortell, S. M. y Hughes, E. F. X. The effects of regulation, competition, and ownership on mortality rates among hospital inpatients. *N Engl J Med* 318:1100–1107, 1988.
- 79 Medici, A. C. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensionamento, estrutura e funcionamento. Estudio encargado por el Banco Mundial. Washington, DC, 1989. Documento mimeografiado.
- 80 Sanguinety, J. A. La salud y el seguro social en Costa Rica. San José, Development Technologies and PRAGMA Corporation, 1988, p. 149–152. Documento mimeografiado.
- 81 Blue Cross/Blue Shield. *Environmental Analysis*. Chicago, 1986.
- 82 Kramon, G. Why Kaiser is still the king. *The New York Times*, 2 de julio de 1989, Sec. 3, pp. 1 y 9.
- 83 Cordeiro, H. Contenção de custos na assistência médica. Trabajo encargado por el Banco Mundial, 1988. Documento mimeografiado.

- 84 Organización Panamericana de la Salud, *Situación de la tecnología médica en el Uruguay*. Washington, DC, 1985.
- 85 Scarpaci, J. L. HMO promotion and the privatization of health care in Chile. *J Health Polit Policy Law* 12(3): 551-567, 1987.
- 86 Swezy, C. et al. Review of the Jamaica health sector and an assessment of opportunities for external donor support. Washington, DC, Abt Associates, 1987. Documento mimeografiado.
- 87 Lewis, M. A. Financing health care in Jamaica. Washington, DC, The Urban Institute, 1988. Documento mimeografiado.
- 88 Secretaría de Salud del Ministerio de Bienestar y Acción Social. Fortalecimiento de los sectores sociales. Buenos Aires, 1987. Documento mimeografiado.
- 89 Abadie, J. P. Alternativas de organización de la atención médica. *Cuad Med Soc* 43:31-36, 1988.
- 90 Vilaca Mendes, E. El sistema unificado y descentralizado de salud en el actual contexto de la reforma sanitaria brasilera. *Cuad Med Soc* 47:19-26, 1989.
- 91 Arouca, S. Implementación de la reforma sanitaria a través de los sistemas unificados y descentralizados de salud. *Cuad Med Soc* 47:27-32, 1989.
- 92 Crichton, A. Canada's provinces review their health services. *Int J Health Plan Manage* 4(1):49-62, 1989.
- 93 Márquez, P. V. *Coordination between Ministries of Health and Social Security Institutions: An Analytical Study of Costa Rica, Honduras and Nicaragua*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, 1987. Tesis de Magister.
- 94 Engler, T. The Panamanian experiment: A decade of integration. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento mimeografiado.
- 95 Gilson, L. *Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned?* Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1988. EPC Publication Number 15.
- 96 Griffin, C. C. *User Charges for Health Care in Principle and Practice*. Washington, DC, Banco Mundial, 1987, PHN Technical Note 87-16, p. 1.
- 97 Musgrove, P. What should consumers in poor countries pay for publicly-provided health services? *Soc Sci Med* 22(3):329-333, p. 333, 1986.
- 98 Schwartz, W. B. The inevitable failure of current cost-containment strategies. *JAMA* 257(2):220-224, 1987.
- 99 Enthoven, A. A "cost-unconscious" medical system. *The New York Times*, 13 de julio de 1989, p. A23.
- 100 Navarro, V. An international perspective on health care: learning from other nations. The Johns Hopkins University School of Public Health, 1985. Documento mimeografiado, p. 1.

## SUMMARY

### KEEPING HEALTH COSTS UNDER CONTROL

In recent years two phenomena affecting the Region have served to highlight the importance of controlling health costs. First, the foreign debt crisis in Latin American and Caribbean countries has made it necessary to impose budgetary restrictions in some of the public sectors, including the health sector. In addition, the dizzying rise of health care costs in industrialized countries such as

the United States has led to a major increase in the public health share of the gross domestic product. This article examines some experiences in controlling health care costs in different countries of the Region and suggests some possible approaches to follow. The data clearly show that we have come to the end of the era of uncontrolled health expenditures in which providers could make their decisions while ignoring the cost.