



**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

# **FACTORES CLAVES Y MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL SOBRE COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD**

**MSc. Julien Dupuy  
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN  
ÁREA DE ECONOMÍA DE LA SALUD  
2011**



# Introducción

En los últimos años, el tema de la cobertura universal está tomando cada vez más importancia a nivel internacional: países de Asia con fuerte crecimiento económico han desarrollado instrumentos de cobertura universal y países de América Latina, históricamente caracterizados por grandes inequidades, están incrementando las coberturas en las poblaciones desprotegidas (Mills, 2007). En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS instó a sus estados miembros planificar instrumentos de cobertura a vocación universal para garantizar el acceso a los servicios de salud y ofrecer protección contra los riesgos financieros (OMS, 2005).

Es en este contexto internacional que el Estado Plurinacional de Bolivia está planteando la creación del Sistema Único de Salud, que incluye la cobertura universal de salud gratuita en el punto de atención, en aplicación de la Constitución Política del Estado. El problema de acceso es particularmente importante en nuestro país, ya que el 77% de la población está, en diferentes grados, excluido del Sistema de Salud, principalmente por razones económicas (UDAPE, OPS, 2004).

La cobertura universal (CU) está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una situación en la cual todos los individuos, en el momento en el que lo necesitan, tienen acceso a servicios de salud integrales (es decir que incluyen promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación), adaptados y a un costo abordable, lo que supone un acceso equitativo y una protección contra el riesgo financiero (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>).

El problema central para alcanzar la cobertura universal en salud, y más aún en países de ingreso medio y bajo, es la implementación de un sistema de financiamiento que permita generar recursos suficientes para proveer prestaciones de salud de calidad para toda la población. Para tal efecto, la estrategia de financiamiento debe ser equitativa (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>), y “pro-pobres”.

El financiamiento del Sistema de Salud debe entonces originarse en contribuciones anticipadas y puestas en común, que poco a poco, deben reemplazar los pagos directos de los usuarios. Existen dos opciones posibles: un sistema de financiamiento de tipo Bismarck, mediante seguro(s) social(es) de salud obligatorio(s), o un sistema de tipo Beveridge basado en fondos públicos. Estas dos formas de organización pueden funcionar en paralelo: de hecho, un sistema mixto está preconizado cuando existen bases de financiamiento de la salud de ambos tipos (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>), como es el caso en Bolivia (cobertura del subsistema público y de Seguridad Social a corto plazo).

Para apoyar la decisión de las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes en los diferentes aspectos esenciales en el proceso de transición hacia la cobertura universal, se estudia en el presente documento factores-claves determinantes en el logro de la cobertura universal desde el punto de vista de la economía de la salud, a partir de un marco teórico conceptual desarrollado en estudios internacionales: en el primer capítulo, se presentan los paradigmas sucesivos de financiamiento de la atención en salud en los países en desarrollo, para permitir entender sus consecuencias sobre el acceso de la población hacia los servicios y sobre su estado de salud general. Finalmente, en el segundo capítulo, se analiza la base teórico-conceptual para la implementación de la cobertura universal, en base a una amplia revisión bibliográfica a nivel internacional.



# Índice de Contenido

<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>Capítulo I. Paradigmas en el financiamiento de la salud de los países en desarrollo</b> .	<b>7</b>
<b>I.1. Primer paradigma: gratuidad de atención en el sector público</b> .....	<b>7</b>
I.1.1. Programas verticales gratuitos y el enfoque de la atención primaria .....	7
I.1.2. Crisis económicas y la “gratuidad de penuria” .....	8
<b>I.2. Segundo paradigma: pagos directos de los usuarios</b> .....	<b>8</b>
I.2.1. La Iniciativa de Bamako (1987) .....	8
I.2.2. Justificación de la participación financiera directa de los usuarios .....	9
I.2.3. Resultados obtenidos con la participación financiera directa de los usuarios .....	10
<b>I.3. Nuevos paradigmas en el financiamiento de la salud</b> .....	<b>10</b>
I.3.1. Relaciones entre salud, desarrollo humano y lucha contra la pobreza .....	11
I.3.2. Tercer paradigma en el financiamiento de la salud: los pagos anticipados .....	11
<b>Capítulo II. Marco teórico - conceptual de la cobertura universal en salud</b> .....	<b>13</b>
<b>II.1. Definición de la cobertura universal en salud</b> .....	<b>13</b>
<b>II.2. El Financiamiento: función central de los sistemas de salud</b> .....	<b>13</b>
II.2.1. Función de recaudación de fondos .....	15
II.2.1.1. Los diferentes sistemas de recaudación de fondos .....	15
II.2.1.2. Las principales fuentes internas de financiamiento para la cobertura universal .....	15
II.2.1.3. Orientar la elección del sistema de recaudación de fondos .....	17
II.2.2. Función de puesta en común de los recursos (mancomunación) .....	19
II.2.2.1. la puesta en común de los recursos como función de seguro .....	19
II.2.2.2. la fragmentación del sistema de salud: un obstáculo a la puesta en común .....	19
II.2.3. Compra y provisión de Servicios .....	20
II.2.3.1. Mecanismos de pago a los proveedores de servicios .....	20
II.2.3.2. Eficiencia del gasto en salud .....	22
II.2.4. Objetivos del Sistema de Financiamiento .....	23
<b>II.3. La transición hacia la cobertura universal</b> .....	<b>24</b>
II.3.1. Incremento de los pagos anticipados y supresión de los pagos directos durante la etapa intermedia hacia la cobertura universal .....	25
II.3.1.1. Desarrollo del Sistema de recaudación fiscal .....	25
II.3.1.2. Evitar el riesgo de recaudaciones excesivas .....	26
II.3.1.3. Arbitrajes presupuestarios favorables al Sector Salud .....	27
II.3.1.4. Organización de la supresión de los pagos directos .....	27
II.3.1.5. ¿Supresión total de los pagos directos?: mecanismos de control de la demanda .....	28

II.3.2. Otras consideraciones importantes en la etapa intermedia .....	29
II.3.2.1. Enfrentar la fragmentación del sistema de salud .....	29
II.3.2.2. Barreras y extensión del acceso a los servicios de salud .....	29
II.3.2.3. Esquemas diferentes para las poblaciones pobres y excluidas .....	30
II.3.2.4. El desarrollo de los mecanismos de pago anticipado privados: ¿qué utilidad? .....	31
II.3.2.5. Elección de los servicios a financiar y eficiencia del gasto .....	31
II.3.3. Duración de la transición.....	32
II.3.4. Factores influyentes en la duración del periodo de transición.....	32
II.3.4.1. Ingreso disponible y crecimiento económico.....	33
II.3.4.2. Formalización de la economía nacional .....	33
II.3.4.3. Urbanización de la población .....	33
II.3.4.4. Capacidad administrativa.....	33
II.3.4.5. Solidaridad .....	33
II.3.4.6. Rol gubernamental.....	34
II.3.5. Mantenimiento de los logros alcanzados.....	34

## Conclusiones y recomendaciones..... 37

## Bibliografía..... 39

## Índice de Tablas y Cuadros

Cuadro 1 - Principios directores de la Iniciativa de Bamako (OMS, 1999).....	9
Cuadro 2 – Principales características de los diferentes sistemas de recaudación de fondos.....	16
Cuadro 3 – Principales características de los sistemas de tipo Beveridge y Bismarck.....	17

## Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 - Las tres funciones del financiamiento de la salud.....	14
Ilustración 2 – Financiar la salud a partir del incremento de la eficiencia del gasto .....	22
Ilustración 3 – Funciones y objetivos de un sistema de salud.....	23
Ilustración 4 – La transición hacia la cobertura universal .....	24
Ilustración 5 – Efectos macro-económicos de un cambio de la fiscalidad sobre el trabajo.....	26
Ilustración 6 – Las 7 problemáticas claves de las funciones del financiamiento de la salud .....	38

# Capítulo I. Tres paradigmas en el financiamiento de la salud de los países en desarrollo

Históricamente, la reflexión y las teorías sobre el financiamiento de la salud en los países en desarrollo han evolucionado notablemente durante los cincuenta últimos años, siguiendo tres grandes paradigmas sucesivamente dominantes, que fueron promocionados internacionalmente (OMS, Banco Mundial y otros) y aplicados en los países de ingreso bajo y medio (Audibert et al., 2004):

1. Gratuidad de la atención en las estructuras públicas.
2. Pagos directos por parte de los usuarios (como contribución adicional).
3. Desarrollo de los seguros de salud (privados o públicos) y del financiamiento comunitario.

El análisis rápido de estos tres paradigmas permite entender la evolución de la cual resulta la dinámica actual y comprender las consecuencias del sistema de financiamiento sobre el estado de salud y el acceso de la población hacia los servicios; también permite identificar errores a evitar en la organización de un sistema de financiamiento de la salud, como por ejemplo la privatización impuesta por grandes lobbies que imposibilita el acceso de las poblaciones pobres, la no priorización de la equidad para solamente considerar la eficacia financiera del sistema o el hecho de prometer la gratuidad total en el acceso sin tener la capacidad de garantizar los recursos.

Además, desde los años 90, la reflexión sobre el financiamiento de la salud ha sido enriquecida por los grandes avances teóricos e ideológicos en economía del desarrollo: las primeras críticas sobre las políticas neoliberales de ajuste estructural mostraron las graves consecuencias de la disminución del gasto social y de la privatización descontrolada (en general y en el sector salud particularmente), y por otra parte, el desarrollo del análisis de las relaciones entre salud y desarrollo, haciendo del financiamiento de la salud un instrumento de lucha contra la pobreza.

## I.1. Primer paradigma: gratuidad de atención en el sector público

### I.1.1. Programas verticales gratuitos y el enfoque de la atención primaria

Hasta el fin de los años setenta, muchos países en desarrollo nuevamente independientes, particularmente en África y Asia, implementaron la gratuidad de prestaciones específicas en salud en el sector público, privilegiando los programas verticales para luchar contra enfermedades transmisibles, financiados por recursos nacionales y externos. Este acercamiento era lógico, ya que la salud era entonces concebida como la ausencia de enfermedad y que el perfil epidemiológico de los países en desarrollo era dominado por patologías transmisibles (Audibert et al., 2004).

Este esquema era parcialmente vigente en el caso de Bolivia, dónde la mayor parte de la población, que no era integrada en la Seguridad Social se beneficiaba gratuitamente de programas verticales específicos para el control y erradicación de enfermedades transmisibles; por ejemplo, en 1964, el Ministerio de Salud Pública incluía los programas verticales de viruela, malaria, tuberculosis, chagas, venéreas, lepra, zoonosis, peste y fiebre amarilla (Mendizábal Lozano, 2002).

De manera general, la gratuidad de la atención en salud tenía una ventaja teórica evidente sobre el acceso a los servicios, en particular por parte de las poblaciones más pobres. Sin embargo, el asistencialismo y la gratuidad contribuyeron a la irracionalidad del uso de los servicios de salud y los programas verticales provocaron problemas de equidad, de calidad y de ineficiencia del gasto.

Estas preocupaciones fueron llevadas a la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978, en la cual se responsabilizó los Estados en la organización de sistemas de salud basados en la atención primaria para alcanzar la “salud para todos en el año 2000” (OMS, 1978).

Esta estrategia era, por lo menos en teoría, más equitativa y menos específica que los programas verticales. Sin embargo, aunque se descartó los pagos directos para la atención y así reafirmó la gratuidad en el punto de atención, no se obtuvo consenso sobre el sistema de financiamiento a adoptar, argumentando que cada país debía adecuarlo a su realidad (OMS, 1978).

### I.1.2. Crisis económicas y la “gratuidad de penuria”

Este primer paradigma en el financiamiento de la salud y los principios de Alma-Ata, a pesar de ser internacionalmente consensuados, fueron rápidamente destrozados por las crisis económicas mundiales de los años 70, la caída de los precios a la exportación asociada y la crisis del endeudamiento de los años 80. Estas provocaron grandes restricciones, una menor atención y priorización en la salud por parte de los Gobiernos, y los problemas existentes se multiplicaron, imposibilitando un acceso a servicios de salud que sea a la vez gratuito y de calidad.

Se observó una disminución radical de la calidad de atención y de la disponibilidad de medicamentos, además de una generalización de los pagos directos informales, imposibilitando el acceso a servicios de salud por parte de las poblaciones más pobres (Creese, 1997).

Este fenómeno fue llamado “gratuidad de penuria”, por manifestarse esencialmente en ausencia de recursos, de personal y de medicamentos en las zonas rurales en las cuales la población no tenía la capacidad de pagar los cobros informales o servicios privados (Audibert *et al.*, 2004).

## I.2. Segundo paradigma: pagos directos de los usuarios

### I.2.1. La Iniciativa de Bamako (1987)

El cambio de paradigma, impedido por la situación de penuria en el Sector Salud, fue dado por la Iniciativa de Bamako en 1987, lanzada durante la 37ª Conferencia Regional de la OMS en África.

La necesidad de implementar un acceso amplio a Servicios de Salud Primarios y así alcanzar la “Salud para Todos” en el año 2000, fue reafirmada como objetivo principal de la Iniciativa de Bamako. Sin embargo, frente a las grandes dificultades en su implementación, la OMS adoptó una propuesta de UNICEF para implementar una participación financiera de los usuarios que sea equitativa y razonable, que constituyó la estrategia principal de la Iniciativa de Bamako para extender el acceso a servicios de salud de manera sostenible (OMS, 1988; Kanji, 1989). Esta propuesta era principalmente fundada en la experiencia exitosa implementada en Benín y Guinea (Lancet, 1988).

Los objetivos específicos de la Iniciativa de Bamako eran: (OMS, 1999)

- Reforzar los mecanismos de gestión y de financiamiento a nivel local;
- Promover la participación social comunitaria y mejorar la capacidad de gestión a nivel local



- Mejorar los mecanismos de abastecimiento, gestión y utilización de medicamentos esenciales
- Asegurar fuentes de financiamiento permanentes para el funcionamiento de establecimientos

Para alcanzar estos objetivos específicos, se estableció ocho principios directores (cuadro 1).

**Cuadro 1 - Principios directores de la Iniciativa de Bamako (OMS, 1999)**

- Los gobiernos deben asegurar que todas las comunidades tengan acceso a servicios de salud primarios;
- Se debe descentralizar la toma de decisión de las redes de salud, en particular la gestión de servicios de salud primaria;
- Se debe descentralizar la gestión financiera para que los recursos producidos sean gestionados por las comunidades concernidas;
- Los principios de financiamiento comunitario deben aplicarse en todos los niveles del sistema de salud;
- Los gobiernos deben aportar una contribución importante a los cuidados de salud primarios et prever suficiente fondos para los servicios de salud locales;
- Se debe integrar el concepto de medicamentos esenciales en las políticas nacionales de salud (lista de medicamentos esenciales);
- Se debe tomar medidas de exoneraciones y subvenciones para garantizar a las poblaciones más pobres el acceso a servicios de salud;
- Se debe establecer objetivos intermedios claros e indicadores para medir los avances.

En la iniciativa de Bamako se expresa entonces claramente que la participación financiera de los usuarios mediante pagos directos no debe ser un “recobro de los costos”, sino más bien una “repartición de los costos” de la atención en salud (*Audibert et al., 2004*), como una alternativa factible para mejorar la eficiencia y el abastecimiento en medicamentos esenciales, sin que esta reemplaza el financiamiento por parte del Estado, ni hacerlo disminuir.

### **I.2.2. Justificación de la participación financiera directa de los usuarios**

El principal argumento general avanzado en favor de la implementación de la participación financiera de los usuarios fue que la mayor parte de la población tiene una importante voluntad a pagar (VAP) para servicios de salud, pero a condición que se mejore la calidad, y en particular el acceso a los medicamentos esenciales a un precio abordable (*Kanji, 1989*).

En el marco de la Iniciativa de Bamako, la participación de los usuarios fue justificada por las diferentes posibilidades de uso del financiamiento adicional disponible y sus importantes beneficios asociados, para el buen funcionamiento de la atención primaria: (*Audibert, Mathonnat, 2000*)

- Asegurar el abastecimiento continuo de medicamentos esenciales (principal beneficio previsto);
- Contratar personal adicional y acordarlos incentivos financieros para mejorar su eficiencia y la calidad de su atención;
- Favorecer la equidad y la accesibilidad financiera mediante la creación de fondos de solidaridad para los más pobres;
- Invertir en infraestructura y equipamiento;
- Permitir al Estado una mejor asignación en salud de sus recursos hacia actividades con mayor beneficio social, como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Generar un mayor control por parte de la población (una persona que paga es más exigente).

### I.2.3. Resultados obtenidos con la participación financiera directa de los usuarios

La formalización de los pagos directos muestran resultados muy contrastados, dependiendo de las condiciones de implementación: por una parte, varios países que implementaron la participación financiera de los usuarios mostraron una mejor eficacia del sistema de salud (Benín, Guinea, etc.), con un incremento de la utilización de los servicios y de la disponibilidad de medicamentos (Ridde, 2004). Sin embargo, inclusive en estos países, no se observó mejoras respecto a equidad, tanto a nivel individual (acceso de los indigentes), como a nivel colectivo (UNICEF, 1997).

Así, en muchos países, las condiciones de la Iniciativa de Bamako no fueron respetadas y no se pudo entrar en el círculo virtuoso teórico esperado: la participación comunitaria ha sido limitada a una participación solamente financiera para recobrar costos y no política para controlar y mejorar el funcionamiento general de los servicios (Ridde, 2004). Se observó que, a pesar de disponer de recursos suficientes, el abastecimiento en material y medicamentos era perturbado a nivel central por mala gestión, que los Estados disminuyeron su financiamiento pretextando los pagos directos, que los salarios e incentivos para el personal de salud eran demasiado bajos, que los nuevos recursos humanos eran solamente bajo contrato (no a largo plazo), que la participación social no se desarrolló y que la búsqueda de la equidad con precios diferenciados según la capacidad a pagar (CAP) no fue atendida para priorizar solamente la eficacia y la viabilidad financiera (Leighton, 1996). Los pagos informales no desaparecieron, desarrollándose el fenómeno de “*fee for service*”, en el cual los usuarios tienen que pagar por cualquier cosa, como forma de comercio rentable dentro del sector público o simplemente para paliar los bajos sueldos gubernamentales (Turshen, 1999).

Una extensa literatura muestra que la introducción de los pagos directos resultaron en una falta de acceso por parte de las poblaciones pobres, una mayor ocurrencia de gastos catastróficos en salud, y un empeoramiento de los indicadores de salud: un revisión bibliográfica de 27 estudios en África muestra que en solamente 9 casos (33%), los resultados fueron positivos (James *et al.*, 2006).

Así, los ejemplos del impacto desastroso de los pagos directos en la población no faltan: en Zimbabue, el UNICEF reportó que entre 1990 y 1993, la calidad de los servicios de salud había bajado en 30%, la mortalidad materna había sido multiplicada por dos, y que mucho menos gente acudía a los servicios de salud tras la implementación de los pagos directos en 1991 (Bremner, Shelton, 2001). En un distrito de Nigeria en el cual se implementó pagos directos para maternidad, la razón de mortalidad materna se multiplicó por dos mientras que la tasa de partos atendidos en establecimientos de salud fue dividida por dos (Nanda, 2002). Estas experiencias muestran también que los pagos directos no tienen que ser muy altos para provocar caída en la demanda de servicios: en Kenia, la introducción de una pequeña participación en un medicamento antiparasitario de alto costo-eficiencia provocó una disminución de su utilización de 80% (Yates, 2009).

La Iniciativa de Bamako fue entonces una política igualitaria y equitativa en su elaboración, pero en los hechos, fue reinterpretada y aplicada bajo un ángulo profundamente neoliberal, considerando la salud como cualquier producto que obedece a la ley de oferta y demanda (Hours, 1992), en el marco de las políticas de privatización de la salud impuestas principalmente por el Banco Mundial: el resultado fue desastroso por las grandes mayorías poblacionales de los países en desarrollo.

## I.3. Nuevos paradigmas en el financiamiento de la salud

Frente a esta imposibilidad de juntar equidad y pagos directos, existe un consenso a nivel internacional de que la estrategia de la atención primaria en salud sigue siendo la más pertinente, pero que se necesita un profundo cambio de paradigma, en el cual la equidad debe llegar a ser un componente explícito y prioritario en la estrategia (Braveman, Tarimo 2002). En este sentido, la utilidad de una contribución financiera de la población en salud es generalmente aceptada, pero este no debe ser bajo la forma de pagos directos sino con mecanismos de “pre-pago” (Audibert *et al.*, 2004).

Es así que a partir de los años 90, la reflexión sobre el financiamiento de la salud se orienta hacia dos direcciones principales: por una parte el análisis de las relaciones múltiples entre salud y desarrollo humano; y por otra parte el desarrollo de los mecanismos de aseguramiento en salud.

### **I.3.1. Relaciones entre salud, desarrollo humano y lucha contra la pobreza**

A partir de los años 90, con la influencia de los trabajos de Armatya Sen notadamente, se profundiza por una parte el análisis de los determinantes de la salud y las relaciones polimórficas entre salud y desarrollo, y por otra parte el rol de la salud dentro de la lucha contra la pobreza (Audibert *et al.*, 2004).

El aporte más grande de Sen a las teorías del desarrollo es el concepto de capacidad. Este acercamiento explora un amplio rango de medios y de fines y borra las diferencias entre esos: salud y educación, por ejemplo, son lo que desean los individuos (“logros funcionales”), pero también son capacidades que le permitirán llegar a otros logros valiosos, como la reducción de la pobreza.

A partir de estas teorías del desarrollo, la problemática del financiamiento de la salud en países en desarrollo ha sido sacada de su lógica sectorial para pasar a ser parte integrante de la lucha contra la pobreza (De Roodenbeke, 2003). Es así que estas reflexiones fueron integradas en políticas operativas intersectoriales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las iniciativas de perdón de deuda para los Países en Desarrollo altamente endeudados (en inglés Heavily Indebted Poor Countries HIPC) en cambio de inversiones orientadas hacia el desarrollo humano.

### **I.3.2. Tercer paradigma en el financiamiento de la salud: los pagos anticipados**

Frente al fracaso de la implementación de los pagos directos y en particular a los efectos terribles que tuvieron sobre la equidad, nació el tercer paradigma para el financiamiento de la salud en los países en desarrollo, que consistió en la expansión de los instrumentos de “pre-pago” con el fin de reducir los riesgos financieros y mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Es así que a partir de los años 90 nació una amplia reflexión teórica y operacional sobre el financiamiento mediante seguros de salud. En esta época, el sector formal de los países en desarrollo se beneficiaba generalmente de tales mecanismos y se buscaba entonces ampliarlos. Por otra parte, existen mayores dificultades y debates para el sector informal, que representa la mayor parte de la población en los países en desarrollo (Audibert *et al.*, 2004).

En países de África, un mecanismo ampliamente desarrollado fue los micro-seguros comunitarios, con base generalmente local y voluntaria. Otros tipos de pagos anticipados posibles son los seguros sociales (Seguridad Social), la cobertura pública financiada mediante impuestos y los seguros privados con fines de lucro. En Bolivia, la estrategia elegida fue la Seguridad Social, resultando en grandes inequidades, ya que el código de 1956 excluye a artesanos, trabajadores independientes, campesinos y desocupados. A la fecha, los “seguros públicos” no permitieron revertir estas brechas y las personas que no tienen la posibilidad de acceder a la salud no benefician de ningún mecanismo de protección, imposibilitando acercarse en una cobertura universal en salud.

Los mecanismos de pago anticipado son la única forma de alcanzar la cobertura universal, ya que estos permiten bajo ciertas condiciones garantizar un acceso equitativo y una protección contra el riesgo financiero (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>). En el capítulo segundo, se presentan las diferentes formas de financiamiento equitativo y de aseguramiento en salud, analizando en qué forma y bajo qué modalidades estos pueden permitir alcanzar la cobertura universal en salud.



# Capítulo II. Marco teórico - conceptual de la cobertura universal en salud

Los paradigmas en el financiamiento de la salud en países en desarrollo presentados en el primer capítulo demuestran plenamente las grandes dificultades inherentes a la conciliación de la sostenibilidad financiera y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

En este sentido, la problemática central inherente a la implementación de la cobertura universal en salud es la elección de un sistema de financiamiento, y en particular de una estrategia de recaudación de fondos que sea a la vez equitativa y que permita asegurar un presupuesto sustancial y sostenible en el tiempo para cubrir a toda la población.

A continuación se presentan los aspectos teóricos y conceptuales esenciales para entender cómo se puede alcanzar la cobertura universal a partir del desarrollo eficiente y equitativo del sistema de financiamiento de la salud en el contexto de los países en desarrollo.

## II.1. Definición de la cobertura universal en salud

La cobertura universal está definida como una situación en la cual todos los individuos tienen acceso a servicios de salud integrales (promoción, prevención, curación y rehabilitación), adaptados y a un costo abordable cuando lo necesitan, lo que supone un acceso equitativo y una protección contra el riesgo financiero (“protección financiera universal”). La cobertura universal en salud se sustenta en la noción de financiamiento equitativo, para el cual las contribuciones deben ser relacionadas a la capacidad a pagar, independientemente del hecho de ser enfermo o no. Resulta que una parte importante del financiamiento debe provenir de contribuciones anticipadas y puestas en común, y no de pagos de bolsillos directamente pagados por los pacientes. (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>).

Para alcanzar la cobertura universal, se debe elegir un sistema de financiamiento adecuado y tomar decisiones respecto a las tres funciones que incluye (recaudación de fondos, puesta en común y compra de servicios). Existen varias opciones posibles que se presentan a continuación, iniciando por el análisis de las diferentes funciones de un sistema de financiamiento de la salud hasta la descripción del proceso de transición hasta lograr una cobertura universal efectiva.

## II.2. El Financiamiento: función central de los sistemas de salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud tienen cuatro grandes funciones, que son estrechamente inter-relacionadas (Murray, Frenk, 2000):

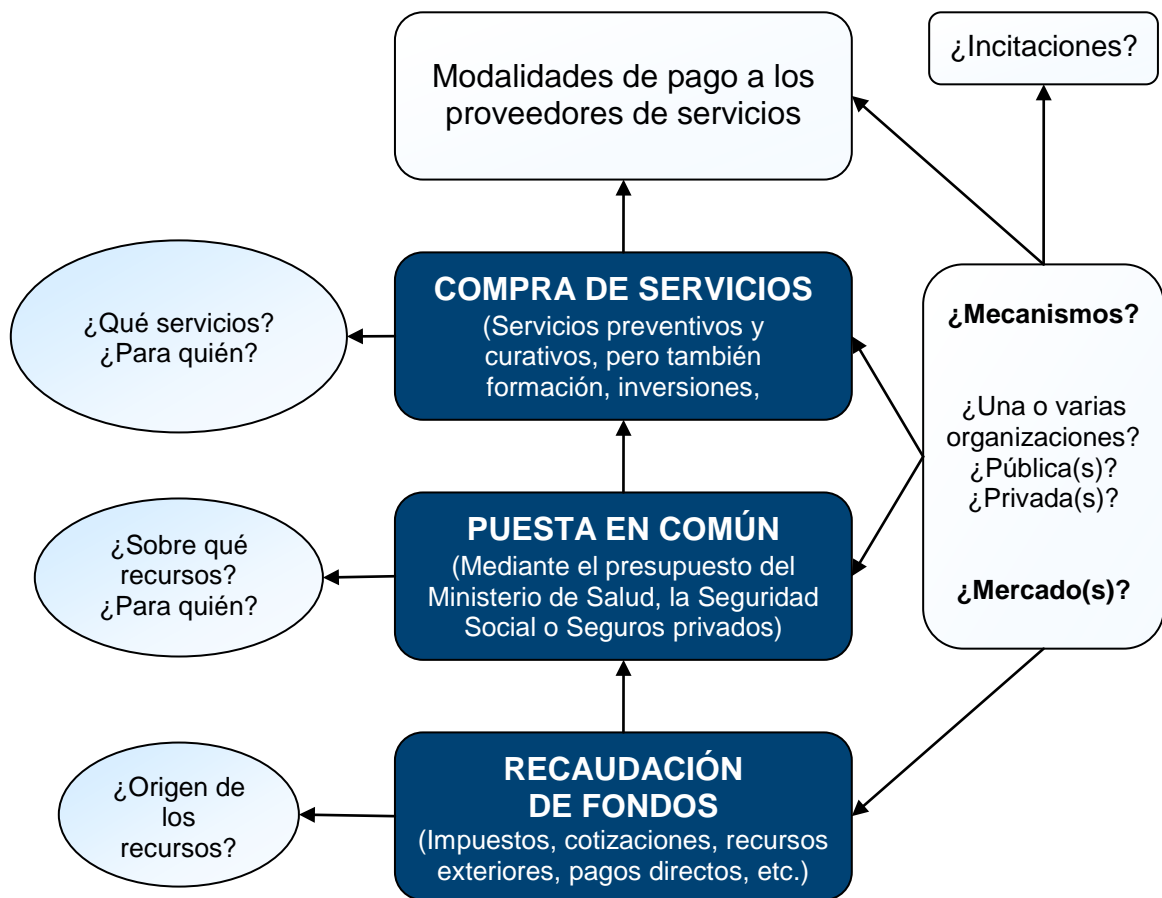
- Proveer servicios de salud
- Generar recursos materiales y humanos para proveer estos servicios
- Administrar y supervisar el sistema de salud (rectoría del sistema)
- Financiamiento (o financiación)

La función de financiamiento es central, ya que la provisión de servicios, la generación de recursos materiales y humanos y la administración / supervisión no se desarrollarán adecuadamente sin un financiamiento adecuado.

La función de financiamiento de la salud tiene a su vez tres sub-funciones (ilustración 1):

1. **la recaudación de fondos:** es el proceso de recolección de las contribuciones financieras de los hogares, empresas, Gobiernos central y descentralizados, y otras organizaciones. En lo ideal, esta recolección debe realizarse de manera equitativa y racional.
2. **la puesta en común (o mancomunación):** es la agrupación de las contribuciones para que los gastos de salud sean repartidos entre todos los beneficiarios (contribuyentes o no); así, la población ya no soporta el riesgo financiero individualmente como es el caso con los pagos directos. Por esta razón, este elemento del sistema de financiamiento también está llamado puesta en común de los riesgos.
3. **la compra (o provisión) de los servicios de salud:** es la utilización de fondos colectados y puestos en común para comprar o proveer directamente prestaciones de salud adaptadas; la compra puede ser pasiva (dentro de un presupuesto o por el pago de facturas cuando llegan) o estratégica (implica una búsqueda continua de los mejores servicios de salud).

**Ilustración 1 - Las tres funciones del financiamiento de la salud**



Fuente: traducido de Audibert y Mathonnat (2006)

Para alcanzar la cobertura universal, las autoridades gubernamentales y de salud deben tomar decisiones políticas eficaces sobre estas tres funciones, con el fin de implementar un sistema de financiamiento de la salud eficaz y equitativo. En efecto, el Estado juega un rol esencial, sobre todo considerando que puede controlar las tres funciones del financiamiento.

## II.2.1. Función de recaudación de fondos

### II.2.1.1. Los diferentes sistemas de recaudación de fondos

En relación a la función de recaudación de fondos, los países que han alcanzado la cobertura universal en salud han principalmente implementado sistemas de “pre-pago” basados en un régimen de seguro social obligatorio (sistema de tipo Bismarck), en la fiscalidad (solidario tipo Beveridge) o en un conjunto equilibrado de ambos instrumentos (sistema mixto).

El aseguramiento de tipo bismarckiano se caracteriza por recaudar fondos mediante el pago de cotizaciones sociales, constituyendo así un fondo de reserva que sirve para cubrir, en caso de necesidad, los gastos en salud de los asegurados. En la cobertura universal con este modelo, el aseguramiento es obligatorio porque la población suele tener un horizonte de corto plazo y es muy factible que por voluntad propia no destinen los recursos necesarios: la obligatoriedad garantiza las contribuciones y al mismo tiempo, permite desarrollar una visión de largo plazo (González, 2001).

Este tipo de aseguramiento no es universal por naturaleza ya que normalmente, solo cubre a las personas que contribuyen y eventualmente, a sus familias. La experiencia latinoamericana muestra que estos sistemas son excluyentes por limitarse a los trabajadores y empleados formales, creando así grandes inequidades dentro de la población (Mills, 1983). Sin embargo, se puede universalizar si se abre la atención a las personas que no contribuyen mediante subvenciones cruzadas.

Gracias al modelo de tipo Beveridge, se supera el simple aseguramiento individual hacia la solidaridad, ya que las contribuciones no favorecen solamente al conjunto de las personas que aportan, sino también a quienes no lo hacen (Van Parijs, 1994). En este sistema basado en la fiscalidad general, los impuestos son la principal fuente de financiamiento, que el Estado (niveles centrales y descentralizados) utiliza para asegurar a la población y proveer o comprar servicios de salud. Este sistema tiene la gran ventaja de poder cubrir potencialmente a toda la población, sin restricción de ingreso o de estado de salud, ya que no hay relación entre aportes (impuestos) y beneficios.

La elección entre ambos sistemas no es necesariamente restrictiva, ya que los países que han alcanzado la cobertura universal en salud tienen generalmente un sistema de financiamiento mixto, en el cual una parte de la población está cubierta por un seguro social obligatorio (trabajadores formales y sus familias), mientras que la otra parte está cubierta por un seguro de tipo Beveridge.

Existen otros sistemas de recaudación de fondos para salud (pagos directos, aseguramiento voluntario privado o comunitario, financiamiento externo) que generalmente no permiten alcanzar por sí mismos la cobertura universal, razón por la cual no se analizan en el presente documento. Sin embargo, existen acercamientos interesantes en Kenia y Ghana, que buscan la cobertura universal a partir de las estructuras existentes de micro-seguros comunitarios (Audibert et al., 2004). Además, estos sistemas de recaudación pueden complementar la recaudación de fondos mediante fiscalidad general y cotizaciones, en particular en el periodo de transición hacia la universalidad (ver II.3.1).

### II.2.1.2. Las principales fuentes internas de financiamiento para la cobertura universal

Cada sistema de recaudación de fondos está caracterizado por sus fuentes de financiamiento: el sistema bismarckiano está asentado en las cotizaciones sociales y el sistema beveridgiano en la fiscalidad general; pero también existe una fuente mixta como estrategia alternativa a la fiscalidad general y a las cotizaciones sociales, los *payroll-tax*.

- **Fiscalidad general (impuestos no dedicados):** son los impuestos que son recaudados por el Estado y/o las instituciones locales, que transitan por el presupuesto general de la Nación y que permiten financiar una parte de los gastos de salud. Estas recaudaciones no son dedicadas, es decir que no son específicas para el sector salud por naturaleza o por destino.



La base impositiva es generalmente más amplia que para las cotizaciones sociales, ya que gran parte de la población paga impuestos, que sean directos o indirectos, y sobre diferentes tipos de ingresos: salarios, producción, rentas financieras, beneficios, etc. (Savedoff, 2004). En este sentido, los impuestos recaudados deberían generar idealmente recursos estables y suficientes para el sistema de salud. Sin embargo, existen grandes limitantes en los países en desarrollo, principalmente la insuficiencia e inestabilidad de las recaudaciones fiscales y los arbitrajes presupuestarios en desfavor del sector salud, con prioridades planteadas para otros sectores, como las fuerzas armadas o el sector industrial, entre otros.

- **Cotizaciones de Seguridad Social:** es una fuente de financiamiento de la salud muy común en los países industrializados, pero en los países en desarrollo, cubren generalmente solo una parte de la población, como es el caso en Bolivia. El pago de cotizaciones sociales proviene de los trabajadores formales y de sus empleadores, y es generalmente basado en los salarios. La base de recolección es entonces estrecha en los países en desarrollo, dónde el sector informal es más importante que los trabajadores formales (Savedoff, 2004).
- **Impuestos sobre salarios destinados al financiamiento de la salud:** en la literatura, son generalmente conocidos por su terminología inglesa “payroll tax” y son una mezcla entre la fiscalidad general y las cotizaciones sociales, siendo pagados por los trabajadores y/o los empleadores. Se distinguen de la recaudación de fondos mediante la fiscalidad general porque los montos recolectados son destinados solamente al financiamiento de la salud. Pero también se distinguen de las cotizaciones sociales porque al contrario de estas, no se inscriben en una lógica de seguro: no confieren ningún derecho o ventaja particular a los que contribuyen y no limitan los derechos de los demás (Audibert y Mathonnat, 2006).
- **Impuestos específicos sobre productos dañosos destinados a salud:** estos impuestos dedicados afectan productos que tienen alto costo social y con fuertes externalidades negativas, como el tabaco y el alcohol. La justificación de este tipo de impuestos nace en la evidencia de que la demanda de estos productos es bastante elástica al precio (la demanda disminuye cuando el precio aumenta), en particular para poblaciones jóvenes y pobres, lo que se debe relacionar con el hecho que en la mayoría de los países, el consumo de tabaco y alcohol es generalmente más importante en las poblaciones pobres, limitando así los gastos esenciales en alimentación, vivienda, educación, salud, etc. (OMS, 2004): en Vietnam un estudio muestra que en un año, los fumadores gastaron 3,6 veces más para tabaco que para educación y 2 veces más que para salud (Efroymsen, Hammond, 2004). La principal problemática con este tipo de recaudación es generalmente encontrar una tasa de imposición óptima, suficiente alta para que disminuya significativamente el consumo de estos productos, pero suficientemente razonable para no estimular importaciones de contrabando.

A continuación, se resumen las principales características de los diferentes sistemas de recaudación de fondos y de sus fuentes de financiamiento respectivas (cuadro 2).

**Cuadro 2 – Principales características de los diferentes sistemas de recaudación de fondos**

Características del Sistema	Sistema de recaudación de fondos para salud						
	Fiscalidad general	Cotización social	Payroll -tax	Impuesto dedicado	Seguro privado	Seguro comunitario	Pagos directos
<b>Acceso a los servicios condicionado por el pago</b>	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
<b>Recurso afectado directamente a la salud</b>	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Vínculo entre el pago y el riesgo de enfermarse</b>	No	No	No	No	Sí	No	Sí

Fuente: elaboración propia en base a Audibert y Mathonnat, 2006.



### II.2.1.3. Orientar la elección del sistema de recaudación de fondos

A partir de la experiencia internacional, no se puede afirmar que un sistema de recolección de fondos en particular es mejor que los demás en todas circunstancias, tanto del punto de vista de la sostenibilidad financiera como de la equidad, ni que muestra mejores resultados sanitarios.

Sin embargo, existen estudios que identifican factores claves para identificar el método de recaudación de fondos ideal en un contexto nacional específico.

Asimismo, la economista de la salud Ann Mills identificó las principales ventajas y desventajas de los sistemas de financiamiento basados en la fiscalidad general y en la Seguridad social (cuadro 3).

**Cuadro 3 – Principales características de los sistemas de tipo Beveridge y Bismarck**

Aspecto del Sistema a considerar	Fiscalidad general	Seguro social
<b>Fuente de recaudación</b>	Reúne las recaudaciones de todos los que caen dentro de la red impositiva, tanto para impuestos directos como indirectos	Solamente empleadores y empleados del Sector formal
<b>Equidad del financiamiento</b>	Generalmente progresivo	Menos progresivo ya que la progresividad incita a reportar menos salarios y remuneraciones
<b>Cobertura poblacional</b>	Teóricamente sin límites	Número absoluto de beneficiarios y crecimiento normalmente atado al tamaño y naturaleza del sector formal
<b>Cobertura de los grupos más difíciles de alcanzar</b>	En principio sin barreras	Necesita mecanismos adicionales, generalmente subvenciones de la fiscalidad general para desprotegidos
<b>Acceso a servicios y cuidados de salud</b>	No necesita vínculo entre pago y beneficios (accesos a servicios)	El pago y los beneficios están estrechamente vinculados
<b>Necesidades administrativas</b>	No necesita un sistema específico de beneficiarios, lo que implica menos costos de administración	Necesita un sistema específico de recolección de cotizaciones y de identificación de los beneficiarios
<b>Aspectos políticos</b>	El presupuesto para salud depende de las decisiones políticas de priorización	El financiamiento está asegurado para el Sector Salud
<b>Implicaciones económicas</b>	Depende de la estructura fiscal, no necesita ser vinculado al desempleo	Incrementa el costo del trabajo

Fuente: traducido de Mills (2007).

En otro estudio, Carrin y James identifican cinco aspectos-claves que permiten orientar la elección entre sistemas bismarckiano y beveridgiano, como la organización administrativa, la estabilidad del financiamiento, la búsqueda de la equidad o la situación macroeconómica (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>):

- **Eficacia administrativa y transparencia:** el financiamiento fiscal permite generalmente una mayor eficacia en la apropiación de las recetas, porque los fondos pasan directamente del organismo recolector (Ministerio de Economía y otros) al Ministerio de Salud (o organismo encargado de la gestión de la cobertura). En cambio, el seguro obligatorio aparece como un sistema más transparente, porque las cotizaciones son pagadas directamente y el paquete de prestaciones está bien definido. Sin embargo, en los países como Bolivia donde el sector informal es muy importante, es difícil cuantificar los ingresos de los informales y entonces retener impuestos o cotizaciones. Como no se puede influir rápidamente en la formalización de la sociedad, es necesario utilizar mecanismos de financiamiento que colecten las contribuciones de manera eficaz y equitativa.

En este marco, la corrupción puede constituir un obstáculo a la buena recaudación de fondos para salud tanto en un sistema de tipo Beveridge como Bismarck: la experiencia de Colombia

muestra que la corrupción permitía a grupos de población no contribuir a los seguros sociales obligatorios o sub-declarar sus ingresos (Mills, 2007). La corrupción también se manifiesta mediante pagos informales de los pacientes, comisiones ilegales a los gobiernos para la atribución de contratos en el sector salud y constituyen un obstáculo al incremento de los gastos en salud ya que afectan a la eficiencia de los sistemas de salud (Audibert *et al.*, 2003).

- **Situación macroeconómica del país:** un sistema basado en la fiscalidad es más indicado cuando la economía es fuerte y con crecimiento importante, porque en esta situación, se puede contar con finanzas públicas durables. En cambio, en situaciones prolongadas de restricciones presupuestarias, un sistema de seguro de salud obligatorio permite la contribución de otros actores que el Estado y asegura que los recursos estén afectados al sector salud. Sin embargo, este sistema puede crear efectos negativos en el empleo si las cotizaciones dependen demasiado de los salarios, y acompañarse de problemas de gestión para los trabajadores independientes o informales (afiliación y pago de cotizaciones).
- **Estabilidad del financiamiento:** desde este punto de vista, ningún sistema muestra ventaja sobre el otro, pero ambos presentan problemas diferentes en la óptica de asegurar la sostenibilidad de los ingresos: en el caso Beveridgeano, es que haya un número suficiente de fuentes de imposición y que una proporción significativa de los ingresos sea asignada a salud: esta última condición no es siempre asegurada, ya que los Gobiernos no siempre asignan suficiente recursos al sector salud en lugar de priorizarlo, prefiriendo arbitrajes presupuestarios favorables a otros sectores de menor importancia social y humana (Audibert, Mathonnat, 2006); En el caso de la seguridad social obligatoria, es que las fuentes de financiamiento no procedan exclusivamente de los salarios (por ejemplo, añadiendo subvenciones estatales) para no dañar el mercado del trabajo, lo que reduciría las fuentes de ingreso (Carrin, James, 2004<sup>b</sup>).
- **Equidad:** en esta óptica también, los dos sistemas son de potencialidad equivalente; no hay uno que sea por naturaleza mejor para recolectar las contribuciones con equidad y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud. Así, es importante notar que en el sistema Beveridgeano, solidaridad no significa necesariamente equidad (González, 2001) y en este sentido, D.R. Gwatkin muestra que la gratuidad en los servicios de salud públicos no constituye el acercamiento más eficiente para cubrir las necesidades de los grupos pobres y excluidos, ya que existe grandes riesgos que los ricos se aprovechen más de tal sistema (Gwatkin 2004). En ambos sistemas de recaudación de fondos, la equidad depende principalmente del carácter más o menos progresivo según ingreso del sistema de imposición o del sistema de cotización del seguro obligatorio; si las cotizaciones o impuestos son los mismos para todo el mundo, se dice que el sistema es regresivo. En todos los casos, ambos sistemas son mucho más progresivos que sistemas con financiamiento privado predominante (Xu *et al.*, 2003), pero observa que los países más progresivos en cuanto a fiscalidad, como por ejemplo Estados Unidos, Países Bajos, Suiza y Alemania, prefieren los seguros sociales y privados para financiar su gasto de la salud. La explicación avanzada por R.G. Evans es que existe un equilibrio político implícito, ya que el poder político puede apoyar el financiamiento mediante impuestos, pero siempre y cuando la redistribución no es demasiado extrema (Evans, 2002). La equidad no debe solamente ocurrir en la participación financiera, sino también en el acceso a los servicios. En este aspecto, es importante controlar si todos los beneficiarios o asegurados reciben efectivamente el mismo tipo de prestaciones: así, un problema muy corriente en países en desarrollo es la falta de infraestructuras de salud en las zonas más deprimidas, en las cuales viven las poblaciones pobres (Palmer, 2007), resultando de hecho en inequidades y exclusión, aún si los pobres benefician de un financiamiento equitativo, hasta gratuito.
- **Contexto estructural:** según Carrin y James (2004<sup>b</sup>), es el factor más importante en la elección del sistema de recaudación de fondos. Se entiende como la historia misma del financiamiento y de la recolección de fondos para salud del país considerado, además de sus debilidades / fortalezas sociales, económicas y políticas específicas. Por ejemplo, cuando un país ya tiene un sistema de financiamiento de la salud basado en el impuesto que funciona bien, sería mejor seguir con esta base para la cobertura universal. Pero en todos los casos, una fuerte voluntad política y una buena gestión pública son elementos esenciales.

## II.2.2. Función de puesta en común de los recursos (mancomunación)

### II.2.2.1. la puesta en común de los recursos como función de seguro

La función de puesta en común (o mancomunación de recursos) consiste en la agrupación de los fondos recaudados (ver II.1.1) para que los gastos de salud sean repartidos entre todos los beneficiarios que lo necesitan, es decir entre toda la población en el caso de un sistema con cobertura universal: la población ya no soporta el riesgo financiero de enfermedad de manera individual, como es el caso con los pagos directos, ya que se mancomunan los riesgos.

La puesta en común de los recursos cumple entonces una función de seguro. En el caso de un seguro social, privado, o comunitario, la función de seguro es explícita ya que los adherentes y beneficiarios saben cuánto pagan para salud. En cambio, en el caso de una cobertura de tipo Beveridgiano, la función de seguro es implícita, ya que los contribuyentes generalmente desconocen qué proporción de sus impuestos sirve al financiamiento del sistema de salud (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>).

Esta función del sistema de financiamiento también tiene una importancia clave, pues más el grado de puesta en común de los recursos y riesgos financieros es importante, menos las consecuencias financieras del riesgo de ser enfermo serán soportadas por la población, lo que constituye una condición esencial para que esa acceda a los servicios de salud que necesita.

Una de las ventajas más grandes del sistema de financiamiento mediante fiscalidad general sobre los seguros sociales es que permite una mancomunación de los riesgos en salud sobre una amplia base poblacional, que incluye particulares, empresas nacionales y extranjeras, etc. (Svedoff, 2004). Al contrario, los sistemas de seguros, tanto públicos (seguros sociales) como privados, tienen una base de puesta en común naturalmente limitada y para la cual existen tres grandes problemas inherentes al aseguramiento y que afectan la puesta en común:

- **Riesgo moral:** es un fenómeno relacionado a la asimetría de información, cuando el hecho de ser asegurado provoca un cambio de comportamiento de los asegurados y una demanda de servicios de salud excedentaria, más allá de lo que necesitan.
- **Selección adversa:** ocurre cuando, a un cierto costo del seguro, solo los individuos con alto riesgo demandan aseguramiento en salud mientras que las personas con bajos riesgos deciden no afiliarse, por tener una probabilidad de gesto en salud inferior al costo del seguro.
- **Selección de riesgos:** es cuando los aseguradores investigan clientes potenciales para asegurar solamente los que tienen riesgos en salud inferiores al promedio de la población.

### II.2.2.2. la fragmentación del sistema de salud: un obstáculo a la puesta en común

La deficiente puesta en común de los recursos financieros se debe principalmente a la fragmentación del sistema de salud (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>): en primer lugar, el sistema puede estar fragmentado en varios sub-sistemas, que cubren tramos de población diferentes: Bolivia sigue el esquema típico de los países en desarrollo, con un sector privado que atiende a las personas con mejor nivel de ingreso, un sector de seguridad social que atiende a las personas del sector formal y un sector público que atiende a la población pobre. En este caso de discriminación, no existe puesta en común de los riesgos entre población rica y población pobre, imposibilitando una verdadera solidaridad social en salud.

Las dos formas de recolección de fondos a vocación universal, bismarckiano y Beveridgiano, también presentan riesgos de fragmentación si no existe una reglamentación adecuada de la puesta en común de los recursos.

En los sistemas basados en la seguridad social obligatoria, existe fragmentación entre varias Cajas de Seguros, por condicionar la afiliación a criterios específicos como el área de residencia, el tipo de profesión o la institución de trabajo. Es así que en muchos países en desarrollo, se constata que existe una multitud de instituciones de seguridad social, con una puesta en común de los aportes y de los riesgos diferente entre cada una de las Cajas. En el caso de Bolivia, existen más de 20 entes gestores que se encuentran adscritos al régimen de Seguridad Social de Corto Plazo (INASES, 2009).

En los sistemas financiados mediante impuestos generales, la fragmentación es generalmente geográfica, en particular si existe una descentralización importante (fragmentación entre departamentos, municipios y comunidades). Así, los procesos de descentralización administrativa y financiera de los sistemas de salud, con el objetivo de hacer llegar los recursos y las decisiones más cerca del usuario, pueden crear distorsiones si el nivel central no tiene la rectoría necesaria para establecer y controlar la redistribución presupuestaria a las entidades descentralizadas, imposibilitando así la solidaridad y la eficiencia del sistema de salud. Además, los sistemas se pierden las economías de escala derivadas de la adquisición de insumos en grandes cantidades y de la centralización de los gastos administrativos. Otra consideración importante se refiere a las políticas públicas de alcance nacional, cuya ejecución se dificultaría en una situación de fragmentación progresiva: si se otorga a niveles descentralizados el derecho a configurar el sistema de salud que mejor responda a sus expectativas, puede existir repercusiones desfavorables en programas que deben realizarse a escala nacional para lograr el máximo impacto, como el control de vectores, la inmunización y el saneamiento ambiental (Barillas, 1997).

En ambos sistemas de financiamiento, se debe entonces implementar instrumentos de perecuación del riesgo para disminuir las desigualdades y asegurar que el riesgo financiero en salud este repartido entre una población suficientemente grande (ver acápite II.3.1.2).

### II.2.3. Compra y provisión de Servicios

La última función del financiamiento de la salud consiste en la utilización de los fondos puestos en común, para comprar o proveer directamente prestaciones de salud adaptadas a las necesidades.

Respecto a esta función, la problemática es la misma tanto para un sistema financiado por impuestos como para un sistema basado en un seguro social: se debe definir quién provee los servicios de salud (generalmente denominada “oferta”) y elegir mecanismos de pago (por prestaciones, por población, etc.). El hecho que el Estado juegue un rol clave en la recolección de fondos y en su puesta en común no significa que deba necesariamente asegurar las prestaciones el mismo (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>): en el marco de una búsqueda de eficiencia, se puede combinar la provisión de servicios por los establecimientos de salud del sector público y la compra de servicios al sector privado, con o sin fines de lucro (clínicas, consultorios privados, médicos tradicionales, etc.).

#### II.2.3.1. Mecanismos de pago a los proveedores de servicios

La compra de servicios puede ser pasiva (dentro de un presupuesto o por el pago de facturas cuando llegan) o estratégica (implica una búsqueda continua de los mejores servicios de salud). Existen en este sentido diferentes métodos de pago de los proveedores de servicios. La elección de estos puede afectar significativamente los costos y la calidad de las intervenciones, y entonces contribuir en la realización del objetivo de utilización óptima de los recursos y de la cobertura universal (Carrin, Hanvoravongchai, 2003).

A la excepción del pago directo, que constituye a la vez un mecanismo de recaudación de fondos y de compra de servicios, cada uno de los mecanismos de pago a los proveedores de servicios tiene ventajas y debilidades, pero no se puede afirmar que uno es mejor o peor que los demás, ya que se

puede optimizar cada tipo de mecanismo para tener el mejor impacto posible sobre el control de costos y la calidad de los servicios de salud.

A continuación, se presenta seis mecanismos de remuneración, por los cuales se necesita implementar mecanismos de control para evitar la sobre o sub-producción de servicios: en efecto, los tres primeros mecanismos provocan generalmente sobre-producción (remuneración al acto, a la jornada y al caso), mientras que los tres demás tienden hacia la sub-producción (capitación, presupuesto y salarios) (Carrin, Hanvoravongchai, 2003).

- **Remuneración al acto:** consiste en pagar el proveedor para cada acto producido. La fuerza de este mecanismo es también su debilidad: incita a proveer cuidados de salud, es decir que la demanda está inducida por la oferta, lo que provoca necesariamente una sobre-producción y una disminución de la calidad (disminución del tiempo por paciente, delegación de los actos a otros proveedores menos calificados...) si no existen mecanismos de limitación y control. Se puede disminuir la sobre-producción mediante la implementación de un límite presupuestario arriba del cual se paga menos para los actos; la implementación de tickets moderadores para contrabalancear la demanda inducida; la incitación a la competencia entre proveedores para que los usuarios puedan cambiar cuando encuentran mala calidad; y la implementación de comités de apreciación de los actos médicos. La remuneración al acto tiene también la debilidad de necesitar altos costos administrativos (costos de facturación, gastos de reembolso y de control...).
- **Remuneración a la jornada (per diem):** es simple y barata del punto de vista administrativo, pero al igual que la remuneración al acto, tiene un bajo rendimiento si no está reglamentada: incita los proveedores a aumentar el número de hospitalizaciones y la duración de la estancia de los pacientes; también puede provocar reducciones del personal pues los establecimientos tienen interés en disminuir los costos para aumentar las ganancias (necesidad de normas). En este caso también, la competencia entre proveedores puede constituir una contrabalanza para que no se disminuya la calidad de atención. Para reducir la duración de estancia al hospital, se puede implementar progresividad en las remuneraciones (la remuneración al día disminuye cuando la duración de la hospitalización aumenta).
- **Remuneración al caso:** consiste en pagar los proveedores según los casos que han atendido y es también de fácil administración. Un método conocido internacionalmente es el DRG (Diagnosis Related Group), en el cual el establecimiento de salud está remunerado con un pago fijo diferenciado según el grupo de diagnóstico. Este tipo de remuneración incita los proveedores a ser más eficaces, pero también a aumentar el número de admisiones, realizar diagnósticos más graves (y entonces más lucrativos) o a transferir los casos más complejos dentro de una misma categoría de diagnóstico. En este caso, los comités de apreciación de los actos médicos pueden constituir un buen mecanismo de control, para asegurarse buenos diagnósticos y evitar las referencias injustificadas.
- **Remuneración por capitación:** consiste en pagar los establecimientos de salud según el tamaño y las características de la población que cubre. Permite un mejor control de los costos ya que no incita a sobre-producir como los mecanismos anteriores, pues la remuneración no depende de la cantidad o composición de las intervenciones. Sin embargo, puede provocar sub-producción de servicios, además de incitar a referir pacientes a niveles superiores y a disminuir la calidad de atención. Para limitar estos efectos, se puede implementar un control de la utilización y de la ocupación, o aplicar la capitación a un grupo de proveedores.
- **Presupuesto:** consiste en acordar a los proveedores una cierta suma ex-ante, con la cual se debe realizar las intervenciones. El problema del presupuesto es de encontrar un nivel óptimo con una cierta dosis de flexibilidad. En efecto, los presupuestos estrictamente fijados pueden provocar sub-producción, filas de espera y un número exagerado de transferencias, mientras que no hay control de costos cuando están demasiado flexibles. También puede haber incitación a la maximización de costos cuando el presupuesto está construido sobre bases históricas. En este sentido, los presupuestos deben ser estrictos y no basados en los



presupuestos históricos, sino más bien en el tamaño de la población y la morbilidad esperada. Además, se debe implementar mecanismos de control para evitar la sub-producción.

- **Salarios de los recursos humanos:** La remuneración mediante salarios es de gestión administrativa simple, pero al contrario de las estrategias precedentes, se aplica solo a los recursos humanos. Como el presupuesto y la capitación, la sobre-producción es poco probable, pero sí hay grandes riesgos de sub-producción pues los salarios pueden provocar baja motivación por parte del personal. Para limitar este fenómeno, es necesario incluir aspectos de rendimiento en los salarios para asegurar una mejor calidad, además de implementar mecanismos de control similares a los del presupuesto y capitación.

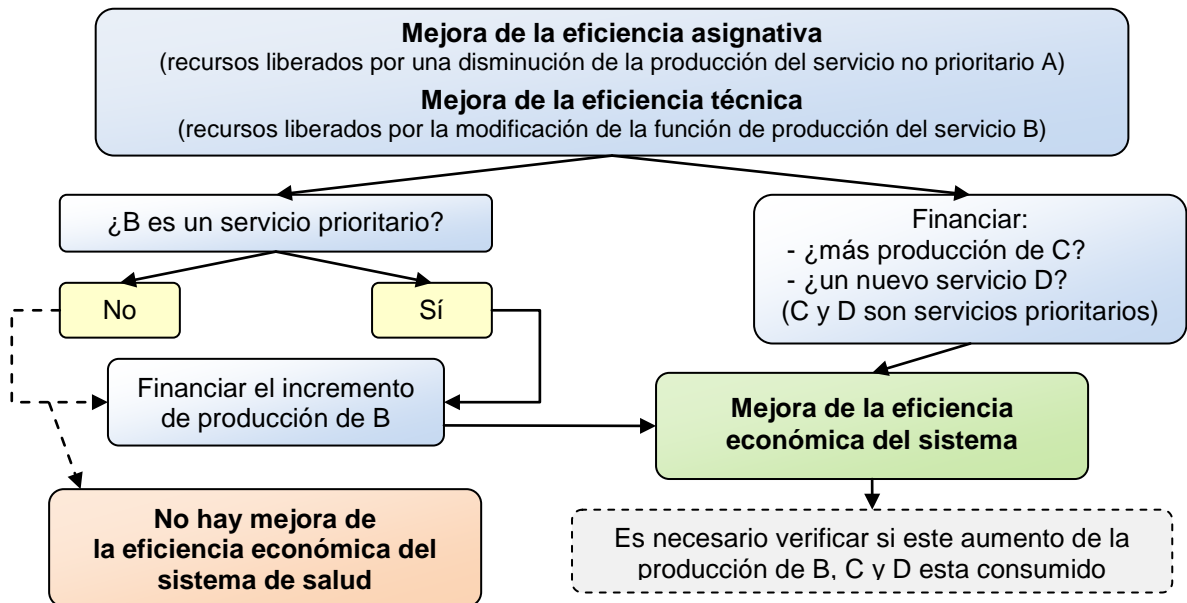
Cada uno de estos métodos presenta debilidades que no pueden ser eliminadas totalmente por los mecanismos de control: parece mejor elegir una mezcla de varios métodos. Por ejemplo, a un salario de base se puede añadir una indemnización de tipo capitación y una remuneración al acto para algunas intervenciones por las cuales una producción elevada es preferible (como vacunas).

### II.2.3.2. Eficiencia del gasto en salud

El hecho que el financiamiento público en salud de los países en desarrollo es notablemente insuficiente es internacionalmente aceptado, pero también se reconoce que no es suficiente aumentar los gastos públicos en salud para mejorar el estado de salud, y que se debe mejorar la eficiencia del gasto, es decir la manera de utilizar los recursos (Audibert, Mathonnat, 2006).

En este marco, estudios econométricos realizados en los diez últimos años muestran que el gasto en salud no ha tenido impacto sobre la salud de la población, debido a una utilización de los recursos ineficaz e ineficiente (Audibert *et al.*, 2004). Asimismo, los ejemplos de gastos en salud ineficientes no faltan en los países en desarrollo: demasiado recursos utilizados en hospitales de 3<sup>er</sup> nivel, insuficiencia de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, servicios curativos de mala calidad e ineficientes, gastos públicos que benefician a una pequeña proporción de la población, creación de incitaciones negativas para el personal de salud, etc.

**Ilustración 2 – Financiar la salud a partir del incremento de la eficiencia del gasto**



Fuente: traducido de Audibert y Mathonnat (2006)

Las ganancias realizadas mediante un mejor gasto y el incremento de la eficiencia constituyen en sí un modo de financiar la salud, al igual que el incremento de los recursos en volumen, ya que permiten evitar gastos inútiles o ineficaces: es entonces una prioridad incrementar la eficiencia en los sistemas de salud, y particularmente en los países en desarrollo, en los cuales las necesidades en salud son siempre superiores a los recursos disponibles.

Existen dos estrategias complementarias para mejorar la eficiencia del gasto (ilustración 2):

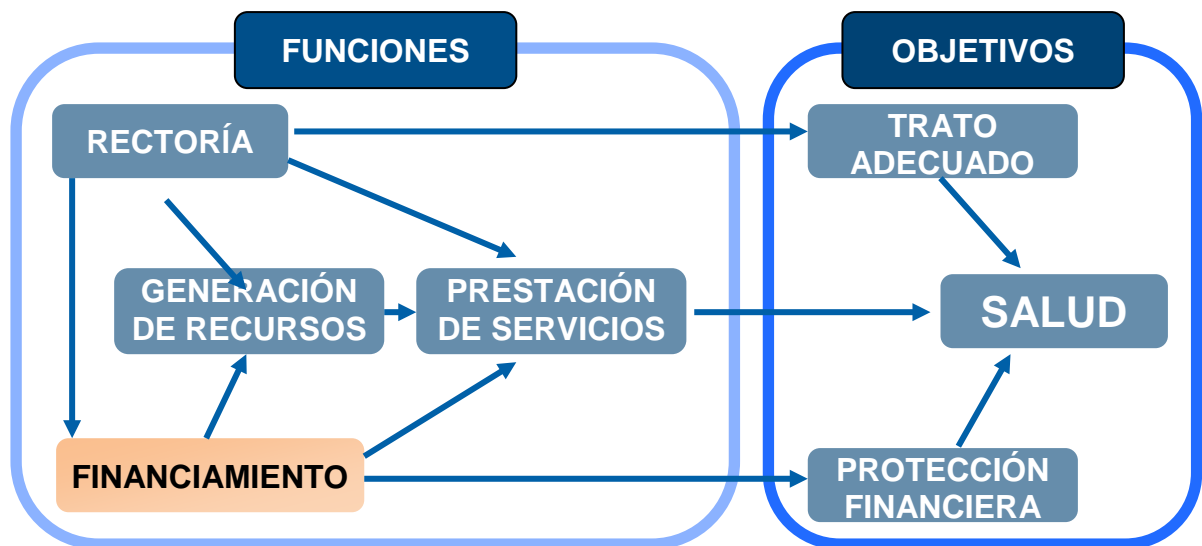
- Mejorar la elección de las intervenciones en salud (mejora de la eficiencia asignativa), con la priorización de servicios costo-eficientes en función a las prioridades de salud pública y prioridades sociales: por ejemplo, preferir incrementar la cobertura de vacunas en lugar de implementar un servicio de cirugía cardíaca para niños (Audibert *et al.*, 2004).
- Mejorar la producción de los servicios de salud (mejora de la eficiencia técnica) a partir de la reorganización de los servicios y la supresión de los despilfarros: por ejemplo, hacer que el mismo número de médicos realice más intervenciones sin disminuir el nivel de calidad.

## II.2.4. Objetivos del Sistema de Financiamiento

Para alcanzar la cobertura universal, las autoridades gubernamentales y de salud deben tomar decisiones políticas eficaces sobre estas tres funciones, con el fin de implementar un sistema de financiamiento de la salud eficaz y que tenga los objetivos siguientes (Carrin, James, 2004<sup>b</sup>):

- Generar recursos económicos suficientes y de manera sostenible,
- Utilizar estos recursos de manera óptima y eficiente,
- Asegurar una accesibilidad financiera para todos.

Ilustración 3 – Funciones y objetivos de un sistema de salud



Fuente: Secretaría de Salud de México, 2003

Pero el sistema de financiamiento también debe perseguir los tres objetivos finales y básicos de un sistema de salud que son reconocidos por la Organización mundial de la Salud (OMS, 2000).

- Mejorar la salud de toda la población (con igualdad, no solamente indicadores promedios),
- Ofrecer un trato adecuado (comportamientos, respeto, espera, elección proveedor, etc.),
- Garantizar la seguridad financiera en materia de salud, con esquemas que garantizan que el costo en salud es proporcional a la capacidad de pago, y no a la probabilidad de ser enfermo).

Existen otros objetivos importantes para los sistemas de salud, llamados instrumentales porque son deseables sólo en la medida en que contribuyen a alcanzar los tres objetivos finales. Estos objetivos instrumentales son, entre otros, la disponibilidad de los insumos, el acceso y la utilización de los servicios o el uso eficiente de recursos (OMS, 2000).

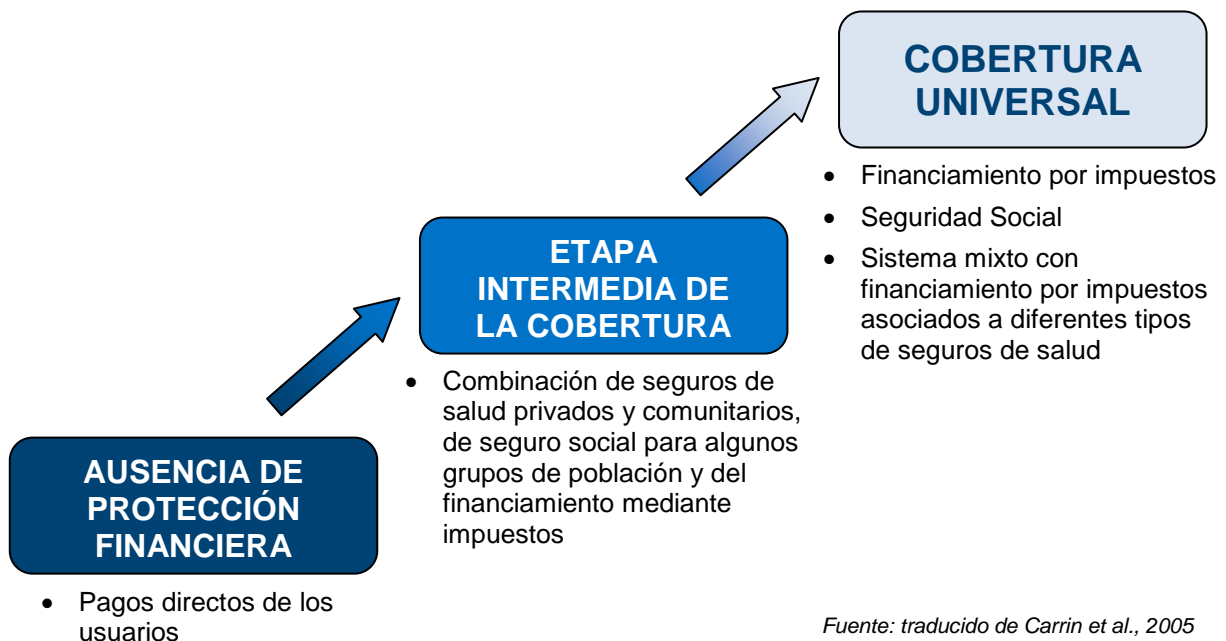
Los objetivos del sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de las cuatro funciones del sistema (ilustración 3) y son estrechamente relacionados con los tres objetivos del sistema de financiamiento: por ejemplo, un uso adecuado de los recursos económicos puede incluir incentivos financieros para el personal de salud, con el fin de tener un impacto positivo sobre el objetivo de trato adecuado: en este sentido, la finalidad última del sistema de financiamiento no es simplemente financiar la producción de servicios, sino de contribuir a optimizar relaciones continuas entre la recaudación de recursos en inicio de proceso y el impacto final sobre la salud de la población.

El rendimiento del sistema de financiamiento de la salud deberá entonces ser evaluado en dos etapas (Carrin, James, 2004<sup>b</sup>): en primer lugar, se debe evaluar los tres objetivos del sistema de financiamiento, y en segundo lugar, se debe evaluar los objetivos de un sistema de salud, estudiando las consecuencias del sistema de financiamiento sobre la población.

### II.3. La transición hacia la cobertura universal

Tomar decisiones políticas adecuadas sobre las tres funciones constituyentes del sistema de financiamiento de la salud (ver II.1) no permite generalmente alcanzar la cobertura universal de manera inmediata, ya que los sistemas de financiamiento evolucionan gradualmente (ilustración 4). Al inicio de la transición, la cobertura es todavía parcial, los grupos más pobres son los menos protegidos, y una parte de los usuarios sigue pagando directamente los servicios mediante pagos de bolsillo. Luego, la cobertura de los seguros y los pagos anticipados se incrementan y los pagos directos disminuyen progresivamente, hasta llegar a la cobertura universal (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>).

Ilustración 4 – La transición hacia la cobertura universal



Fuente: traducido de Carrin et al., 2005



### **II.3.1. Incremento de los pagos anticipados y supresión de los pagos directos durante la etapa intermedia hacia la cobertura universal**

La etapa intermedia hacia la cobertura universal consiste en el desarrollo de varios instrumentos de pre-pago y/o el desarrollo del financiamiento fiscal, para proteger la población de los riesgos financieros (gastos catastróficos) y asegurar fondos para el proveimiento de los servicios. Estos instrumentos pueden tomar las diferentes formas presentadas en el acápite II.2: aseguramiento público de tipo Beveridge, Seguridad Social, seguros comunitarios y también seguros privados. Paralelamente se debe organizar la disminución y la supresión de los pagos directos en servicios.

#### **II.3.1.1. Desarrollo del Sistema de recaudación fiscal**

Se debe tomar en cuenta varios factores y problemáticas externos al sector salud cuando se decide desarrollar el sistema fiscal e incrementar las recaudaciones. Al respecto, varias preguntas se presentan generalmente: ¿Impuestos sobre los ingresos o el consumo? ¿Impuestos nacionales o locales? ¿Impuestos generales o destinados? (Svedoff, 2004).

En la práctica, los países han contestado a estas preguntas de diferentes maneras: los países de la OCDE recaudan el equivalente del 30% en impuestos sobre ingresos y rentas, mientras que los países en desarrollo recaudan un promedio equivalente al 15% de su producto interno bruto con impuestos principalmente basados en el consumo (Tanzi, Yee, 2000). Algunos países como Noruega, Finlandia y Suecia privilegian los impuestos regionales y locales, mientras que otros, como España o Gran Bretaña privilegian los impuestos nacionales (Mossialos, Thomson, 2002).

La decisión de establecer la carga tributaria sobre el consumo o sobre los ingresos es objeto de grandes debates entre economistas. En efecto, los impuestos sobre el consumo son considerados mejores para el crecimiento de la economía porque no penalizan ni los ahorros ni las inversiones (Svedoff, 2004). En cambio, los impuestos sobre los ingresos y rentas son considerados como más progresivos porque pueden captar partes más grandes de los ingresos en poblaciones ricas, mientras que los impuestos al consumo tienden a captar recaudaciones similares para toda la población (Svedoff, 2004). Sin embargo, la progresividad de un impuesto no solamente debe considerarse desde el punto de vista de las recaudaciones, sino también de la redistribución de estas recaudaciones entre la población: así, la mayor parte de los países europeos tienen un sistema de recaudación fiscal relativamente regresivo, ya que es más o menos proporcional al ingreso, pero muy progresivo en cuanto a redistribución de los fondos.

La experiencia de los países ricos y fuerte institucionalmente muestra que para más equidad, es deseable operar una transición desde un sistema impositivo basado en el consumo hacia un sistema con los ingresos como principal base tributaria (Svedoff, 2004). Sin embargo, los países en desarrollo con sectores informales importantes pueden enfrentar grandes dificultades en esta transición, en particular de exenciones que deterioran la progresividad fiscal. Para enfrentar estos problemas, los países en desarrollo deben desarrollar estrategias efectivas que permitan reducir los costos administrativos de la recolección fiscal, disminuir la evasión fiscal, maximizar la base impositiva y limitar las distorsiones entre sectores, actividades y uso de los recursos (Tanzi, Yee, 2000).

En cuanto a la elección entre el nivel local y el nivel nacional para recaudar fondos, es evidentemente más fácil redistribuir recursos desde las regiones ricas hacia las regiones pobres cuando los impuestos son recaudados a nivel nacional. Sin embargo, la experiencia muestra que no es siempre el caso y que la prioridad puede ser acordada a regiones poderosas económicamente y políticamente (Svedoff, 2004). En cambio, los impuestos recaudados localmente permiten generalmente más transparencia y control de responsabilidades, siempre y cuando no existe poder político muy concentrado o corrupción (Fisman, Gatti, 2002).

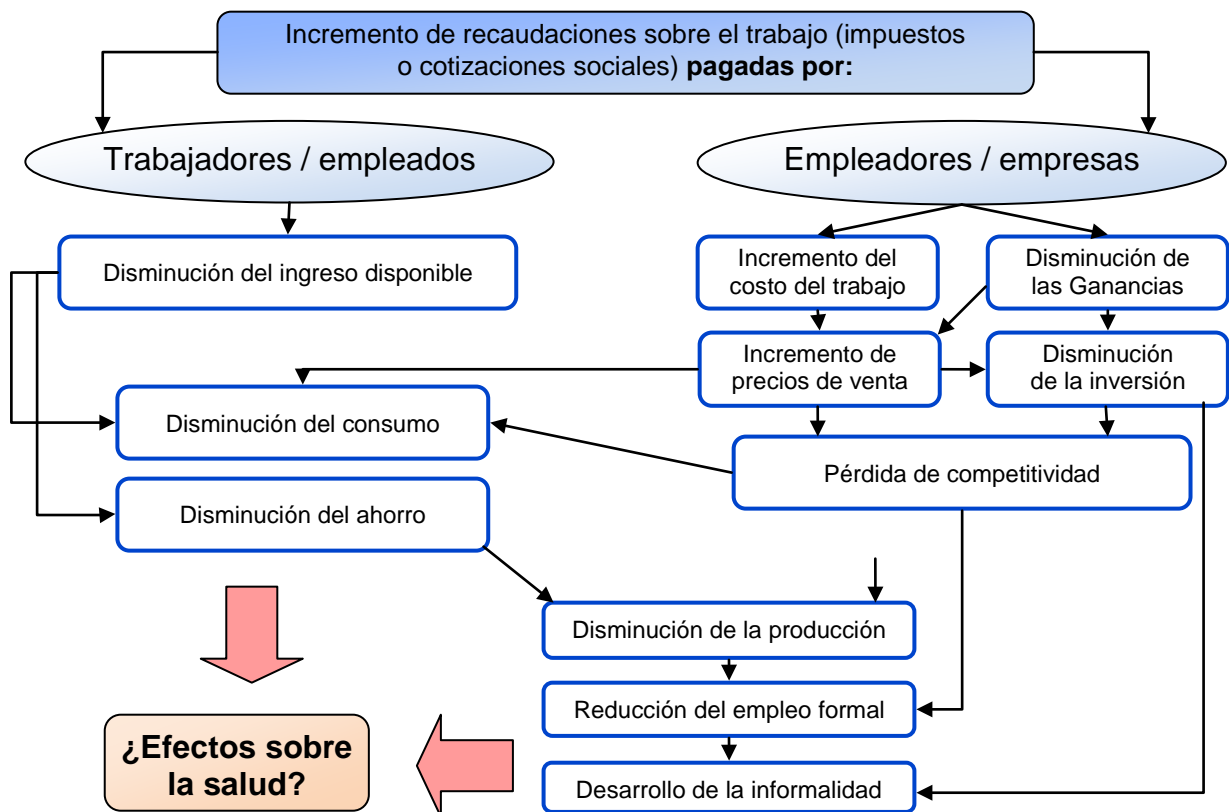
Es más fácil escoger entre impuestos generales e impuestos destinados, ya que estos últimos representan generalmente una contribución modesta para salud y que la experiencia muestra que en muchos casos, los fondos recaudados están utilizados en otros componentes que el destino previsto (Savedoff, 2004). Una política similar que puede ser eficaz es imponer que una parte de los ingresos fiscales estén destinados a salud, como es por ejemplo el caso en Bolivia, dónde los Municipios deben destinar el 10% de su Coparticipación Tributaria al sector salud.

En conclusión, no existe una verdad universal respecto al sistema fiscal, ya que los argumentos teóricos siempre pueden ser refutados por la realidad. Sin embargo, se constata que en cuanto a la equidad, el monto total recaudado tiene generalmente más impacto en la población que la misma progresividad del impuesto; en cuanto a eficiencia, es aconsejable priorizar los impuestos con base impositiva amplia así que buscar una disminución de los costos administrativos (Savedoff, 2004).

### II.3.1.2. Evitar el riesgo de recaudaciones excesivas

La experiencia muestra que los Gobiernos siempre tienen cierta margen para incrementar los recursos fiscales en el periodo de transición (Audibert, Mathonnat, 2006). Sin embargo, al momento de incrementar las tasas impositivas o de cotizaciones sociales con el objeto de recaudar más fondos, el Estado no debe olvidar el concepto de carga fiscal excedentaria, que se refiere al hecho de que un nuevo impuesto o incremento de la presión fiscal tenga un costo económico global superior al recogido, cuando este impuesto modifica el comportamiento de las empresas y hogares. Un ejemplo corriente es una contracción de la actividad económica que va a ser superior al producto de las recaudaciones adicionales (ilustración 5).

**Ilustración 5 – Efectos macro-económicos de un cambio de la fiscalidad sobre el trabajo**



Fuente: traducido de Audibert y Mathonnat (2006)

También existen efectos de tipo “curva de Laffer”, cuando un incremento de la presión fiscal se traduce en un nivel de recaudación efectivo inferior al que existía antes del aumento de las tasas de imposición, debido a incentivos negativos que puede crear, además de un desarrollo del sector informal y del contrabando. Hasta se puede entrar en un círculo vicioso si el gobierno decide compensar la pérdida de ingreso por un incremento de las tasas de imposición o de cotizaciones.

También se debe analizar cuidadosamente la incidencia fiscal, es decir quién soporta efectivamente el incremento o la creación de nuevos impuestos, para no incrementar las inequidades: por ejemplo, si la incidencia fiscal cae sobre poblaciones pobres, es probable que estos disminuyan sus gastos de salud o gastos necesarios en determinantes de la salud, como educación, vivienda, etc.

### ***II.3.1.3. Arbitrajes presupuestarios favorables al Sector Salud***

Los factores estructurales, es decir los que no son modificables a corto y mediano plazo por la política económica de un país, pueden impedir el desarrollo del sistema fiscal y el incremento de los recursos públicos internos durante el periodo de transición. Sin embargo, el presupuesto público del sector salud puede todavía ser incrementado si los arbitrajes presupuestarios son favorables, es decir si se decide disminuir otros gastos para aumentar los de salud.

En este marco, muchos gobiernos que han elegido un sistema financiado por la fiscalidad general son criticados por no destinar suficiente fondos para salud, en total contraste con los países con sistemas de seguro social, en los cuales los debates conciernen más el control y la disminución de los gastos. En efecto, no es siempre fácil favorecer el sector salud, y establecer un cierto nivel de presupuesto para salud constituye una decisión “colectiva” que no siempre coincide con las necesidades de la población, ya que emerge del proceso político, involucrando varios actores con interés diferentes (Savedoff, 2004). Sin embargo, varias experiencias muestran que los gobiernos, inclusive de países en desarrollo, tienen generalmente suficiente margen de maniobra para asignar más recursos a salud (Audibert, Mathonnat, 2006).

En el mismo sentido, un incremento del volumen y de la estabilidad de los ingresos fiscales, no asegura siempre un incremento automático de los presupuestos públicos del Sector Salud si se modifican los arbitrajes presupuestarios en desfavor del sector: se debe velar políticamente para que en caso de incremento substancial de los ingresos público, por lo menos un mismo porcentaje del presupuesto general de la Nación este destinado al sector salud.

### ***II.3.1.4. Organización de la supresión de los pagos directos***

Una etapa clave de la transición es la supresión de los pagos directos en salud, frente a los evidentes impactos negativos de estos (ver Capítulo I). Esta supresión debe ser bien organizada.

Las experiencias en países en desarrollo muestran que la supresión de la participación directa de los usuarios puede tener impacto inmediato en la utilización de los servicios de salud, siempre y cuando existen políticas claras para el financiamiento de la pérdida de ingreso consecuente (Oxfam International, 2009). Un ejemplo internacionalmente reconocido es el de Uganda, dónde la supresión de la participación financiera directa de los usuarios en 2001 fue acompañada de grandes inversiones y de un control de calidad estricto para evitar los problemas de disponibilidad de medicamentos. El resultado fue un incremento sostenible de la demanda en establecimientos del sector público en 84%, principalmente por parte de las poblaciones más pobres (Yates *et al.*, 2006; Deininger y Mpuga, 2004).

Al contrario, la supresión no preparada de los pagos directos puede provocar una caída de la disponibilidad de recursos y su sustitución por pagos informales: por ejemplo, en Liberia, uno de los

países más pobres del mundo, la supresión de los *user fees* provocó un rápido incremento de la demanda, pero no fue acompañada de las medidas necesarias y el personal de salud continuó a cobrar los pacientes para poder pagar sus sueldos y comprar medicamentos (MSF, 2007).

Además, la supresión de los pagos directos puede enfrentar fuertes oposiciones dentro del personal de salud, principalmente en los médicos, cuando se benefician personalmente de estos pagos, en particular para la venta de medicamentos (Mills, 2007). Asimismo, en base a las experiencias de Corea y Taiwán, A. Wagstaff muestra que las concesiones necesarias para aprobar la separación de la prescripción médica y de la venta de medicamentos fueron mucho más costosas que la política inicialmente prevista (Wagstaff, 2005).

La supresión de los pagos directos debe ser entonces bien pensada e iniciarse por fases en el caso de no tener los recursos suficientes, iniciando por las mujeres y niños (Oxfam International, 2009). La experiencia muestra que en cada país donde la supresión fue exitosa, siempre hubo una fuerte implicación política a favor de la gratuidad y un incremento consecuente de los presupuestos en salud por parte del sector público (McCoy, 1996; Oxfam International, 2009).

En este marco, Gilson y McIntyre proponen siete estrategias para administrar eficientemente la supresión de las contribuciones financieras directas de los usuarios (Gilson, McIntyre, 2005):

- Dar a una sola unidad gubernamental las tareas de coordinación la supresión de los pagos directos de los usuarios y de otras acciones de consolidación del sistema de la salud.
- Comunicar claramente con los trabajadores en salud (de atención y gestión) sobre la visión y metas de la política, así como que tipo de acciones se realizaran y cuando.
- Establecer fondos locales para gerentes en salud (decisiones de gasto a pequeña escala).
- Realizar antes de la supresión amplias campañas de información para el público en general sobre la visión, las metas de la política y sobre lo que estarán en derecho de esperar del sistema de salud una vez el cambio operado.
- Planificar a corto y largo plazo los recursos del sistema para que el personal de salud adecuado y los medicamentos estén disponibles para responder al incremento de la demanda.
- Mejorar el acceso físico a los servicios de salud, particularmente a través de servicios primarios centrados en la persona y la comunidad.
- Establecer sistemas de vigilancia y seguimiento que permitan dar cuenta de las tendencias en la utilización de los servicios de salud, incluyendo el uso relativo de las acciones preventivas comparado con los servicios curativos y la posibilidad para el personal de salud de retroalimentar sobre sus propias experiencias y lecciones aprendidas.

### **II.3.1.5. ¿Supresión total de los pagos directos?: mecanismos de control de la demanda**

En casi todos los sistemas de cobertura universal, los individuos y hogares siguen pagando directamente una pequeña parte de los servicios de salud (honorarios, medicamentos...), generalmente mediante el pago de un “ticket moderador”. Sin embargo, la experiencia muestra que al inverso de los países que no tienen todavía cobertura universal, estos pagos no son excesivos y representan una pequeña proporción del gasto total en salud (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>).

Por supuesto, los pagos directos deben disminuir significativamente en la lógica de desarrollo de los instrumentos de pre-pago, pero no deben necesariamente desaparecer: en efecto, pueden servir a racionalizar la demanda de servicios de salud, evitando el consumo excesivo (medicamentos, exámenes...), el acudimiento directo a servicios especializados sin pasar por el primer nivel de atención, y la demanda de prestaciones no esenciales.

Sin embargo, es necesario tener cuidado en el mantenimiento de pagos directos bajo la forma de ticket moderador y asegurarse que estos pagos estén bien normados, que no impliquen una

reducción del acceso a prestaciones necesarias, en particular para las poblaciones pobres y que no exponen los usuarios a gastos catastróficos en salud, como puede ser el caso en países donde la población es mayormente pobre e históricamente excluida del sistema de salud. Además, el ticket moderador mostró en varias ocasiones su inutilidad en permitir un buen control de los gastos en salud (Lourdelle, 2003), razón por la cual se debe estudiar cuidadosamente su implementación.

En oposición al mantenimiento de un ticket moderador, se ha venido a desarrollar otros instrumentos para lograr un uso racional de los servicios de salud, como la asignación a ciertos proveedores del primer nivel de atención un rol de guardia, autorizando el acceso a los segundos y terceros niveles solamente en caso de necesidad. Este tipo de estrategia puede completar o hasta reemplazar el ticket moderador (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>).

## **II.3.2. Otras consideraciones importantes en la etapa intermedia**

### **II.3.2.1. Enfrentar la fragmentación del sistema de salud**

Uno de los problemas más importantes durante esta etapa intermedia es la fragmentación del sistema de salud, afectando a la puesta en común de los recursos financieros (Barillas, 1997).

En el caso de los seguros sociales, existe fragmentación entre diferentes instituciones provocando grandes inequidades y algunas cajas tienen importantes riesgos de quiebra por tener un número de adherentes insuficiente para repartir idealmente los riesgos. Para que eso no ocurra, el Estado debe por una parte crear mecanismos sistémicos o de perecuación del riesgo (re-aseguramiento) para redistribuir los recursos y el riesgo entre las diferentes Cajas de Seguro, y por otra parte reglamentar la afiliación a estas para disminuir el fenómeno de inequidad financiera entre las diferentes instituciones, que provoca altas desigualdades en el acceso a los servicios: la reglamentación de la afiliación permite evitar que algunas Cajas afilien solamente personas de ingreso alto y con buen estado de salud (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>).

Existen varias formas de reunir las cajas de seguridad social y poner así en común los recursos recaudados en forma eficiente: la República de Corea, por ejemplo, ha implementado un fondo común para sus diferentes seguros antes de integrarlos totalmente (Kwon, 2002). Otra opción desarrollada en Colombia es la igualación de los riesgos entre las diferentes entidades de seguridad social, a partir de un fondo virtual mediante el cual los seguros con mayores riesgos reciben compensaciones financieras por parte de las otras instituciones (Rosa, Alberto, 2004).

De la misma manera, en un sistema público financiado por impuestos, debe existir un sistema nacional de perecuación del riesgo para limitar la fragmentación geográfica y entre diferentes programas verticales. Este sistema de perecuación toma generalmente la forma de un fondo único para la redistribución de los recursos en función a criterios de población y epidemiológicos.

### **II.3.2.2. Barreras y extensión del acceso a los servicios de salud**

La inclusión creciente de las poblaciones pobres dentro de un sistema de protección financiera no siempre garantiza su acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud: varios estudios en África y Asia demuestran que los grupos ricos se benefician más del gasto público en salud que los grupos pobres (Filmer, 2003).

En este marco, es importante prestar atención a las barreras económicas que pueden persistir, principalmente si el paquete cubierto universalmente no es completo: asimismo, además de la participación financiera directa de los usuarios, existen otras barreras económicas (James *et al.*, 2006):

- Los pagos informales, cobrados ilegalmente por el personal de salud y que pueden tener un impacto negativo en el acceso de las poblaciones más pobres,
- El costo de los medicamentos y servicios no incluidos dentro del paquete universal o no ofertados dentro del sector público / seguridad social, que pueden tener un impacto en el acceso mucho más importante que la participación financiera en el sector público.
- El costo de transporte hacia el centro de salud, que puede ser muy importante en zonas rurales alejadas y hacer que la población no acude a los servicios de salud,
- El costo de los servicios no-médicales, como alimentación, costos de estancia, etc. que pueden constituir una barrera muy importante en caso de hospitalización de larga duración.
- Costos indirectos o costos de oportunidad resultantes de los gastos en salud: pérdida de ahorros, retención de gasto en otras actividades, etc.

Además de la supresión de las barreras económicas, es esencial desarrollar durante el periodo de transición otras estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud desde el punto de vista de los factores no-económicos que alejan a la población de los establecimientos de salud: estos son factores geográficos, culturales y relacionados con la calidad de atención (ineficiencia del personal de salud, maltratos, ausencia de medicamentos, etc.). También existen “barreras de información”, por las cuales la población no está informada de los beneficios de los servicios de salud formales (tanto preventivos como curativos) o de la gratuidad de acceso; este tipo de barreras afecta principalmente a las poblaciones con bajo grado de educación formal (James *et al.*, 2006).

En este marco, el periodo de transición de la República de Corea fue marcado por un enfoque importante sobre las barreras geográficas, en el cual se priorizó la construcción de infraestructuras en el área rural, con grandes inversiones públicas (Mills, 2007).

### **II.3.2.3. Esquemas diferentes para las poblaciones pobres y excluidas**

Aunque la fragmentación del sistema constituye una problemática-clave en el periodo de transición, la implementación de mecanismos diferenciados según grupos de población también constituye un factor central para alcanzar la cobertura universal, en particular para el sector informal (Mills, 2007).

La experiencia de los países asiáticos sugiere que la creación de un sistema separado y financiado mediante fondos públicos es preferible. Por ejemplo, Japón, Corea del Sur, Tailandia y Taiwán han utilizado esta opción de separación, antes de armonizar sus diferentes subsistemas (Mills, 2007).

Es más, para asegurarse que la gratuidad en los servicios de salud públicos no esté aprovechada principalmente por los más ricos y llegue efectivamente a los grupos pobres y excluidos, se recomienda establecer un sistema diferenciado por-pobres, a partir de dos estrategias principales: en primer lugar, se debe enfocarse específicamente en los pobres con esquemas específicos de los cuales los no-pobres están excluidos (Gwatkin 2004). Una experiencia exitosa es la de Tailandia, que en su periodo de transición ha ofrecido asistencia médica gratuita a los grupos de bajo ingreso: se calificó a las familias necesitadas, alcanzando un total de 11 millones de beneficiarios, de los cuales encuestas independientes muestran que el 80% era efectivamente pobre, y que el programa cubría al 65% de los pobres del país (Khoman, 1997).

En segundo lugar, los esquemas pro-pobres deben acompañarse del desarrollo paralelo de mecanismos de financiamiento alternativos para las poblaciones ricas: pago directo de las consultas en las estructuras públicas, pago de seguros privados, etc. (Gwatkin 2004). Sin embargo, para no incrementar la fragmentación del sistema, se debe velar para que estos sistemas contribuyan al financiamiento general del sistema de salud (ver acápite II.3.2.4).



#### **II.3.2.4. El desarrollo de los mecanismos de pago anticipado privados: ¿qué utilidad?**

Los mecanismos de pago anticipado comunitarios o privados que se crean o desarrollan en esta etapa intermedia constituyen instrumentos de apoyo institucional muy útiles si obedecen a una reglamentación nacional bien elaborada. Por otra parte, estos mecanismos no deben necesariamente desaparecer una vez alcanzada la cobertura universal, ya que en cada tipo de sistema, Bismarck, Beveridge o mixto, el aseguramiento privado aporta beneficios que se deben tomar en cuenta como el financiamiento de prestaciones no incluidas en el paquete universal (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>) y la disminución de los fenómenos de fila de espera.

Sin embargo, el mantenimiento de los seguros privados debe estudiarse con cuidado, ya que puede provocar grandes ineficiencias y fragmentación de la puesta en común de los recursos, creando inequidades entre grupos de población, y asimismo exclusión de las poblaciones pobres y rurales.

Asimismo, existen tres formas de aseguramiento privado: los que sustituyen al aseguramiento público, los que complementan los esquemas públicos o de la Seguridad Social para financiar las prestaciones no incluidas en el paquete universal y los que ofrecen una mejor cobertura, con un acceso más rápido y mayor elección de los proveedores de servicios (Mossialos, Thomson, 2002).

La primera forma puede ser utilizada como instrumento de salud pública, para incitar u obligar a los grupos de población más ricos a financiar ellos mismos sus gastos en salud (Mills, 2007). Sin embargo, se debe controlar que este aseguramiento se realice dentro de un esquema contributivo para no afectar la puesta en común del financiamiento. Una solución en este marco puede ser la creación de un impuesto a las compañías de seguro privadas, cuyos fondos estarían destinados al financiamiento del sector público. Otra puede ser la obligación de seguir contribuyendo al sistema público para las personas que eligen este tipo de aseguramiento.

En cambio, la tercera forma se desarrolla generalmente por defecto, como en el caso de varios países de América Latina, en los cuales los hogares de mayor ingreso, no satisfechos por el sistema público o de seguro social, contratan a seguros privados (Mills, 2007). En este caso, el aseguramiento privado reduce la equidad del sistema, incrementa las diferencias entre grupos de población respecto a la cantidad y calidad de la oferta de servicios y excluye a las poblaciones más ricas de la puesta en común de los recursos para salud: es por ejemplo el caso en Chile, donde las reformas han autorizado poblaciones ricas a no contribuir al seguro social y a elegir su propio seguro privado, dañando así la eficiencia y la equidad de todo el sistema (Baeza, Muñoz, 1999; Kutzin, 2000; Mills, 2007).

En cuanto a los seguros comunitarios voluntarios, existen evidencias que han tenido un rol importante en la evolución hacia la universalidad en Japón y Europa (Carrin, Hanvoravongchai, 2003) y fue avanzada la idea que podría ser también una buena forma de transición para países en desarrollo, ya que permite crear experiencias de puesta en común de riesgos y proveer una protección financiera a grupos excluidos del sistema público (Mills, 2007). Sin embargo, los hechos muestran que la gran mayoría de seguros de salud de este tipo tienen poblaciones protegidas muy pequeñas, proveen una protección financiera limitada (Letourmy, 2005) y obligan así a las poblaciones a realizar pagos de bolsillos para complementar el costo de las prestaciones (Carrin *et al.*, 2005<sup>a</sup>), razones por las cuales estos sistemas deben evaluar en esquemas más formales (Mills, 2007).

#### **II.3.2.5. Elección de los servicios a financiar y eficiencia del gasto**

De la misma manera que para los arbitrajes presupuestarios entre los diferentes sectores (ver acápite II.3.1.3), no es siempre posible distribuir el presupuesto dentro del sector salud de la manera más óptima posible y de acuerdo a las necesidades reales. Asimismo, la distribución del financiamiento entre recursos humanos e insumos, entre gasto corriente y gasto de inversión, entre provisión directa y contratación, entre áreas rurales y urbanas o entre regiones del país es objeto de

arbitrajes presupuestarios que constituyen una decisión “colectiva” que emerge del proceso político, entre el personal de salud, sindicatos, organizaciones sociales, partidos políticos, etc. (Savedoff, 2004).

La experiencia muestra que los arbitrajes presupuestarios internos al sector salud favorecen generalmente los grupos de población pequeños, bien organizados o con mejor estado de salud (Birdsall, Hecht, 1997), y como consecuencia, se atribuye demasiado presupuesto a recursos humanos en desfavor de insumos y medicamentos, demasiado a servicios curativos en lugar de promoción de la salud y prevención de enfermedades, demasiado a hospitales en lugar de atención primaria y demasiado a áreas urbanas ricas en lugar de zonas rurales y pobres (Savedoff, 2004).

Se debe entonces velar políticamente para un gasto en salud eficiente, que en sí constituye un método de financiar el sector salud y encontrar mecanismos de remuneración a los establecimientos de salud que inciten a producir servicios eficientemente y con calidad (ver acápite II.2.3.2).

### II.3.3. Duración de la transición

Carrin y James (2004<sup>b</sup>) definen la duración de transición como el número de años entre el voto de la primera ley sobre seguros de salud que marca el inicio de la transición, y la ley que implementa la cobertura universal, cuando el contexto ya lo permite (fin de la transición). Según esta definición, Carrin y James (2004<sup>b</sup>) muestran que el proceso de transición puede durar varios años, tomando el ejemplo de países con sistema de tipo bismarckiano: en Costa Rica y Corea del Sur, la transición duró 20 y 26 años respectivamente; estas duraciones siendo relativamente cortas en comparación con otros países: Alemania (127 años), Bélgica (118 años), Israel (84 años), Austria (79 años), Luxemburgo (72 años), Japón (36 años).

Además, la duración de transición puede ser sub-estimada utilizando esta definición, ya que debido a la información disponible, solo se toma en cuenta el periodo entre el voto de leyes. Así, en Costa Rica, cuando la ley instituyó el principio de cobertura universal, no se implementó de manera inmediata, y el periodo de transición real duró más de 40 años (Carrin, James, 2004<sup>b</sup>). En Gran Bretaña, país-modelo para sistemas de tipo Beveridge, la legislación obligando la cobertura universal en salud fue votada en 1946, pero fue implementada realmente en 1955 (Edebalk, Olofsson, 1999).

Sin embargo, no solamente importa la duración total del periodo de transición, sino también la evolución del porcentaje de la población cubierta durante este periodo, ya que por diversos factores, la extensión de la cobertura a algunos grupos de población puede ser muy difícil: en este marco, la ampliación de la cobertura no es un simple incremento lineal, y por ejemplo, el periodo para pasar de una cobertura de 25% a 50% será generalmente más corto que el periodo para pasar de una cobertura de 50% a 75% (Carrin y James, 2004<sup>b</sup>). Por ejemplo, Alemania necesitó 47 años, entre 1883 y 1930, para incrementar su cobertura de población de 10% a 50%, pero 58 años adicionales fueron necesarios para alcanzar una cobertura del 88%. En Costa Rica, solo se necesitó 5 años, entre 1961 y 1966, para doblar la cobertura (de 17% en 1961 a 34% en 1966), y apenas diez años para doblarla de nuevo (74% en 1978). A partir de este nivel, el crecimiento de la cobertura fue más complicado, en particular para y las poblaciones pobres, mostrando un incremento total de la cobertura inferior al 10% de la población en 13 años, entre 1978 y 1991 (Carrin y James, 2004<sup>b</sup>).

### II.3.4. Factores influyentes en la duración del periodo de transición

La rapidez de la transición depende de varios factores, dentro de los cuales se encuentran el crecimiento económico (se percibe más impuestos y la población puede aportar más), la formalización de la actividad económica, la disponibilidad de personal administrativo capaz de



gestionar el sistema nacional de salud, la buena gestión pública y la adhesión de la población al principio de solidaridad, entre otros (Carrin, James, 2004<sup>b</sup>).

#### ***II.3.4.1. Ingreso disponible y crecimiento económico***

Un nivel de ingreso disponible elevado permite aumentar la capacidad de los habitantes y empresas a pagar los impuestos o las cotizaciones sociales. Sin embargo, se constata que el PIB/cápita de los países que han logrado la cobertura universal era generalmente medio o bajo cuando se inició el proceso de transición (209US\$ en Corea del Sur, 1808 US\$ en Bélgica, 2140 US\$ en Japón, 2237 US\$ en Alemania, 2420 US\$ en Austria...) pero siempre han beneficiado de un crecimiento económico alto o por lo menos estable, que permitió reforzar el desarrollo de los diferentes instrumentos de financiamiento de la salud (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>).

#### ***II.3.4.2. Formalización de la economía nacional***

La estructura de la economía también tiene importancia: los países en desarrollo que cuentan con grandes sectores agrícolas o informales tienen altas probabilidades de enfrentar problemas administrativos en la recolección de impuestos y cotizaciones. En cambio, los países que han alcanzado la cobertura universal han beneficiado de un gran desarrollo del sector formal durante el periodo de transición, lo que permitió la adhesión de trabajadores a los seguros de manera sistemática, pero también la recolección de más impuestos (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>).

#### ***II.3.4.3. Urbanización de la población***

Los costos administrativos y de atención de la cobertura universal son influenciados por la repartición de la población, en particular en un régimen de seguro obligatorio, pues es mucho más fácil cubrir poblaciones urbanas que cuentan con infraestructuras, medios de comunicación, y sobre todo, alta densidad poblacional: la identificación y la afiliación de los beneficiarios están facilitadas, pero también la recaudación de impuestos y cotizaciones sociales.

#### ***II.3.4.4. Capacidad administrativa***

Un cuarto factor clave identificado por Carrin y James es la capacidad de gestión del país. En efecto, cualquier sistema de financiamiento necesita capacidades contables, bancarias y informáticas, entre otros. La disponibilidad de tales recursos humanos depende de la capacidad nacional instalada en educación secundaria y universitaria, pero también de los sectores financieros existentes (bancos, seguros...). Así, varios países que han alcanzado la cobertura universal, como Alemania, han beneficiado de la experiencia en gestión de cajas de seguros no obligatorias que existían antes del inicio de la transición. Otros como Corea del Sur, sin tener esta experiencia, han beneficiado de recursos humanos (ejecutivos en particular) muy bien capacitados en sus universidades (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>).

#### ***II.3.4.5. Solidaridad***

El nivel de solidaridad que se encuentra dentro de la sociedad, es decir la propensión de los individuos a apoyar / ayudar los demás también constituye un factor-clave. Asimismo, un sistema de protección financiera total supone un "interfinanciamiento" importante, de los más ricos hacia los pobres, pero también de las personas con bajo riesgo hacia las con mayor riesgo de enfermarse. Las leyes pueden imponer la solidaridad para permitir este interfinanciamiento, pero un nivel de

solidaridad efectivo dentro de la población es siempre necesario para asegurar la sostenibilidad del sistema de financiamiento, en particular en los sistemas basados en el seguro obligatorio.

En efecto, la insuficiente solidaridad de la población puede provocar reticencias de algunos grupos de población a contribuir para los demás. En el caso de Costa Rica, los contribuyentes al sistema de financiamiento de tipo Bismarck (mediante *payroll-taxes*) están en parte subvencionando el régimen no-contributivo a partir de los impuestos que pagan: esta situación, considerada como impopular por la insuficiente solidaridad que muestra la población contributiva, ha incitado a los contribuyentes a no declarar la totalidad de sus ingresos (Saenz-Pacheco, 2005).

En este sentido, las cajas de seguros no obligatorias y las primeras etapas de la transición pueden constituir sistemas de aprendizaje de la solidaridad.

#### **II.3.4.6. Rol gubernamental**

Finalmente, la administración general y el pragmatismo del Gobierno son factores claves para la implementación de un sistema de financiamiento de la salud que permita llegar a la cobertura universal (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>). El Estado tiene un rol de orientación muy importante en el proceso de priorización y de implementación de la cobertura universal (priorización financiera del sector salud en desfavor de otros sectores, planificación estratégica y preparación de presupuestos, elaboración de normas, coordinación para el control social, etc.). También tiene un rol de apoyo estructural, como por ejemplo la elaboración de la política nacional de recursos humanos, el apoyo a la creación de la capacidad institucional necesaria para gestionar la reforma financiera o la organización adecuada de la fiscalidad en el caso de un sistema de tipo Beveridge.

La primera función del Estado es definir una estrategia coherente sobre los siguientes puntos:

- un agenda / calendario para la cobertura sistemática de la población,
- la definición clara de las fuentes de financiamiento y de los beneficiarios,
- la atribución de los recursos y métodos de pago de los prestadores de servicios,
- el cuadro organizacional y administrativo.

Luego, el Gobierno tiene un rol legislativo importante, pues es encargado de proponer a las cámaras de representantes el proyecto de ley y luego hacer aplicarla mediante una administración / gestión continua: debe asegurar que las capacidades administrativas estén funcionando, que las prestaciones de salud cubiertas estén ofertas efectivamente y que el régimen pueda ser controlado y evaluado. Además, debe asegurar la participación social y la transparencia en la gestión del financiamiento: las informaciones deben ser disponibles para que la población y los proveedores de servicios de salud actúen juntos con el Estado en la implementación de la cobertura universal. En este marco, la experiencia internacional permite tener una idea de las leyes necesarias en la implementación de la cobertura universal. Por ejemplo, en Israel, fue necesario votar una ley para obligar a los proveedores de servicios a aceptar todos los asegurados sin otro tipo de consideración, porque se observó que para aumentar sus ingresos, algunas Cajas del sistema solo aceptaban a las personas con enfermedades simples o con bajo riesgo de complicación (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>).

#### **II.3.5. Mantenimiento de los logros alcanzados**

Avanzar más rápidamente hacia la cobertura universal es un desafío, pero mantener los logros realizados puede ser igualmente difícil. Así, varios países han adaptado sus sistemas de financiamiento a las circunstancias, en un ámbito de cambio continuo (OMS, 2010<sup>b</sup>).

Por ejemplo, después de su independencia en 1957, Ghana prestó asistencia médica gratuita a su población (no se cobraba por los servicios), a través de una red de centros de primer nivel, a partir de un financiamiento por fiscalidad general y el apoyo de donantes externos. Sin embargo, estos

logros no se pudieron mantener, ya que en los años 80, se implementaron en el país políticas neoliberales de reforma estructural, como respuesta al empeoramiento de las condiciones económicas (OMS, 2010<sup>b</sup>): en el sector salud, estas políticas significaron un crecimiento masivo de los servicios de salud privados con fines de lucro y la introducción de pagos de bolsillo formales en el sector público, provocando un fuerte descenso del uso de los servicios de salud, especialmente entre las poblaciones pobres (McIntyre *et al.*, 2008).

Esta situación insostenible desde el punto de vista de la salud pública y de la equidad llevó a realizar cambios en el sistema de salud, dirigidos a disminuir los gastos de bolsillo: en una primera etapa, se reintrodujo la gratuidad para enfermedades priorizadas como la tuberculosis y la lepra, para inmunizaciones, para la atención prenatal y para la atención primaria de las personas con ingresos sumamente bajos (OMS, 2010<sup>b</sup>). Luego, en el año 2004, se creó el Plan Nacional de Seguro Médico, al cual el 67,5% de la población se había registrado en 2009 (Duraij *et al.*, 2010). En este sistema, cada uno de los planes provinciales de mutuales de seguros que conforman el sistema nacional constituye un grupo diferenciado de riesgo. La fragmentación es, por lo tanto, un problema persistente, como lo es la sostenibilidad; pero Ghana está comprometido a corregir el abandono de la cobertura universal de los años 80 y busca alcanzarla de nuevo (OMS, 2010<sup>b</sup>).

Existen otros ejemplos, particularmente en el continente africano, de países que regresaron a un sistema de financiamiento inequitativo y excluyente después de haber ofrecido una cobertura universal más o menos completa según los casos. Estos ejemplos muestran las dificultades en mantener un sistema universal que generalmente ya fue difícil de alcanzar, razón por la cual se debe preferir un progresividad en el incremento de las coberturas en vez de implementar sistemas insostenibles en el tiempo.



## Conclusiones y recomendaciones

Alcanzar la cobertura universal en salud, es decir una situación en la cual todos los individuos tienen acceso a servicios de salud integrales, adaptados y a un costo abordable (hasta la gratuidad en el punto de acceso), está hoy considerada como un imperativo para poder mejorar significativamente el acceso a los servicios de salud, ya que los pagos de bolsillo constituyen la principal barrera de acceso, en particular para los grupos de población más pobres.

Gracias al análisis de una amplia bibliografía internacional sobre financiamiento de la salud, se mostró que alcanzar la cobertura universal es un proceso largo, que depende de numerosos factores. En efecto, no es suficiente el voto de una ley y para alcanzar la cobertura universal, las autoridades gubernamentales y de salud deben tomar decisiones políticas eficaces sobre estas las tres funciones del financiamiento de la salud (recolección, mancomunación y compra), con el fin de implementar un sistema de financiamiento de la salud que sea eficaz y equitativo.

Los dos sistemas de financiamiento principales que permiten organizar la cobertura universal son los sistemas de tipo Beveridge (financiados mediante recaudaciones fiscales) y los sistemas de tipo Bismarck (financiados mediante cotizaciones sociales a la Seguridad Social). Estos tienen argumentos a favor y desventajas bien identificadas, pero según Carrin y James (2004), el factor más importante en la elección del sistema de recaudación de fondos es el contexto estructural, es decir la historia misma del financiamiento y de la recolección de fondos para salud del país considerado, además de sus debilidades / fortalezas sociales, económicas y políticas específicas.

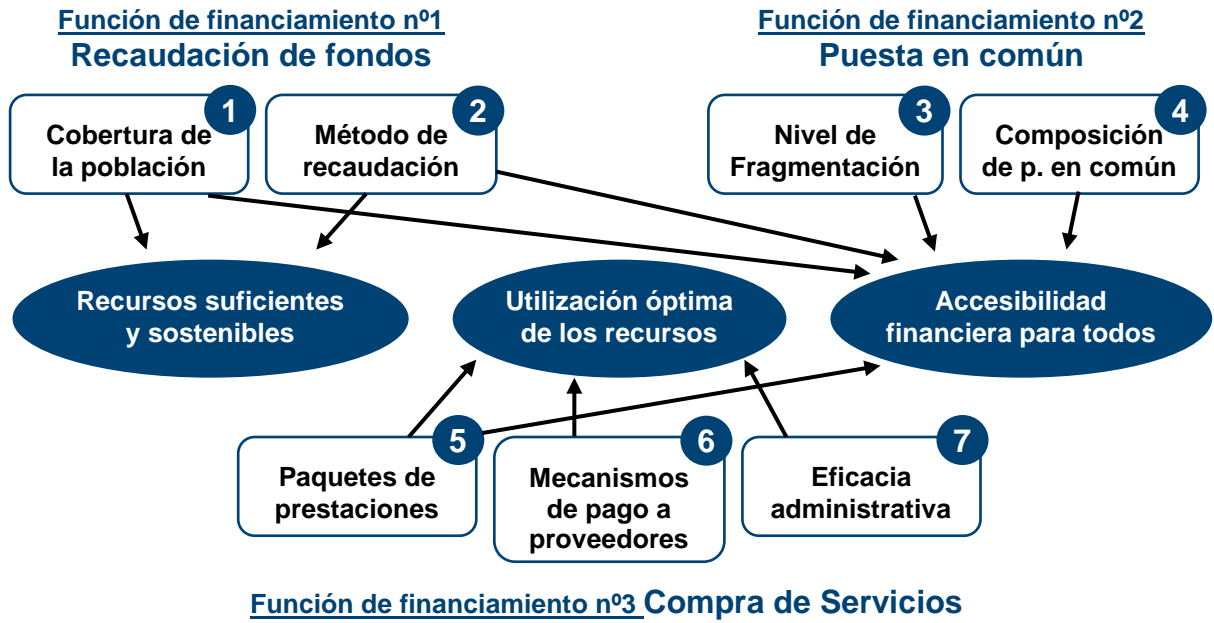
En el caso de Bolivia, el sistema existente es mixto (Seguridad Social y Seguros públicos), y en el marco de las conclusiones producidas en la bibliografía internacional, se recomendaría entonces mantener, por lo menos en forma de transición hasta la unificación del sistema de salud, este sistema mixto para la cobertura universal. Sin embargo, para alcanzar una cobertura universal eficiente, se debe implementar mecanismos de perecuación y de solidaridad, como un fondo único, para disminuir la fragmentación del sistema de salud, se debe organizar cuidadosamente la supresión de los pagos de bolsillo y se debe dar un enfoque particular en las poblaciones actualmente excluidas para disminuir efectivamente las barreras de acceso a los servicios de salud.

Como mencionado en el acápite II.2.4, el sistema de financiamiento debe ser evaluado desde sus tres funciones (recaudación, mancomunación y compra de servicios) y en mira hacia sus tres grandes objetivos: generación de recursos económicos suficientes y sostenibles, utilización óptima de estos recursos y accesibilidad económica al sistema para toda la población. En este marco, se puede considerar todos los factores claves esenciales para alcanzar la cobertura universal en salud.

Para realizar esta evaluación, los economistas de la salud Guy Carrin y Chris James recomiendan estudiar siete problemáticas claves, relacionadas con las tres funciones y los tres objetivos de un sistema de financiamiento de la siguiente manera (Ilustración 6).

Se recomienda entonces utilizar sistemáticamente este esquema de evaluación cuando se trata de sistema de financiamiento, lo que permitirá evaluar el conjunto del sistema de salud y de financiamiento en el Estado Plurinacional de Bolivia, para poder identificar las principales barreras y las oportunidades para el alcance de la cobertura universal.

**Ilustración 6 – Las 7 problemáticas claves de las funciones del financiamiento de la salud**



*Fuente: traducido de Carrin y James (2004<sup>8</sup>)*

Finalmente, alcanzar la cobertura universal significa incrementar significativamente las inversiones en el sector salud. En el contexto de un país en desarrollo que no cuenta con un crecimiento alto y sostenido de su PIB, como es el caso de Bolivia, incrementar las inversiones en salud es posible, pero con arbitrajes presupuestarios favorables al Sector Salud, es decir priorizando más el sector salud en la atribución de recursos públicos: sin embargo, los beneficios sociales y económicos a mediano y largo plazo serán generalmente superiores al costo, a la condición que existan condiciones que aseguran la eficiencia del gasto (mejora de la capacidad administrativa, enfoque de atención primaria, mejora de la calidad, disminución de las inequidades, etc.).

## Bibliografía

- **Audibert y Mathonnat (2000)**, *Cost recovery in Mauritania: Initial lessons from reform*. Health Policy and Planning 2000; 15 : 66-75, disponible en <http://heapol.oxfordjournals.org>.
- **Audibert y Mathonnat (2006)**, *Financement de la santé* (versión preliminar), CNRS / CERDI.
- **Audibert, Mathonnat, Brun y Carrière (2003)**, *Contraintes en ressources et facteurs socio-politiques comme déterminants des dépenses publiques de santé dans les pays en développement*, in Audibert, Mathonnat y De Roodenbeke (2003), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala ed, Paris, 2003, pp 339-361.
- **Audibert, Mathonnat y Roodenbeke (2004)**, *Quel Système de Santé? Financement de la Santé dans les Pays à faible revenu: questions récurrentes, nouveaux défis*. MedTrop 2004;64:552-560, disponible en <http://www.revuedemedecinetroppicale.com>.
- **Baeza y Muñoz (1999)**, *Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI*, Documentos para el Diálogo en Salud 3, Centro Latinoamericano de Investigación en Sistema de Salud, Santiago.
- **Barillas (1997)**, *La fragmentación de los sistemas nacionales de salud*, Revista Panamericana de Salud Publica 1997, v. 1, n. 3, pp. 246-249, disponible en <http://www.scielosp.org>.
- **Birdsall, Hecht (1997)**, *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*, in Colclough (1997), *Marketising Education and Health in Developing Countries: Miracle or Mirage?* Oxford: Oxford University Press.
- **Braveman y Tarimo (2002)**, *Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations*, Social Science and Medicine, 54, 1621-1635, disponible en <http://www.sciencedirect.com>
- **Breman y Shelton (2001)**, *Structural adjustment and health: a literature review of the debate, its role players and presented empirical evidence*, CMH Working Papers Series WG6: No. 6. Geneva: World Health Organization, 2001, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Carrin y Hanvoravongchai (2003)**, *Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries?*, Human Resources for Health 2003, 1:6, disponible en [www.human-resources-health.com](http://www.human-resources-health.com).
- **Carrin y James (2003)**, *Determinants of achieving universal coverage of health care : an empirical analysis*, in Audibert, Mathonnat y De Roodenbeke (2003), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala ed, Paris, 2003, pp 299-321.
- **Carrin y James (2004<sup>a</sup>)**, *Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage*, International Social Security Review, Vol. 58, 1/2005, p. 45-64, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Carrin y James (2004<sup>b</sup>)**, *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire: Problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition*, Discussion Paper N°2 – 2004, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP), WHO, Geneva, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Carrin, Waelkens y Criel (2005<sup>a</sup>)**, *Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems*, Tropical Medicine and International Health, volume 10 no 8 pp 799–811 august 2005, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).



- **Carrin, James y Evans (2005<sup>b</sup>)**, *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*, WHO, Department of Health Systems Financing, Technical Briefs for policy-makers N°1, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Creese (1997)**, *User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity*. Brit Med Journal 1997; 315 : 202-203, disponible en [www.bmj.com](http://www.bmj.com).
- **Deininger y Mpuga (2004)**, *Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, World Bank Policy Research Working Paper 3276, disponible en <http://ideas.repec.org>.
- **De Roodenbeke (2003)**, *Financement de la santé : efficience, solidarité et lutte contre la pauvreté*, in Audibert, Mathonnat y De Roodenbeke (2003), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala ed, Paris, 2003, pp 325-338.
- **Durairaj, D'Almeida y Kirigia (2010)**, *Ghana's approach to social health protection*, World Health Report (2010), Background Paper 2, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Edebalk y Olofsson (1999)**, *Sickness Benefits Prior to the Welfare State*, Scandinavian Journal of History, 1999, 24 (3/4), 281-297.
- **Efroymsen y Hammond (2004)**, *Tobacco and poverty: a vicious circle*, Geneva: World Health Organization, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Evans (2002)**, *Financing Health Care: Taxation and the Alternatives*, in Mossialos, Dixon, Figueras, Kutzin (2002), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 2002, 31-58, disponible en [www.chspr.ubc.ca](http://www.chspr.ubc.ca).
- **Filmer (2003)**, *The incidence of public expenditures on health and education*, Background note for the *World Development Report 2004: Making services work for the poor*, The World Bank, Washington DC, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Fisman y Gatti (2002)**, *Decentralization and Corruption: Evidence from U.S. Federal Transfer Programs*, Public Choice 113:25-35, 2002.
- **Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (1997)**, *Implementing health sector reforms: a review of eight country experiences implementing in Africa*. New York, UNICEF, Division of Evaluation, Policy and Planning.
- **Gilson y McIntyre (2005)**, *Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action*, British Medical Journal, 331:762-765, disponible en [www.bmj.com](http://www.bmj.com).
- **González (2001)**, *Imparcialidad financiera y equidad, Otra lectura del Informe de la Organización Mundial de la Salud - Año 2000*, Revista Gerencia y Políticas de Salud, n. 1, noviembre, p. 39-47, disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>.
- **Gwatkin (2004)**, *Are free Government Health Services the Best Way to Reach the Poor?* HNP Discussion Paper, World Bank, September 2004, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Hours (1992)**, *La santé publique entre soins de santé primaires et management*, Cahier des Sciences Humaines, 28(1), 123-140, disponible en <http://horizon.documentation.ird.fr>.
- **James, Hanson, McPake, Balabanova, Gwatkin, Hopwood, Kirunga, Knippenberg, Meessen, Morris, Preker, Soucat, Souteyrand, Tibouti, Villeneuve y Xuh (2006)**, *To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries*, Appl Health Econ Health Policy. 2006;5(3):137-53, disponible en [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).
- **Kanji (1989)**, *Charging for drugs in Africa: UNICEF's "Bamako Initiative"*, Health Policy and Planning, 4(2), 110-120, disponible en <http://heapol.oxfordjournals.org>.
- **Kutzin (2000)**, *Towards universal health care coverage: a goal-oriented framework for analysis*, Health, Nutrition and Population Department, World Bank, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).



- **Kwon (2002)**, *Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea*, Organización Internacional del Trabajo, Geneva, disponible en [www.ilo.org](http://www.ilo.org).
- **Lancet (1988)**, *The Bamako Initiative – Editorial*, Lancet, noviembre 19, 1177-1178, disponible en [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
- **Leighton (1996)**, *Strategies for achieving health financing reform in Africa*, World Development, 24, 1511-1525, disponible en <http://ideas.repec.org>.
- **Letourmy (2005)**, *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*, Notes et Documents n°26, Agence Française de Développement, disponible en [www.ired.org](http://www.ired.org).
- **Lourdelle (2003)**, *La protección social en los países del Sur y del Este mediterráneo, Balance y perspectivas*, Confederación Sindical de Comisiones Obreras y el Foro Sindical Euromed, Madrid, marzo 2003, disponible en [www.pazysolidaridad.ccoo.es](http://www.pazysolidaridad.ccoo.es).
- **Mc Coy (1996)**, *Free health care for pregnant women and children under six in South Africa: an impact assessment*, Durban: Health Systems Trust.
- **McIntyre, Garshong, Mtei, Meheus, Thiede, Akazili, Ally, Aikins, Mulliganh y Goudge (2008)** *Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania*, WHO Bulletin 2008;86:871–876, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Médicos Sin Fronteras MSF (2007)**, *From emergency relief to development: No cheap solution for health care in Liberia*, disponible en [www.msf.org.uk](http://www.msf.org.uk).
- **Mills (1983)**, *Economic Aspects of Health Insurance*, en Lee y Mills (1983), *The Economics of Health in Developing Countries*, Oxford University Press, disponible en <http://helid.desastres.net>.
- **Mills (2007)**, *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*, disponible en <http://web.wits.ac.za>.
- **Mossialos y Thomson (2002)**. *Voluntary health insurance in the European Union*, en Mossialos et al. (2002), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- **Murray y Frenk (2000)**, *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6), disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Nanda (2002)**, *Gender dimensions of user fees: implications for women's utilisation of health care*, Reproductive Health Matters, 10: 127-134, disponible en [www.sarpn.org](http://www.sarpn.org).
- **Organización Mundial de la Salud (1978)**, *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 6-12 de septiembre de 1978*, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (1988)**, *Guidelines for implementing the Bamako Initiative*, Regional Committee for Africa, 38th session, Brazzaville, 7-14 septembre, AFR/RC38/18 Rev.1.8, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (1999)**, *Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali) Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger*, Organización Mundial de la Salud África, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (2000)**, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, OMS, Ginebra, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (2004)**, *The Establishment and Use of Dedicated Taxes for Health*, WHO Regional Office for the Western Pacific, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (2005)**, *Resolución WHA 58.33, Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad*, 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).

- **Organización Mundial de la Salud (2006)**, *Informe sobre la salud en el mundo: colaboremos por la salud*, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (2010<sup>b</sup>)**, *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Oxfam International (2009)**, *Your Money or your Life, will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?*, disponible en [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org).
- **Palmer (2007)**, *Access and equity: evidence on the extent to which health services address the needs of the poor*, en Bennet, Gilson, Mills (2008), *Health, Economic Development and Household Poverty, from understanding to action*, Routledge International Studies in Health Economics, disponible en [www.ebookstore.tandf.co.uk](http://www.ebookstore.tandf.co.uk).
- **Ridde (2004)**, *L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank's Human Development Network, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Rosa y Alberto (2004)**, Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities, *Health Policy* 68: 129-142, disponible en [www.healthpolicyjrnl.com](http://www.healthpolicyjrnl.com).
- **Saenz-Pacheco (2005)**, The role of equity and solidarity within social health insurance, Chances and risk of the Costa Rica way towards universal coverage International Conference on Social Health insurance in Developing Countries, Berlin, Dec 2005, disponible en [www.shiconference.de](http://www.shiconference.de)
- **Savedoff (2004)**, *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, Discussion Paper N°4 – 2004, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP), WHO, Geneva, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Secretaría de Salud de México (2003)**, *Salud: México 2002, Información para la rendición de cuentas*, Segunda edición, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud, disponible en [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).
- **Tanzi y Zee (2000)**, Tax Policy for Emerging Markets: Developing Countries, *National Tax Journal*, 2000, 53 (2), 299-322, disponible en <http://ntj.tax.org>.
- **Turshen (1999)**, *Privatizing health services in Africa*, New Brunswick, New Jersey, and London Rutgers University Press, disponible en <http://journals.cambridge.org>.
- **Unidad de Análisis de Políticas Económicas UDAPE y Organización Panamericana de la Salud OPS (2004)**, *Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia*.
- **Van Parijs (1994)**, *Más allá de la solidaridad, los fundamentos éticos del Estado del bienestar y su superación, en contra de la exclusión en La propuesta del ingreso comunitario*, CIEPP, Buenos Aires, 1995, p. 55-82, disponible en [www.uclouvain.be](http://www.uclouvain.be).
- **Wagstaff (2005)**, *Health systems in East Asia: what can developing countries learn from Japan and the Asian Tigers*, World Bank Policy Research Paper 3790, Washington DC, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Xu, Evans, Kawabata, Zeramdini, Klavus, Murray (2003)**, *Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis*, *The Lancet*, July 2003, 362 (9378), 1-13, disponible en [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
- **Yates (2009)**, *Universal health care and the removal of user fees*, *The Lancet*, 373: 2078-2081, disponible en [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
- **Yates, Cooper y Holland (2006)**, *Social protection and health: experiences in Uganda*, *Development Policy Review*, 2006, 24(3): 339–56, disponible en <http://ideas.repec.org>.