



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

52ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 5 del orden del día provisional

A52/DIV/6
29 de abril de 1999

Mesa redonda ministerial

Conseguir dinero: dilemas afrontados por los ministros

OBJETIVOS DE POLÍTICA GENERAL

1. Las cuestiones relacionadas con la financiación plantean numerosos retos a los ministros de salud en todo el mundo. La preocupación respecto a la cuantía de la financiación, sobre si es insuficiente o excesiva, puede desviar la atención de los objetivos más amplios de la política de financiación sanitaria, que son los siguientes:

- C asignar y gestionar los recursos a fin de mejorar la salud de la población, reduciendo al mismo tiempo las desigualdades evitables
- C distribuir la carga de la recaudación de ingresos de manera justa entre toda la población
- C distribuir y gestionar los recursos de modo que se logre una distribución más justa de los servicios, procurando que respondan a las expectativas de la población
- C proteger a los individuos, las familias y las comunidades contra unos niveles de gasto sanitario empobrecedores
- C hacer progresos en cada uno de los ámbitos precitados en la mayor medida posible dentro de los límites de los recursos disponibles.

2. De esos objetivos se deduce que la financiación sanitaria depende de muchas otras cosas aparte de su cuantía. Puede resumirse el contenido de un sistema de financiación sanitaria como la recaudación, la gestión y la distribución de fondos para el sistema de salud. Los países han adoptado diferentes opciones en lo que respecta a los métodos y a los arreglos institucionales para realizar esas funciones, y su experiencia pone de relieve diversos aspectos y dilemas.

SISTEMAS DE FINANCIACIÓN SANITARIA: LECCIONES Y RETOS

3. Las **fuentes de financiación** son las unidades familiares, las empresas y el gobierno (incluidos los fondos de donantes), y los **métodos de recaudación/contribución** son los impuestos, los pagos anticipados para el seguro y los desembolsos directos efectuados por los individuos al utilizar los servicios. La experiencia de varios países lleva a pensar que la financiación pública mediante impuestos generales o para fines específicos es la opción más equitativa y eficiente para generar y recaudar ingresos para la salud. Sin

embargo, no todos los países pueden beneficiarse por igual del conocimiento de ese hecho. La comparación de los gastos sanitarios muestra que *la parte del gasto sanitario costeadada por el sector público aumenta con el ingreso nacional*. Los países pobres recaudan menos impuestos como proporción del PIB y dependen por tanto de un mayor porcentaje de financiación privada, aunque podrían preferir otras opciones. De ahí que la necesidad de dirigir, regular u organizar de cualquier otra forma las fuentes de financiación privada sea mayor en los países más pobres. Todos los países necesitan coordinar mejor las fuentes públicas y privadas en una estrategia global de financiación sanitaria, pero la importancia de ese reto no es la misma en todos los países.

4. Los **arreglos institucionales** encaminados a **gestionar** los fondos recaudados para el sistema sanitario y **asignar** esos fondos a los servicios varían mucho de un país a otro. En algunos países, una sola institución (p. ej., el ministerio de salud, el gobierno local o las cajas de seguridad social) se encarga de gestionar y asignar los fondos para la prestación de una amplia serie de servicios en nombre de la población de todo el país o de una determinada zona geográfica. Otros países tienen sistemas segmentados, con distintas instituciones para gestionar y asignar los recursos sanitarios a distintos grupos de la población. Entre esos dos extremos se sitúan países con distinto grado de integración de las funciones de financiación, asignación y prestación de los servicios. La experiencia sobre los efectos de esas distintas opciones es menos concluyente que en lo relativo a las fuentes de financiación y los mecanismos de recaudación. Los sistemas segmentados parecen incompatibles tanto con la eficiencia como con la equidad, pues duplican las funciones del sistema sanitario y dan lugar a *sistemas de salud+ que tratan de manera desigual a los distintos grupos sociales de la población. Así y todo, se necesitan más datos sobre el funcionamiento real de los distintos sistemas desde el punto de vista de los objetivos definidos anteriormente.

5. Los **métodos utilizados para gestionar y asignar los recursos** generan importantes incentivos para quienes prestan los servicios de salud. Algunos países han abandonado las asignaciones *tradicionales+ a los servicios de salud (determinadas, por ejemplo, en función del número de camas, de los presupuestos precedentes, etc.) para adoptar nuevos enfoques basados en la evaluación de la **necesidad** de servicios de la población. Cabe caracterizar esos métodos como financiación/subvención de la **oferta** de servicios considerada en relación con la **demand**a de servicios. Ejemplos de ello son la subvención de la compra de seguros médicos, las asignaciones per cápita (a menudo ponderadas mediante indicadores de la *necesidad+ o del costo) a proveedores o aseguradores y el reembolso a los proveedores por los servicios proporcionados. Todos los métodos de pago o subvención generan incentivos *mixtos+. Sin embargo, es posible prever esos incentivos y adoptar los métodos de reglamentación correspondientes para paliar los efectos de los incentivos *negativos+. Por ejemplo, pagar a los hospitales en función del número de casos debería fomentar la toma de conciencia de los costos implicados, pero puede conducir a un *subsuministro+ de los servicios necesarios por caso atendido o a frecuentes rehospitalizaciones. Así pues, ese método de pago debe acompañarse de análisis sistemáticos que garanticen un número apropiado de hospitalizaciones y una atención de buena calidad.

6. La diversidad de los arreglos y métodos institucionales adoptados para implantar funciones fundamentales, unida a la diversidad de contextos nacionales, lleva a pensar que no hay una fórmula única que asegure la combinación idónea de instituciones, roles públicos y privados, formas de pago a los proveedores, etc. La combinación adoptada en un determinado país debe evaluarse en función de los objetivos de la política elegida. Los datos recogidos en una amplia gama de países indican que ciertos arreglos no favorecen el logro de los objetivos, como por ejemplo el reembolso a los proveedores en función de unas tarifas no reglamentadas por servicio prestado, una amplia dependencia de los desembolsos directos por los usuarios, o la competencia no reglamentada entre fondos de seguros voluntarios. Desafortunadamente, no hay datos tan claros que respalden conclusiones paralelas de experiencias *positivas+ con estrategias concretas válidas en una amplia gama de contextos nacionales.

PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

7. Así pues, los países deben hacer su propia evaluación de las repercusiones de su sistema de financiación sanitaria y de los efectos de las reformas. Para ello se requiere información. En primer lugar, se necesita información sobre la cuantía y la asignación de los recursos entre las instituciones y los servicios. Las cuentas sanitarias nacionales son un instrumento para, literalmente, *conseguir dinero+ en los sistemas sanitarios, esto es, determinar el nivel de financiación para cada institución implicada en la recaudación de ingresos para los servicios de salud, la asignación de esos ingresos a los proveedores de servicios, el suministro de servicios y las funciones conexas de reglamentación y gestión. En segundo lugar, se requiere información sobre la eficacia del sistema de financiación sanitaria en lo que respecta a los objetivos antes definidos. Por lo tanto, deben medirse los indicadores de la eficacia del sistema sanitario, y analizarse las causas de los cambios experimentados por esos indicadores para poder formular recomendaciones de política basadas en la experiencia.

8. En la práctica, las reformas de la financiación de la salud se ven impulsadas por un complejo conjunto de factores políticos y de otro tipo, entre los cuales la *experiencia+ técnica sobre los efectos de las políticas no es más que uno de esos factores. Es difícil llevar a término una reforma eficaz, en parte porque siempre supone un compromiso entre los intereses de distintos grupos. Lo que un analista puede considerar como *ineficiencia+ o *despilfarro+, será realmente un *ingreso+ de otra persona o grupo. Los cambios se ven obstaculizados también por el hecho de que las políticas de antaño tienen consecuencias a largo plazo. Por ejemplo, puede ocurrir que las consecuencias derivadas de los gastos ordinarios de anteriores inversiones en hospitales terciarios no puedan modificarse sino gradualmente. La decisión de crear un plan de seguridad social puede haber fragmentado el sistema de salud en función de las clases sociales y dado lugar a una duplicación antieconómica de las funciones, pero también puede haber propiciado la aparición de un grupo poderoso de beneficiarios satisfechos que se resisten a todo cambio que pueda amenazar sus intereses en nombre de objetivos sistémicos de base demográfica.

9. Esto no significa que unos buenos datos no sean importantes. La disponibilidad de datos sólidos sobre los efectos de diversas políticas sanitarias en las metas de los sistemas de salud puede ser una valiosa aportación para el debate político. Además, puede ayudar a las instancias decisorias a comprender mejor las consecuencias de las políticas adoptadas en el pasado, desde el punto de vista tanto de los objetivos del sistema de salud como de los grupos de intereses que probablemente se verán afectados por los cambios propuestos. *Conseguir dinero+ para mejorar la eficacia del sistema de salud será siempre difícil, pero la disponibilidad de datos sólidos para saber dónde se halla el dinero, cómo se emplea y cómo repercute en los objetivos del sistema de salud es indispensable para una reforma racional y eficaz.

= = =