



RE-324

***Evaluación del sector de
la salud
1995-2005***

Oficina de Evaluación y Supervisión, OVE

Banco Interamericano de Desarrollo
Washington, D.C.
Noviembre de 2006

Para uso oficial únicamente

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	BREVE ANÁLISIS DE LA CARTERA DEL BANCO EN EL SECTOR DE LA SALUD.....	3
	A. El sector de la salud en el BID	3
	B. Comparación con el Banco Mundial.....	4
III.	REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD Y EL MARCO DEL BANCO EN EL SECTOR.....	6
	A. El contexto del cambio: Fundamento de las reformas del sector de la salud en la década de los noventa	6
	B. Diagnóstico de los sistemas de salud de la región y del Banco	7
	C. El marco de reforma y las intervenciones del Banco en el sector de la salud.....	9
	D. ¿Una nueva orientación?.....	13
IV.	EVALUACIÓN DEL ENFOQUE DEL BANCO	15
	A. ¿Estaba América Latina realmente rezagada?	15
	B. La atención primaria y el paquete básico de servicios médicos	16
	1. Aspectos conceptuales	16
	2. Pruebas empíricas.....	18
	3. Atención primaria, atención hospitalaria y equidad	19
	4. Resumen	20
	C. Contratación	21
	1. Aspectos conceptuales	22
	2. Resultados empíricos	22
	3. Resumen	28
	D. Incentivos basados en el desempeño.....	28
	1. Aspectos conceptuales	28
	2. Pruebas empíricas.....	29
	E. Tasas de uso.....	31
	1. Aspectos conceptuales	31
	2. Pruebas empíricas.....	32
	F. Descentralización	33
	1. Aspectos conceptuales	33
	2. Pruebas empíricas.....	33
	G. Nota sobre el seguro social y los impuestos sobre la nómina	35
	H. Cambios en los países	37
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39

ANEXOS

Anexo 1	Cuadros y gráficos
Anexo 2	Recuadros

SIGLAS Y ABREVIATURAS

IPES	Informe de Progreso Económico y Social en América Latina
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe presenta una evaluación del fundamento conceptual y empírico de las principales medidas de reforma promovidas por el Banco en sus intervenciones en el sector de la salud entre 1995 y 2005. Estas medidas plasman el enfoque aplicado por el Banco para encarar los problemas del sector. En este sentido, los proyectos mismos y las reformas del sector aplicadas por los países durante el período no se evalúan en forma individual o aislada, sino en su relación con ese enfoque.

Dado que el enfoque aplicado por el Banco por conducto de sus proyectos estaba vinculado a la consecución de tres objetivos principales, a saber, mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad o cobertura, en este informe se evalúa la probabilidad de que los proyectos hayan contribuido a alcanzar esas metas.

A. Cartera y ejecución

Desde su creación, el Banco ha aprobado 63 préstamos autónomos para el sector de la salud por un total aproximado de US\$4.500 millones (en dólares de 2005). Aunque esas operaciones representaron un pequeño porcentaje de las aprobaciones del Banco —3,4% del número de proyectos y 2,3% del monto aprobado—, el ritmo de las aprobaciones del sector de la salud y el monto mediano de los préstamos han aumentado desde la década de los noventa, en especial desde 1995, y han superado la mediana de los proyectos del Banco. El período en que se centra esta evaluación (1995-2005) es el más importante en lo que respecta a la participación del Banco en el sector, ya que representa el 48% del número de proyectos y el 57% del monto total aprobado por el Banco desde 1973, cuando se aprobó el primer préstamo autónomo de salud.

En general, llevó más tiempo aprobar y desembolsar los préstamos para los proyectos de salud aprobados entre 1995 y 2005 que para el proyecto promedio o los proyectos de educación del Banco. Al parecer, los problemas de preparación y ejecución que se detectaron están vinculados a la naturaleza compleja de los procesos de reforma del sector de la salud que propugnaba la mayoría de nuestras operaciones y a las dificultades políticas inherentes a esos procesos. Las reformas integrales del sector público y económico, incluidas las del sector de la salud, han entrañado costos políticos y de transacción considerables para los políticos, los encargados de tomar decisiones y la población en general. Esos costos han dado lugar a lo que se conoce como la fatiga de la reforma.

Si se comparan los proyectos del sector de la salud aprobados por el BID y el Banco Mundial en América Latina y el Caribe durante el período, se observa que el BID es competitivo en ese sector y que existen dos diferencias principales entre ambas instituciones: (i) el Banco Mundial ha concentrado una proporción mucho mayor de sus préstamos en los países más grandes (“A”) que el BID; y (ii) el Banco Mundial ha “dominado” el tema del VIH/SIDA en la región, ya que aprobó 11 préstamos relacionados con el SIDA que abarcan toda la región de América Latina y el Caribe, mientras que el Banco no ha aprobado ningún préstamo autónomo relacionado con ese tema.

B. La reforma del sector de la salud y el marco sectorial del Banco

La década de los noventa y, en especial, el segundo lustro representan un cambio profundo en la orientación del financiamiento del Banco para el sector de la salud. Si bien en las décadas de los setenta y de los ochenta las operaciones del sector de la salud aprobadas por el Banco estaban dirigidas fundamentalmente a financiar infraestructura y equipos, en la década de los noventa el Banco cambió la *orientación* del financiamiento del sector de la salud y adoptó un enfoque sistémico destinado a introducir cambios y reformas estructurales en el sector en su conjunto. Este cambio reflejó la tendencia de las reformas del sector público que se estaban ejecutando en los países.

Las reformas del sector de la salud se circunscribieron a un contexto general de reformas estructurales que comenzaron en la década de los ochenta y se basaron en las ideas y políticas plasmadas en el “Consenso de Washington”. Esas ideas dominaron la concepción que se tenía del desarrollo en el período y fueron incorporadas por quienes trabajaban con el sector de la salud, tanto en los países mismos como en las instituciones financieras internacionales. En este sentido, las esferas de intervención normativa que apoyaba el Banco reflejaban los debates y las inquietudes de los países de la región y guardaban una relación intrínseca con ellos.

Esta evaluación muestra que el enfoque aplicado por el Banco en el período comprendido entre 1995 y 2005 queda definido en un conjunto de principales medidas de reforma, basadas mayormente en incentivos e instrumentos de mercado, a saber: (i) la promoción de los servicios de atención primaria de salud o la definición de un paquete básico (o esencial) de servicios; (ii) la contratación de proveedores del sector privado; (iii) el diseño y la aplicación de incentivos basados en el desempeño (contratos o convenios de gestión); (iv) la introducción de tasas de uso; y (v) la descentralización del sector.

La evaluación muestra también que esas medidas y los proyectos que el Banco aprobó durante ese período se relacionaban, en esencia, con la consecución de tres objetivos principales, a saber: (i) mejorar la eficiencia; (ii) mejorar la calidad de la atención o del sistema; y (iii) mejorar la equidad o aumentar la cobertura.

C. Evaluación de las principales medidas de reforma del Banco

OVE ha evaluado el fundamento teórico y empírico de las principales medidas de reforma que apoyó o aplicó el Banco a fin de determinar si es probable que hayan contribuido a alcanzar los tres objetivos principales para el sector.

Las conclusiones y comprobaciones derivadas de cada una de las principales medidas de reforma apoyadas por el Banco indican que las medidas tienen limitaciones y desventajas suficientes como para sugerir que, en su totalidad, era improbable que este conjunto de medidas hubiera ayudado a mejorar la eficiencia, la calidad o la equidad de los sistemas de salud de la región.

1. Atención primaria de salud y paquete básico de servicios

El enfoque integral de la atención primaria de salud que se promovió en la Conferencia de Alma-Ata de 1978 se consideró vago y poco realista desde el punto de vista financiero y ha sido reemplazado con un esquema alternativo de atención primaria de salud según el cual las intervenciones de atención primaria deben contemplar un número pequeño de intervenciones eficaces en función de los costos: un paquete básico de servicios.

En este sentido, es preciso que en el análisis de la atención primaria se distinga el enfoque integrado de atención primaria de salud —utilizado como fundamento para organizar el sistema de salud en el Canadá y el Reino Unido, por ejemplo— de los servicios del paquete básico, que han sido la modalidad más común de intervención normativa en los países en desarrollo, incluidas las intervenciones auspiciadas por el Banco. En 15 de las 21 operaciones que incluían intervenciones relacionadas con la atención primaria se apoyó la aplicación de paquetes básicos, y cerca del 80% de esos paquetes fueron paquetes básicos limitados.

Si bien la idea de ejecutar intervenciones selectivas quizá tenga sentido desde el punto de vista económico, los beneficios a los que se hace referencia en los estudios de eficacia en función de los costos de las intervenciones de atención primaria de salud rara vez se demostraron en la práctica, es decir, los cálculos teóricos del análisis de la eficacia en función de los costos no tienen en cuenta las limitaciones y restricciones de los sistemas de atención de salud. Según una de las pocas evaluaciones que se llevaron a cabo en América Latina y el Caribe, el alcance limitado de los servicios prestados en el paquete básico, especialmente en el caso de los servicios de extensión públicos del tipo de los que financia el Banco en Centroamérica, dio lugar a la subutilización de los servicios. Una evaluación intermedia de una experiencia del Banco con los paquetes básicos arroja resultados mixtos. Por otro lado, según las experiencias de algunos países desarrollados, un enfoque integral de atención primaria quizá sea una estrategia eficaz para organizar el sector.

A diferencia de la atención hospitalaria, que se veía principalmente como un beneficio para los grupos de ingresos altos y medianos, la atención primaria de salud se consideraba favorable para los pobres. Esa percepción de la atención primaria de salud se ha explicitado en el Banco, que clasifica automáticamente los proyectos de atención primaria de salud como proyectos orientados a la reducción de la pobreza. Sin embargo, no hay certeza en cuanto al impacto positivo de la atención primaria en la equidad.

2. Contratación

La contratación no sólo estaba relacionada con muchos de los demás instrumentos principales de reforma promovidos por el Banco, sino que era también la expresión más directa del enfoque favorable al mercado que constituía el núcleo de las propuestas de reforma de la década de los noventa. Se esperaba que la contratación coadyuvara a la consecución de las tres categorías de objetivos: eficiencia, calidad y cobertura. Los datos disponibles indican que el modelo de contratación que aplica el Banco con más frecuencia no ha servido para alcanzar los objetivos de mejorar la eficiencia y la calidad y, aunque tal

vez haya alcanzado los objetivos de cobertura en determinados tipos de servicios, su pertinencia y sostenibilidad son cuestionables.

Para que el modelo de contratación surta efecto, debe cumplirse una serie de supuestos y condiciones que, en general, no se materializaron: (i) la existencia de un entorno competitivo; (ii) la mejor calidad de atención de los proveedores del sector privado; (iii) la prestación de servicios a costos más bajos; y (iv) la existencia de capacidad técnica adecuada que abarque todos los aspectos de la reglamentación, desde el diseño, la supervisión y la evaluación de contratos hasta la capacidad para imponer penas y sanciones.

Los resultados obtenidos a partir de tres experiencias de contratación del Banco revelan que, en general, no hay mayores diferencias de desempeño entre los servicios contratados externamente y los servicios públicos, y que los costos unitarios del modelo de contratación externa son mayores que los costos del régimen de servicio público.

3. Incentivos basados en el desempeño

El Banco ha apoyado la aplicación de incentivos a la oferta basados en el desempeño en un 70% de los proyectos aprobados entre 1995 y 2005. Estas medidas apuntaron a mejorar la eficiencia y calidad de la prestación de servicios.

Contrariamente a la intuición económica, las pruebas que demuestran el éxito de los incentivos basados en el desempeño todavía son deficientes o sólo tienen importancia secundaria en el contexto de América Latina y el Caribe. En los análisis de las experiencias de países desarrollados se encuentran pocas pruebas que avalen la supuesta eficacia de los incentivos financieros para los proveedores y pocos resultados netos positivos para el sistema de salud. Además, esos estudios también reflejan los elevados costos administrativos y de diseño de esos instrumentos.

En la mayoría de los proyectos del Banco que apoyan la aplicación de incentivos basados en el desempeño, esos instrumentos se conciben como instrumentos para mejorar la calidad. No obstante, la experiencia del Canadá muestra que hay muy pocas pruebas confiables que sirvan para comprender los efectos de los sistemas de incentivos en la salud de los pacientes, en general, y en la calidad de la atención, en particular.

Los sistemas de pago basados en el desempeño requieren que los sistemas de seguimiento y reglamentación tengan un nivel de refinamiento que quizá no esté presente en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Esto reviste particular importancia, ya que los planes de incentivos que premian o sancionan el desempeño de las instituciones —como los apoyados por la mayoría de los proyectos del Banco— pueden llegar a afectar negativamente a la población que depende del servicio. Es probable que las “penas” que quizá se deriven del desempeño deficiente —por ejemplo, reducciones de las transferencias o asignaciones presupuestarias— afecten sobre todo a la población local que depende de servicios que pueden empezar a sufrir insuficiencias de financiamiento.

4. Tasas de uso

Aunque en sólo siete de los 30 proyectos aprobados entre 1995 y 2005 se apoyó la aplicación de tasas de uso, el hecho de que un proyecto del Banco propusiera ese tipo de

medida es en sí mismo sorprendente. La abrumadora cantidad de pruebas acumuladas muestra que, en la práctica, las tasas de uso inciden negativamente en la equidad, el acceso, la eficiencia y la recaudación de ingresos. Además, en general, los mecanismos para proteger a los pobres (dispensas de las tasas de uso o escalas de tasas) no son eficaces; primero, porque no pueden impedir enteramente que los pacientes aplacen su demanda de servicios de salud; y, segundo, porque la gestión y aplicación de esos sistemas tienen un alto costo y plantean dificultades.

Hay dos asuntos más que se deben tener en cuenta. Primero, los proyectos que apoyaban las tasas de uso se aprobaron incluso en 2001, aunque el Banco Mundial, que fue el primero en promover las tasas de uso en sus programas para África, había abandonado la medida a mediados de la década de los noventa. Asimismo, las tasas de uso se estaban aplicando en países que no sólo se encontraban entre los más pobres de la región, sino también entre los que registraban los menores esfuerzos tributarios (salvo en un caso, todos ellos eran países de Centroamérica, América Latina y el Caribe).

5. Descentralización y autonomía hospitalaria

La descentralización, la medida que más comúnmente apoyaron los proyectos del Banco, refleja la convicción general de los países de la región de que era una herramienta clave para mejorar la eficiencia y cobertura/equidad del sector.

Sin embargo, la descentralización per se no garantiza más eficiencia del sector de la salud ni un mejor acceso a los servicios. Los procesos de descentralización dependen de la aplicación satisfactoria de una serie de medidas (por ejemplo, sistemas de rendición de cuentas y marcos jurídicos y mecanismos de transferencia transparentes), de la presencia de una capacidad técnica y de gestión satisfactoria en el plano local, y de la existencia de financiamiento suficiente. Sin esos elementos, la descentralización puede dar lugar a costos mayores y a la multiplicación de las estructuras administrativas y burocráticas y, así, a una mayor ineficiencia. Por último, si no existen mecanismos apropiados para el control y la supervisión de las comunidades o si éstos no son eficaces, aumenta la probabilidad de que se asignen mal los recursos o de que éstos se utilicen para fines políticos.

Si bien es difícil hacer evaluaciones empíricas rigurosas de las iniciativas de descentralización, las pruebas disponibles indican resultados mixtos pero algo alentadores. Hay pocos datos sobre el impacto que tiene la descentralización en la eficiencia (técnica), pero las pruebas internacionales apuntan al deterioro de la eficiencia en la asignación de recursos como consecuencia de una menor provisión de recursos a las actividades relacionadas con los bienes públicos en favor de los bienes privados de salud.

El Banco también apoyó, en 10 proyectos, las iniciativas nacionales destinadas a aumentar la autonomía financiera y de gestión hospitalaria como parte del proceso de descentralización. Los datos (limitados) sobre la autonomía hospitalaria en los países en desarrollo señalan pocas mejoras en lo que respecta a la eficiencia y la calidad de la atención. Según las experiencias de los países desarrollados, la autonomía hospitalaria no mejora automáticamente el desempeño de los hospitales. Por último, es de presumir que muchas de las hipótesis implícitas en el modelo conceptual de autonomía hospitalaria no se

harán realidad en la práctica. Los hospitales públicos descentralizados son instrumentos para lograr dos objetivos que pueden ser antagónicos: mejorar la “eficiencia y productividad” globales del sector y contribuir a objetivos de política social. Así ocurre, en particular, en los múltiples casos en que los hospitales públicos son la única fuente de servicios de salud en ciertas zonas. Estos hechos, y su dependencia última de los recursos públicos, implican que no es probable que los hospitales sean tan autónomos como se supone en los modelos conceptuales.

D. Conclusiones y recomendaciones

Las intervenciones del Banco en el sector de la salud se inscribieron en el marco general de reformas estructurales sustentado en las políticas de mercado y la reducción del déficit fiscal que dominaba la teoría del desarrollo en la época e inspiraba a quienes colaboraban con el sector de salud, tanto en los países mismos como en las instituciones financieras internacionales, incluido el BID.

Las conclusiones y comprobaciones derivadas de cada una de las principales medidas de reforma apoyadas por el Banco entre 1995 y 2005 indican la presencia de importantes limitaciones empíricas y conceptuales. Estas limitaciones sugieren que, en general, el enfoque seguido por el Banco acaso no haya plasmado en la mejora de la eficiencia, la calidad o la equidad de los sistemas de salud de la región, como se había previsto en los proyectos aprobados durante el período.

Las pruebas disponibles reflejan que los instrumentos de mercado no son *necesariamente* alternativas superiores. El sector de la salud, en verdad, se caracteriza por el fallo tanto del mercado como del Estado, y las características contextuales propias de los países son elementos críticos para formular y aplicar recomendaciones de políticas adecuadas. Estos resultados, a su vez, implican que las intervenciones en el sector de la salud fueron y serán esencialmente experimentales y que el Banco ha de analizar diversas alternativas. La incertidumbre, en verdad, es inherente al contexto de políticas del sector. Los países desarrollados como Nueva Zelandia, que propugnaron con entusiasmo las políticas de la nueva gestión pública, han venido revisando sus estrategias.

Sin embargo, una de las principales comprobaciones de esta evaluación es que las medidas de reforma del Banco no se basaron en pruebas, sino que, en gran parte, se basaron en una serie de hipótesis consensuales de la época que dimanaban de la idea de que los mecanismos e incentivos de mercado eran la única solución para los problemas e ineficiencias observados en el sector. A pesar de la falta de sustento empírico y, a veces, conceptual, esas hipótesis no se pusieron seriamente en tela de juicio: se consideraron acertadas porque estaban sustentadas en “premisas correctas”.

Por todas estas razones, es preciso reforzar las actividades de evaluación y los trabajos analíticos y empíricos necesarios para *apoyar las actividades operativas del Banco*.

Con respecto a la necesidad de fortalecer las iniciativas de evaluación, este informe ha demostrado que la atención primaria es una esfera que reviste importancia significativa, que posiblemente incida en la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud y que revela una escasez considerable de evaluación empírica.

Tal como pone de manifiesto el análisis de las experiencias de contratación, no se han cumplido muchos de los requisitos previos y supuestos necesarios para la contratación de proveedores del sector privado. En consecuencia, el Banco debe evaluar las condiciones de los países donde ha financiado enfoques similares, formular las medidas necesarias para corregir o mitigar las limitaciones existentes (de haber alguna) y analizar el conjunto de condiciones que pueden aumentar las posibilidades de éxito.

Se ha señalado que la capacidad reglamentaria de un país es un factor crítico en la aplicación satisfactoria de muchas de las medidas apoyadas por los proyectos del Banco. Este problema plantea una interrogante importante que el Banco debe examinar explícitamente: ¿deben (o pueden) los encargados de formular políticas esperar que exista un sistema reglamentario óptimo para iniciar determinadas intervenciones? No obstante, dado que al parecer las limitaciones reglamentarias no se han abordado de manera adecuada, el Banco debería dar prioridad a las evaluaciones de la capacidad reglamentaria existente en los países que tienen operaciones financiadas por el Banco y destinadas a la aplicación de mecanismos de contratación, incentivos basados en el desempeño y autonomía hospitalaria.

OVE ha observado asimismo que, en su mayoría, los trabajos sectoriales y económicos del Banco no guardan relación con las medidas clave que se analizan en el presente documento ni con los principales objetivos de los proyectos del Banco. De hecho, sólo había cuatro estudios relacionados con las cinco principales medidas de reforma, ocho estudios relacionados con la reforma en general y únicamente dos relacionados con los objetivos de eficiencia, calidad y equidad/cobertura.

En ese sentido, la inclusión de “enlaces de recursos de conocimientos” —sitios virtuales que presentan las principales definiciones conceptuales, análisis temáticos, trabajos de investigación aplicada elaborados dentro de la institución o financiados por el Banco y enlaces y referencias a bibliografía académica y normativa— podría ser una herramienta que sirviera de fuente de información y de catalizador para profundizar la investigación y el intercambio de ideas.

Es evidente asimismo que se necesita ampliar los trabajos sectoriales y analíticos. OVE recomienda encarecidamente que el programa de investigación aplicada del Banco se oriente en función de las necesidades de los Departamentos Regionales de Operaciones. Según indican los proyectos aprobados recientemente, los países de la región están siguiendo un camino que no es del todo claro todavía, si bien es algo diferente. Por consiguiente, la importancia de la asistencia del Banco depende de su capacidad para identificar los temas y las esferas que requieren más investigación.

Debiera señalarse que los problemas observados en esta evaluación no invalidan la focalización del Banco en los problemas sistémicos. Las ventajas comparativas del BID dependen de su capacidad para comprender, prescribir e intervenir respecto de asuntos relacionados con sistemas, lo que no necesariamente implica medidas de reforma. También se debe recordar que la región es singular en el sentido de que cuenta con un organismo especializado de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud, para brindar apoyo a los países en relación con problemas epidemiológicos y de morbilidad específicos.

Entre los temas sistémicos (no relativos a reformas) que revisten más interés para la futura intervención del Banco se incluyen, por ejemplo, los siguientes: (i) las intervenciones destinadas a mejorar la capacidad de vigilancia (epidemiológica y sanitaria) de los países, ámbito que está estrechamente relacionado con los sistemas reglamentarios e institucionales, que, conforme se señala a lo largo del presente documento, todavía son deficientes en la región; (ii) el diseño y la aplicación de las redes de sistemas de salud (el Banco ha respaldado intervenciones en este ámbito durante el período analizado y ha seguido haciéndolo hasta la fecha); y (iii) los recursos humanos: el sector de la salud es esencialmente de gran intensidad de mano de obra. Si bien en los países desarrollados emplea hasta el 10% de la fuerza de trabajo formal, en las economías en desarrollo utiliza porcentajes elevados de trabajadores voluntarios e informales. Además, los recursos humanos constituyen, quizá, los factores más importantes a la hora de determinar la calidad y la eficiencia de un servicio de salud, dado que son los protagonistas finales y los encargados de tomar decisiones en el proceso de prestación de los servicios. A pesar de ello, ni el Banco ni ningún otro organismo han prestado la debida atención al desarrollo de los recursos humanos del sector.

Por último, tal como lo indica la comparación con el Banco Mundial, el BID es competitivo en el sector. El programa del Banco en el sector de la salud en Colombia, que es sumamente positivo, constituye un ejemplo de su competitividad, y las lecciones que se pueden extraer de esta experiencia debieran servir de base para la acción del Banco en el futuro.

I. INTRODUCCIÓN

- 1.1 Desde principios de la década de los noventa, pero especialmente desde 1995, las intervenciones del Banco en el sector de la salud se inscribieron en el marco general de reformas estructurales sustentado en las políticas de mercado y la reducción del déficit fiscal que dominaba la teoría del desarrollo en la época. Este marco de reforma plasmó en una serie de medidas de reformas del sector de la salud destinadas a inducir, o por lo menos imitar, un comportamiento similar al del mercado por parte de los agentes públicos y privados.
- 1.2 Este informe presenta una evaluación del fundamento conceptual y empírico de las principales medidas de reforma promovidas por el Banco en sus intervenciones en el sector de la salud entre 1995 y 2005. Estas medidas plasman el enfoque aplicado por el Banco para encarar los problemas del sector. En este sentido, los proyectos mismos y las reformas del sector aplicadas por los países durante el período no se evalúan en forma individual o aislada, sino en su relación con ese enfoque.
- 1.3 OVE optó por esta metodología de evaluación en lugar de una evaluación de proyectos individuales porque (i) el número de proyectos de inversión completamente desembolsados aprobados entre 1995 y 2005 es reducido; (ii) la mayoría de los proyectos acusaban problemas de evaluabilidad por carecer de indicadores o metas adecuados¹; y (iii) la evaluación de proyectos individuales sin el marco general del fundamento conceptual y empírico —tal como el que se presenta aquí— no daría cabida a lecciones aprendidas de amplio alcance, lo que limitaría su pertinencia para el Banco y los países de la región. Por consiguiente, este informe constituye el primer intento de OVE de analizar el sector y, como tal, proporciona la base para futuras evaluaciones de proyecto.
- 1.4 Dado que el enfoque aplicado por el Banco por conducto de sus proyectos estaba vinculado a la consecución de tres objetivos principales, a saber, mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad o cobertura, este informe evalúa la probabilidad de que los proyectos hayan contribuido a alcanzar esas metas.
- 1.5 El principal período de análisis, además de representar el ciclo más importante de las actividades del Banco en el sector de la salud, marca un cambio importante de orientación en cuanto a las medidas del Banco, de los proyectos que se orientaban casi exclusivamente a financiar la infraestructura y los equipos de los centros de salud a las intervenciones destinadas a introducir cambios estructurales (reformas) en el sector en su conjunto.
- 1.6 En el capítulo siguiente se enmarca el sector de la salud en el Banco y se presenta una breve descripción y análisis de los préstamos para el sector de la salud aprobados por el BID. En el Capítulo III se analiza la dirección de las intervenciones del Banco desde la década de los noventa y se esboza el marco institucional de sus intervenciones. En este contexto, se explican los fundamentos

de la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe y el modo en que se incorporaron en las intervenciones del Banco.

- 1.7 En el Capítulo IV se analiza el fundamento conceptual y empírico de las principales medidas de reforma aplicadas mediante los proyectos del Banco. Por último, en el Capítulo V se presentan las principales conclusiones y recomendaciones del informe.

II. BREVE ANÁLISIS DE LA CARTERA DEL BANCO EN EL SECTOR DE LA SALUD

- 2.1 En este capítulo se brinda un panorama general del volumen y la evolución de la cartera del Banco en el sector de la salud, tanto en valores absolutos como relativos. El capítulo tiene por objeto dar al lector una idea de la importancia que reviste el sector en el contexto del BID y situar a este sector en relación con las medidas que ha tomado el Banco Mundial en América Latina y el Caribe en materia de salud.

A. El sector de la salud en el BID

- 2.2 En 1973 el BID aprobó el primero de sus 63 préstamos del sector de la salud independiente². Esta clasificación excluye otros proyectos aprobados por el Banco con componentes que financian intervenciones en este ámbito (por ejemplo, fondos de inversión social, transferencias condicionales en efectivo y préstamos en apoyo de reformas de política que no están destinados al sector de la salud), así como las operaciones de agua y saneamiento que explícitamente producen impactos sanitarios importantes. Desde entonces, prácticamente todos los años se han aprobado proyectos del sector de la salud para todos los países miembros, a excepción de las Bahamas. De los 63 proyectos aprobados, tres fueron préstamos en apoyo de reformas de política³.
- 2.3 El monto original aprobado por el Banco en estos 33 años ascendió a aproximadamente US\$4.500 millones (en dólares de 2005) y el volumen promedio de los proyectos a US\$48,1 millones (véase el Cuadro 2.1, que figura en el Anexo 1 del presente informe, como todos los cuadros y gráficos)⁴. Los datos revelan también que el mayor número de aprobaciones (un 42% más) y el mayor volumen de los proyectos de los últimos 16 años, es decir, entre 1990 y 2005, se tradujeron en un total de aprobaciones que prácticamente duplicó el de los 17 años anteriores (entre 1973 y 1989)⁵.
- 2.4 Este informe se centra en el período comprendido entre 1995 y 2005, que constituye la etapa más importante de las actividades del Banco en el sector de la salud⁶. Aunque esos 11 años representan un tercio del tiempo en el que el Banco ha intervenido en operaciones en el sector de la salud, durante ese período se aprobó un 48% del número de proyectos (es decir, 30 operaciones) y un 57% del monto total (equivalente a US\$2.600 millones) (Cuadro 2.2). En el Cuadro 2.3 se presenta información básica sobre los proyectos que se aprobaron en esos años.
- 2.5 Desde la década de los noventa, y en especial desde 1995, el ritmo de las aprobaciones y el tamaño promedio de los préstamos para el sector de la salud han superado los préstamos y aprobaciones generales del Banco, con lo que aumentó el porcentaje de proyectos del sector dentro del total de operaciones del Banco (véanse los Gráficos 2.1 y 2.2 y el Cuadro 2.4)⁷. Con todo, históricamente los préstamos autónomos para el sector de la salud han representado un pequeño

porcentaje de las aprobaciones del Banco: 3,4% del número de proyectos y 2,3% del monto aprobado por el Banco desde 1973.

- 2.6 Aunque entre 1973 y 2005 se aprobó el doble de préstamos para el sector más comparable, a saber, el de la educación (Cuadro 2.4), los datos del cuadro indican que desde 1995 el ritmo de las aprobaciones para el sector de la salud también supera el del sector de la educación, hecho especialmente notable y un tanto sorprendente dada la intención explícita del Banco de dar prioridad a las inversiones en educación a fines de la década de los noventa y principios del nuevo milenio⁸.
- 2.7 En el Recuadro 2.1 del Anexo 2 figura un breve análisis de la eficiencia con la que se han elaborado y ejecutado los proyectos del sector de la salud. El recuadro muestra que, en general, llevó más tiempo aprobar y desembolsar los préstamos para los proyectos de salud aprobados entre 1995 y 2005 que los correspondientes al proyecto promedio del Banco o a los proyectos medios de educación. También se muestra una mejora reciente en la ejecución. Como se expone en el Capítulo III, estos resultados quizá guarden relación con el tipo de proyecto de salud aprobado durante este período.

B. Comparación con el Banco Mundial

- 2.8 Entre 1995 y 2005, el Banco Mundial aprobó 38 operaciones en el sector de la salud, por un valor total aproximado de US\$4.500 millones (en dólares constantes de 2005) para los países miembros del Banco⁹. Como se muestra en el Cuadro 2.2, el BID aprobó 30 proyectos y un monto de aproximadamente US\$2.600 millones durante igual período. Aunque el proyecto promedio de salud del Banco Mundial asciende a un monto considerablemente mayor (en términos reales) que el del Banco (US\$118 millones y US\$86 millones, respectivamente), el proyecto mediano del BID es de un monto mayor que el del Banco Mundial (US\$48 millones y US\$33 millones en términos reales, respectivamente). Dan cuenta de estas diferencias dos grandes préstamos de ajuste del Banco Mundial, uno de US\$700 millones para México, aprobado en 1998, y otro de US\$750 millones para Argentina, aprobado en 2003. Si se excluyeran estos dos proyectos, el monto máximo aprobado por el BID en un solo año (casi US\$500 millones en 1996 y 1999) sería similar a la aprobación anual máxima del Banco Mundial (US\$436 millones en 1995).
- 2.9 Es interesante observar que, en general, el número de especialistas en salud del BID en la Sede ha sido sustancialmente menor que el que trabaja en la región de América Latina y el Caribe para el Banco Mundial. Si bien desde mediados de la década de los noventa el BID no ha tenido más de nueve especialistas en salud en los tres Departamentos Regionales de Operaciones, el Banco Mundial ha tenido cerca de 20¹⁰.
- 2.10 El Banco Mundial ha concentrado una proporción mucho mayor de sus préstamos en los países más grandes (“A”) que el BID (47% y 13%, respectivamente)¹¹.

mientras que el BID aprobó préstamos de salud para más países que pueden pedir préstamos a ambas instituciones que el Banco Mundial (respectivamente, 22 frente a 17, de un total de 25 países^{12 13}).

- 2.11 Otra diferencia notable entre las carteras del Banco Mundial y del BID se vincula a la aprobación de programas relacionados con el SIDA. El Banco Mundial ha aprobado 11 préstamos de ese tipo que abarcan toda la región de América Latina y el Caribe¹⁴, mientras que el Banco no ha aprobado ningún préstamo autónomo relacionado con el SIDA¹⁵.

III. REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD Y EL MARCO DEL BANCO EN EL SECTOR

A. El contexto del cambio: Fundamento de las reformas del sector de la salud en la década de los noventa

- 3.1 El enfoque de las intervenciones del sector de la salud financiadas por el Banco ha cambiado sustancialmente desde 1973. Las operaciones de las décadas de los setenta y de los ochenta se orientaron fundamentalmente a financiar la infraestructura y el equipo del sector, es decir, la construcción y el equipamiento de los establecimientos de asistencia sanitaria: puestos de salud, centros de salud y hospitales. Según un informe que elaboró en 1985 la Oficina de Revisión y Evaluación Externas (ORE) (documento RE-127), *“los fondos del Banco se han destinado casi exclusivamente a la construcción de edificios y al suministro de equipos”* (Banco Interamericano de Desarrollo (1985), página 3).
- 3.2 No obstante, para mediados y hasta fines de la década de los ochenta, ya se conjugaban dos conjuntos principales de factores que harían que el Banco —así como las demás instituciones financieras internacionales y los organismos bilaterales— cambiara la orientación del financiamiento de las intervenciones en el sector de la salud durante la década de los noventa. El primer factor fue el reconocimiento de que la experiencia con los proyectos de infraestructura presentaba muchos problemas graves, tales como la incompatibilidad entre el diseño de los proyectos y las necesidades de la población, las fallas de diseño y construcción, el deterioro de los equipos como consecuencia de la entrega e instalación tardías, la incompatibilidad entre los equipos adquiridos y las prioridades epidemiológicas o médicas, y el rápido deterioro de las inversiones en infraestructura y equipos por falta de un mantenimiento adecuado. La falta de recursos de contrapartida causada por la crisis económica agravó aún más estos problemas, pues obstaculizó la ejecución de los proyectos y puso en peligro la sostenibilidad de las inversiones¹⁶.
- 3.3 El segundo factor fue el surgimiento de un conjunto de políticas de ajuste económico e institucional plasmadas en el “Consenso de Washington” como consecuencia de la crisis de endeudamiento de la década de los ochenta y las transformaciones políticas e ideológicas que acompañaron al fin de la Guerra Fría. Estas políticas de reforma se anclaban en la reducción del déficit fiscal y la participación del sector privado y las políticas de mercado, incluso en ámbitos de los que se había ocupado exclusivamente el sector público, como los sociales.
- 3.4 Los sistemas de salud de la región eran “candidatos” obvios para los programas de ajuste: no sólo eran una de las principales fuentes de gasto público, sino que, además, por lo general se consideraba que eran ineficientes y que prestaban servicios de deficiente calidad¹⁷. Se consideraba, en esencia, que los sistemas públicos no eran ni eficientes ni equitativos: eran objeto de críticas porque gastaban

la mayoría de sus recursos en servicios hospitalarios que tendían a beneficiar principalmente a las clases medias y altas urbanas e influyentes, en lugar de facilitar el acceso de los pobres a los servicios básicos (Birdsall y James (1990, 1992))¹⁸. Los problemas de funcionamiento de esos sistemas salieron a luz por la falta de acceso de los pobres a la atención de salud, la ausencia de una rendición de cuentas y la deficiente calidad de los servicios públicos.

- 3.5 Las reformas del sector de la salud del período tuvieron por fundamento conceptual la teoría del agente¹⁹ y la “nueva gestión pública”, marco conceptual que surgió a principios de la década de los noventa²⁰: *El núcleo de la nueva gestión pública se ha descrito como el paso del Estado de una preocupación por hacer a una preocupación por garantizar que las cosas se hagan (Kaul, 1997). Aunque el Estado bien puede desempeñar una función en la esfera del desarrollo, esa función no necesariamente consiste en la prestación directa de servicios, sino más bien en la formulación de políticas, la adquisición y la reglamentación* (Mills, Bennett y Russell (2001), página 5). Según la nueva gestión pública, en este contexto la responsabilidad por la prestación de servicios debería pasar de manos del Estado a manos del sector privado y, por lo tanto, de modalidades jerárquicas de organización a mecanismos de mercado (Blaauw et al. (2003)).
- 3.6 Kettl (2000) identifica seis ideas básicas de fundamental importancia en las transformaciones de la gestión pública durante la década de los noventa²¹: *la búsqueda de mayor productividad, una mayor utilización de los mercados privados, una orientación más firme hacia el servicio, una mayor descentralización de las administraciones nacionales a las subnacionales, una capacidad reforzada para formular y vigilar las políticas públicas y unas tácticas para realzar la rendición de cuentas por resultados* (página (v). En consecuencia, la reglamentación, las sanciones y los incentivos formaban parte del instrumental de este nuevo marco.

B. Diagnóstico de los sistemas de salud de la región y del Banco

- 3.7 Según el diagnóstico dominante en la década de los noventa, a pesar de las mejoras significativas de muchos indicadores de salud²² de América Latina y el Caribe y de las importantes contribuciones atribuidas a los sistemas de salud en lo que respecta a la consecución de esos resultados²³, seguía habiendo problemas graves en la región²⁴.
- 3.8 Se consideraba que los sistemas de salud de la región estaban “*segmentados y fragmentados*” (Banco Interamericano de Desarrollo (1996a))²⁵. Por lo general, esa fragmentación constaba de tres niveles o subsistemas: (i) el subsistema del sector privado, que prestaba servicios a las personas de ingresos más elevados que podían pagar las tasas o primas de seguro; (ii) el subsistema de seguro social, que brindaba cobertura a la población con empleo formal; y (iii) los servicios de los centros dependientes del ministerio de salud, única fuente de atención para el resto de la población (la mayoría).

- 3.9 Además, en general se consideraba que la región tenía un desempeño deficiente y que sus resultados en materia de salud no se condecían con su nivel de desarrollo y de gasto: *habida cuenta de sus niveles de educación e ingresos, la región debería estar gozando de una situación de salud mucho mejor* (Banco Interamericano de Desarrollo (1996a), página 301). Se estimaba que el gasto total (es decir, público y privado) en materia de salud en que incurrió la región a principios de la década de los noventa, equivalente al 6,2% de su PBI, era el más elevado fuera del mundo desarrollado²⁶. Estos problemas sólo habrían de agravarse con el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica de los países de la región²⁷.
- 3.10 A partir del diagnóstico antes descrito se llegó a la conclusión de que los sistemas de salud de la región requerían mejoras estructurales que permitiesen hacer frente a las causas de su funcionamiento deficiente: *“el apoyo financiero externo, de no hacer frente a las causas de que los resultados sean malos, no hace más que corregir temporalmente problemas subyacentes que surgirán de nuevo”* (Banco Interamericano de Desarrollo (1996b), página 11).
- 3.11 A mediados de la década de los noventa, el Banco ya formaba parte de la “ola” de reformas del sector de la salud. En el plano operativo, la tendencia al apoyo a las reformas estructurales se inicia efectivamente en 1995 con la aprobación del “Programa de Apoyo a la Reforma de Salud” para Colombia (CO-0088, 910/OC-CO)^{28 29}. En este sentido, 1995 marca el inicio de una nueva (tercera) generación de proyectos destinados a *“la necesidad de hacer frente a problemas en todo el sector”*, como se define en la Estrategia en apoyo a la reforma en la prestación de los servicios sociales (documento GN-1932-1, Banco Interamericano de Desarrollo (1996b)). El cambio de orientación se pone de manifiesto también en los títulos de las operaciones: todos los proyectos anteriores a 1995 llevan títulos que se relacionan con la mejora de los servicios —por ejemplo, “mejora (o “fortalecimiento” o “rehabilitación”) de los servicios de salud”—, mientras que, en general, los préstamos posteriores a 1995 llevan títulos que se refieren al sistema o sector de la salud: por ejemplo, “programa de reforma del sector de la salud”, “programa de modernización y reestructuración del sector de la salud”, “reorganización del sistema de salud”, etc³⁰.
- 3.12 Es digno de destacar que en el cambio en favor de los préstamos para reformas no cabía *“censurar automáticamente las operaciones que no hagan frente directamente a los problemas en todo el sector”* (documento GN-1932-1, página 12). De hecho, dada la escasez general de recursos públicos disponibles para inversiones, el Banco ha seguido financiando infraestructura o equipos en sus proyectos durante todo el período comprendido entre 1995 y 2005 (véase el Cuadro 3.1)³¹. Sin embargo, en la década de los noventa se produjo un cambio importante de percepción dentro del Banco: el Banco no debería aprobar ni habría de aprobar las operaciones de “meros ladrillos y cemento”³².
- 3.13 Esta percepción se basaba no sólo en las lecciones aprendidas de la experiencia previa del sector con proyectos de infraestructura, sino también en los cambios que simultáneamente se estaban produciendo dentro del Banco. Nancy Birdsall,

Vicepresidenta Ejecutiva (EVP) del Banco entre 1993 y 1998, tenía amplia experiencia en la materia y era autora de publicaciones que influyeron en la formulación de los principios generales de la reforma de la salud (véase la próxima sección). Además, la reorganización del Banco de 1994 puso en marcha un proceso mediante el cual los especialistas en salud, que antes habían ejercido principalmente en el campo de la medicina, fueron reemplazados por economistas o profesionales que tenían experiencia en la administración de los servicios de salud.

- 3.14 Todos estos cambios se producían durante un período en que el Banco carecía de una estrategia de salud propiamente dicha que sirviera de marco para sus medidas sectoriales. No obstante, en 1996 se aprobó una estrategia social (la Estrategia en apoyo a la reforma en la prestación de servicios sociales, documento GN-1932-1, que se mencionó antes) que, aunque no era específica para el sector de la salud, pasó a ser el documento de referencia de la institución. La reforma de los servicios sociales constituía el núcleo de los tres ámbitos que requerían apoyo del Banco, según quedaron definidas en la estrategia: a) *“los incentivos deben ser adecuados”*³³; *“el Banco debe apoyar iniciativas que sirvan para que los países establezcan estructuras adecuadas de organización con sólidos **incentivos** que apunten hacia una prestación efectiva y eficiente de los servicios”* (página 17, destacado en el original); b) *“Evaluación de la disposición a la reforma: colaboración con las instituciones existentes”*; *“El papel del Banco en una reforma de esa índole consiste fundamentalmente en apoyar los procesos iniciados por los propios países”* (página 27); y c) *“La importancia de la ejecución: Para que los programas culminen con éxito, hay que diseñarlos bien y ejecutarlos bien”* (página 28).

C. El marco de reforma y las intervenciones del Banco en el sector de la salud

- 3.15 Tal como se analizó, las reformas del sector de la salud se inscribieron en un contexto general de reformas estructurales que comenzaron en la década de los ochenta y se sustentaron en las ideas y políticas de mercado plasmadas en el “Consenso de Washington”³⁴. Esas ideas dominaron la concepción que se tenía del desarrollo en el período, y quienes trabajaban con el sector de la salud las incorporaron tanto en los países mismos como en las instituciones financieras internacionales, incluido el Banco.
- 3.16 El primer Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial, publicado en 1993 y dedicado por entero a la salud (Banco Mundial (1993)), marcó un punto de inflexión para el sector; estableció los principios fundamentales que guiarían las iniciativas de reforma del sector de la salud en todo el mundo (incluidos América Latina y el Caribe) en la década de los noventa; e instauró el predominio de los enfoques económicos para analizar los sistemas de salud. En el Cuadro 3.2 se reproduce el Cuadro 3 del Informe sobre el Desarrollo Mundial, en el que se resumía el marco general de las principales políticas del informe.
- 3.17 Las ideas del Banco respecto del sector se consolidaron y articularon en la Estrategia en apoyo a la reforma en la prestación de servicios sociales que se

mencionó anteriormente (documento GN-1932-1) y en la sección especial “Making social services work” del Informe de Progreso Económico y Social en América Latina de 1996 (IPES, Banco Interamericano de Desarrollo (1996a))³⁵. Esos documentos presentan una visión congruente y lógica del sector y las orientaciones que ha de seguir el Banco^{36 37}.

3.18 El marco de políticas que se formuló a partir de este contexto era claro e instaba al sector público a reducir o eliminar sus funciones de proveedor de servicios y a concentrarse en sus funciones de dirección, formulación de políticas y reglamentación^{38 39}:

- racionalizar el gasto en salud y reducir (o contener) su crecimiento: *a menos que se tomen medidas inmediatas para contener los gastos en salud y emplear los recursos disponibles con mayor eficiencia, los países latinoamericanos pronto enfrentarán los mismos problemas relacionados con el aumento desenfrenado de los costos de atención de la salud que enfrenta hoy el mundo desarrollado* (Govindaraj, Chellaraj y Murray, 1997, página 169); en particular, reducir el gasto público en servicios más costosos, como los hospitales, que son de difícil acceso para los pobres y, por consiguiente, tienden a beneficiar a las clases medias y altas (Informe sobre el Desarrollo Mundial; Birdsall y James, 1990), y concentrar el gasto público en intervenciones menos costosas y eficaces en función de los costos que benefician principalmente a los pobres (es decir, la atención primaria de salud) (Informe sobre el Desarrollo Mundial);
- limitar las medidas del Estado a aquellos casos en que se presentan fallas del mercado, es decir, bienes públicos o externalidades (Informe sobre el Desarrollo Mundial);⁴⁰
- aplicar mecanismos de financiamiento del sector que consoliden los diferentes proveedores o subsistemas mediante planes de seguro (Informe sobre el Desarrollo Mundial; IPES);
- promover la participación del sector privado en la prestación de servicios de atención de salud e introducir competencia en el sector (Informe sobre el Desarrollo Mundial; IPES, documento GN-1932-1)⁴¹;
- introducir sistemas de incentivos que recompensen el desempeño y los resultados (documento GN-1932-1; IPES); y
- delegar ciertas responsabilidades del gobierno central en los gobiernos locales o las instituciones semiautónomas (Informe sobre el Desarrollo Mundial).

3.19 Desde una perspectiva más operativa, este marco de reforma plasmó en una serie de cinco medidas de reformas del sector de la salud destinadas a inducir, o por lo menos imitar, un comportamiento similar al del mercado y a reducir las ineficiencias:

- a. La contratación de proveedores del sector privado.

- b. La promoción de los servicios de atención primaria de salud o la definición de un paquete básico (o esencial) de servicios.
- c. El diseño y la aplicación de incentivos basados en el desempeño o contratos (contratos o convenios de gestión).

Por el lado de la oferta, y a fin de aumentar la cobertura, el sector público debería contratar a proveedores privados que presten a los pobres un paquete básico de servicios eficaces en función de los costos; para garantizar la eficiencia técnica y mejorar la calidad de los servicios, estos contratos debieran basarse en los criterios de desempeño y competitividad.

- d. La introducción de tasas de uso y mecanismos de recuperación de costos.
- e. La descentralización del sector, confiriendo autonomía a las entidades o servicios subnacionales (es decir, hospitales).

Por el lado de la demanda, introducir mecanismos de recuperación de costos para brindar los incentivos adecuados, evitar el uso deficiente de los servicios y aumentar la sostenibilidad de los servicios, a fin de mejorar la eficiencia del sistema en lo que respecta a la asignación de recursos. Por último, delegar responsabilidades en los gobiernos locales —que están más cerca de la población y por ende responden mejor a sus exigencias y preocupaciones— o aumentar la autonomía administrativa y financiera de instituciones más complejas, como los hospitales, también contribuirían a mejorar la calidad y la eficiencia (técnica y de asignación de recursos).

- 3.20 Además, quienes proponían la reforma del sector de la salud también estaban promoviendo una transformación del financiamiento del sector, que se alejara de los sistemas basados en los impuestos generales y se acercara a los sistemas obligatorios basados en nóminas de sueldos (es decir, el seguro social), para que un porcentaje de la recaudación se destinase a otorgar subsidios a aquellos que no pudieran hacer aportes (por ejemplo, Colombia) y se eliminaran así los obstáculos al acceso financiero y la fragmentación del sistema (Informe sobre el Desarrollo Mundial, IPES).
- 3.21 En el Cuadro 3.3 se muestra hasta qué punto se incluyeron esas cinco principales medidas de reforma en los proyectos que aprobó el Banco entre 1995 y 2005. Los datos señalan que los proyectos del BID tienden a incluir alrededor de un 60% de estos componentes de reforma, lo que indica que quizás el Banco y sus países miembros por lo general no estaban elaborando paquetes con los mismos tipos de medidas en todas sus intervenciones y, por ello, no se conformaban a los dictados de una fórmula. Al parecer, la excepción son los países o proyectos en Centroamérica y el Caribe no anglófono que, por lo general, se han ceñido mucho más al plan de reforma del sector de la salud. De hecho, de los seis proyectos que incluyen todos y cada uno de estos componentes principales de reforma, cinco se ejecutaron en esa región.

- 3.22 Si bien en general el Banco y sus países miembros no estaban aplicando el “paquete completo de reformas”, esas medidas se estaban adoptando en la mayoría de los proyectos y, por lo tanto, sí representan la forma en que el Banco encaró los problemas del sector de la salud durante este período⁴². La única medida de ese paquete que no se aplicó en la mayoría de los proyectos del Banco fue la introducción de tasas de uso. A pesar de que constituían un componente clave de las reformas de salud de la década de los noventa, fueron pocas las operaciones del Banco —seis en Centroamérica y el Caribe no anglófono y una en Paraguay— que promovieron su aplicación o respaldaron aquellas que ya se habían ejecutado (véase la Sección D del capítulo siguiente).
- 3.23 Las reformas destinadas a aplicar los mecanismos de seguro social contaron con el apoyo de proyectos del Banco en Belice, Bolivia, Colombia, Perú y República Dominicana, y en Jamaica y Trinidad y Tobago se financiaron estudios para evaluar su pertinencia. En el capítulo siguiente se analizan en detalle esos componentes de reforma y sus fundamentos conceptuales.
- 3.24 Los dos valores claramente atípicos que figuran en el Cuadro 3.3, BR-0305 (1215/OC-BR) y GY-0068 (1120/SF-GY), corresponden a proyectos que financiaron intervenciones muy específicas que no guardaban relación con las medidas habituales de reforma que se estaban aplicando en el período: el desarrollo de los recursos humanos en Brasil y la nutrición en Guyana.
- 3.25 OVE también ha compilado los 164 indicadores de propósito (o sus equivalentes) que se definieron para los 27 préstamos distintos de los préstamos de apoyo de reformas de política aprobados entre 1995 y 2005 y ha analizado su distribución. Esos indicadores pueden clasificarse en cinco categorías amplias de objetivos: (i) mejora de la situación de salud; (ii) aumento de la eficiencia; (iii) mejora de la equidad o aumento de la cobertura; (iv) mejora de la calidad; y (v) otros objetivos (Cuadro 3.4)^{43 44}. Véase también un análisis de las definiciones de acceso y cobertura en el Recuadro 3.1 del Anexo 2.
- 3.26 Tal como se muestra en el Gráfico 3.1, hay tres categorías principales de objetivos —mejorar la eficiencia, la equidad/cobertura y la calidad— que están presentes en la mayoría de los proyectos y, por ello, sintetizan las metas establecidas en las intervenciones del Banco⁴⁵. Habida cuenta de que los conceptos de reforma del sector de la salud estructuraron las ideas y la intención operativa del Banco en el período, no sorprende que estos objetivos reflejen fielmente el enfoque de reforma del sector de la salud de la década de los noventa, los *cambios continuos e intencionales para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia del sistema de salud* (Berman (1995)).
- 3.27 El hecho de que sólo el 15% de los proyectos presenten indicadores relacionados con los objetivos de salud no necesariamente implica que los préstamos del Banco se hayan diseñado sin tener en cuenta esos aspectos. De hecho, el 85% del total de los proyectos de inversión aprobados entre 1995 y 2005 tienen metas relacionadas con la salud⁴⁶.

- 3.28 Dado que una medida de reforma puede relacionarse con más de un objetivo —por ejemplo, bien pueden introducirse incentivos para el reembolso como forma de mejorar la calidad y la eficiencia, o la contratación de proveedores privados podría tener por objeto aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios prestados—, la mayoría de los proyectos (63%) incluye indicadores que se relacionan con tres o cuatro de los cinco objetivos, tal como lo indican los datos del Cuadro 3.4⁴⁷.
- 3.29 Si bien es cierto que determinadas medidas pueden incidir en varios objetivos a la vez, en la práctica esto ha llevado al establecimiento de objetivos programáticos muy ambiciosos, sin prioridades, que, por ende, son difíciles de alcanzar si se aceptan en su expresión nominal. Así ocurre, en particular, si se tiene en cuenta la pequeña proporción que suele representar el financiamiento del Banco en relación con el presupuesto de salud de un país o las necesidades de un sistema de salud⁴⁸.
- 3.30 Teniendo en cuenta estas consideraciones, sorprende más aun que rara vez se haya informado de que los proyectos de salud tienen bajas probabilidades de lograr sus objetivos de desarrollo (véase el Recuadro 2.1 del Anexo 2). Además, desde una perspectiva operativa, tratar de alcanzar varios objetivos a la vez realza la complejidad de los proyectos y podría guardar relación con los problemas de ejecución que se analizan en el mismo capítulo.

D. ¿Una nueva orientación?

- 3.31 Los datos de los Cuadros 3.1, 3.3 y 3.4 indican sistemáticamente que el período 1995-2005 incluye dos fases diferentes, una que abarca los años comprendidos entre 1995 y 2001 y otra que va de 2002 a 2005, la primera de las cuales se caracteriza por una presencia mucho mayor de los componentes de reforma y, por ende, representa los años pico de la reforma. Según el Cuadro 3.3, en los proyectos aprobados antes de 2002 se proponía aplicar alrededor de cuatro de las cinco medidas de reforma, mientras que en los que se aprobaron durante la segunda fase sólo se proponían dos de esas medidas⁴⁹.
- 3.32 Los datos indican que los proyectos aprobados a partir de 2002 son más sencillos. Los plazos promedio de preparación de los proyectos (desde el inventario hasta la aprobación) —alrededor de 11 meses— fueron significativamente más breves que los de los proyectos aprobados entre 1995 y 2001 (32 meses). En los Gráficos 3.2 y 3.3 se muestra con claridad que los indicadores de propósito de esos proyectos se concentraban en un número menor de objetivos. El Cuadro 3.4 indica que entre los tres objetivos sectoriales clave del Banco (eficiencia, equidad/cobertura y calidad), el objetivo de mejorar la eficiencia —quizás el principal componente nuevo que se introdujo en la década de los noventa— fue el que exhibió la declinación más pronunciada desde 2002 (más del 50%). En consonancia con esa declinación, después de 2001 hubo una marcada reducción de las actividades financiadas por el Banco para fortalecer la capacidad de gestión (Cuadro 3.1)⁵⁰.

- 3.33 Estos cambios podrían responder a varios factores, a saber: (i) las reformas integrales del sector público y económico, incluidas las del sector de la salud, han impuesto costos políticos y de transacción considerables para los políticos, los encargados de tomar decisiones y la población en general. Esos costos han dado lugar a lo que se conoce como la fatiga de reforma⁵¹ y han hecho que los países estén menos dispuestos a pedir préstamos para financiar —o iniciar, dar continuidad o seguir ampliando— procesos de reforma; (ii) en relación con el punto anterior, es posible que los problemas de ejecución con que tropezaron muchos de los programas más ambiciosos de reforma también hayan causado cierta fatiga de la reforma dentro del Banco^{52 53}; (iii) la limitada capacidad de absorción de los países restringe la capacidad del sector para seguir pidiendo préstamos de gran cuantía. A excepción de Colombia, que ha pedido préstamos de gran cuantía en apoyo de reformas de políticas y sigue invirtiendo mucho en el sector de la salud con el apoyo del Banco, los préstamos aprobados después de 2001, en particular los préstamos a países donde se ejecutaron proyectos de reforma en la década de los noventa, son significativamente menores; y (iv) la introducción de nuevos instrumentos de préstamo del Banco, como las facilidades sectoriales, los préstamos para operaciones de innovación y los préstamos en función de los resultados, que ofrecen enfoques alternativos que quizás requieran una estructura de proyecto diferente.
- 3.34 Sin embargo, aún no ha transcurrido tiempo suficiente como para afirmar que estos cambios representan efectivamente una nueva tendencia del Banco hacia enfoques diferentes y más sencillos⁵⁴. Los datos que se compilen en los próximos años servirán para indicar en qué medida estos cambios encaminados a la consecución de un menor número de objetivos y a la aplicación de un menor número de medidas de reforma explican la mejora reciente en la ejecución de los proyectos que se señaló en el capítulo anterior (véase también el Recuadro 2.1 del Anexo 2).
- 3.35 No obstante, al parecer, podría haber una falta de conexión entre estos cambios *de facto* en las medidas adoptadas por el Banco y la Estrategia de Desarrollo Social (documento GN-2241-1) que se aprobó recientemente (2003)⁵⁵. A pesar de que introdujo una perspectiva de ciclo biológico en su programa de desarrollo humano, en lo que hace al sector de la salud, la estrategia sigue sumamente centrada en el proceso de reforma: *El Banco continuará apoyando a los países en los procesos de reforma, particularmente aquellos que apunten a los objetivos de asegurar acceso universal y más equitativo (página ii)*. De hecho, en términos generales, las recomendaciones de la nueva estrategia no difieren tanto de las que figuraban en la estrategia anterior: *Los principios presentados en la Estrategia para apoyar la reforma en la provisión de servicios sociales, emitida por el Banco en 1996, siguen vigentes y el Banco continuará promoviéndolos (página 22)*⁵⁶.

IV. EVALUACIÓN DEL ENFOQUE DEL BANCO

“Los economistas yerran a menudo, pero nunca dudan.”

Paráfrasis de un dicho atribuido a Lev Landau, Premio Nobel de Física⁵⁷

4.1 En el capítulo anterior se demostró que un conjunto de cinco medidas clave de reforma, adoptadas por conducto de los proyectos de salud aprobados entre 1995 y 2005, plasman el enfoque aplicado por el Banco durante ese período. Esas medidas fueron las siguientes: (i) la promoción de servicios de atención primaria de salud o la definición de un paquete básico (o esencial) de servicios; (ii) la contratación de proveedores del sector privado; (iii) la formulación y aplicación de incentivos basados en el desempeño (contratos o convenios de gestión); (iv) la introducción de tasas de uso; y (v) la descentralización del sector. Los datos demuestran asimismo que los indicadores definidos por los proyectos estaban relacionados fundamentalmente con mejoras en tres categorías principales de objetivos: (i) eficiencia; (ii) calidad; y (iii) equidad/cobertura.

4.2 En el presente capítulo se examinan los fundamentos conceptuales y empíricos que sustentan el conjunto de medidas sistémicas aplicadas por el Banco en la consecución de esos tres objetivos fundamentales durante el período que se examina⁵⁸.

A. ¿Estaba América Latina realmente rezagada?

4.3 Como se vio en el Capítulo III, uno de los argumentos esgrimidos durante la década de los noventa para justificar la necesidad de reformas estructurales en los sistemas de salud de la región fue que sus indicadores de salud, tales como la esperanza de vida y la mortalidad infantil y en la niñez, eran inferiores a los que hubieran correspondido por su nivel de ingresos y desarrollo (véanse, por ejemplo, el IPES y la Estrategia en apoyo a la reforma en la prestación de servicios sociales de 1996, documento GN-1932-1)⁵⁹.

4.4 Sin embargo, los datos indican que, en relación con estos indicadores generales del estado de salud de la población, el desempeño en los países de la región a principios de la década de los noventa no difería en forma significativa de lo que cabía esperar dados sus niveles de ingresos. Las aseveraciones de que la región presentaba indicadores de salud inferiores a los previstos se basaban en estimaciones globales, sesgadas probablemente por las cifras de los países más grandes —en particular, Brasil—, cuyos indicadores eran inferiores al promedio. En verdad, aunque quizás sea cierto que la situación de salud observada en *algunos* países haya sido inferior a la prevista dados sus niveles de desarrollo o gastos en salud, las pruebas empíricas disponibles *en ese momento* no parecían suficientes para generalizar respecto a la región en su conjunto como efectivamente se hizo en la justificación de las reformas (por ejemplo, en el IPES y en el documento GN-1932-1). Véase en el

Recuadro 4.1 del Anexo 2 un análisis más detallado de la información y de esos asuntos.

B. La atención primaria y el paquete básico de servicios médicos

- 4.5 La atención primaria de salud *incluye cuatro aspectos relacionados entre sí: un conjunto de actividades, un nivel de atención sanitaria, una estrategia de organización de los servicios de salud y una filosofía que orienta la prestación de servicios de atención médica . . . y que se puede definir como la gestión médica y sanitaria inmediata —y a menudo continuada— de un niño, un adulto o una familia cuando el paciente acude por primera vez al sistema sanitario formal* (Tollman, Doherty y Mulligan (2006), página 1193).
- 4.6 La atención primaria de salud pasó a primer plano en el análisis de las políticas de salud y de desarrollo después de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada por la OMS y el UNICEF, que se celebró en Alma-Ata, Kazajstán, en septiembre de 1978. Se consideró que la atención primaria de salud era el medio para alcanzar el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”.
- 4.7 El “entusiasmo” por la atención primaria de salud como herramienta eficaz para mejorar el estado de salud de los pobres fue reforzado por la conferencia titulada “Buena salud a bajo costo”, patrocinada por la Fundación Rockefeller en 1985, en la que se analizaron las experiencias de China, Costa Rica, Sri Lanka y el Estado de Kerala en la India. Como lo indica el título de la conferencia, estas experiencias demostraron que, con un bajo nivel de gastos, se podían lograr mejoras de la esperanza de vida y la mortalidad en la niñez en las regiones en desarrollo.

1. Aspectos conceptuales

- 4.8 Es importante señalar que el enfoque de la atención primaria de salud concebido en un principio en Alma-Ata, más que un modelo de prestación de servicios, era *una estrategia de organización de los servicios de salud y una filosofía que orienta la prestación de servicios de atención médica*, según la terminología antes citada. De acuerdo con el enfoque de Alma-Ata, los servicios de atención primaria de salud deben ser —en contraste con el modelo imperante centrado en el hospital— el enfoque principal del sistema de salud de un país y, por ende, han de ser accesibles a todos. La concepción de Alma-Ata en cuanto a la atención primaria de salud abarca además otros sectores y variables que pueden incidir en el estado de salud de una persona (por ejemplo, agua y saneamiento, educación, vivienda, etc.), así como la participación de la comunidad (véase, en el Recuadro 4.2 del Anexo 2, la definición de atención primaria de salud dada en Alma-Ata).
- 4.9 Los principios de Alma-Ata fueron tildados de excesivamente ambiciosos y, *si bien se expresaron en un lenguaje moral que nadie puede objetar, desde el inicio fueron técnicamente imprecisos y financieramente carentes de realismo y, en consecuencia, imposibles de llevar a la práctica* (así lo dicen Irwin y Scali (op.

cit.), página 17, sintetizando las críticas del enfoque de Alma-Ata). En verdad, la atención primaria de salud se ha definido las más de las veces *por lo que no es: no es atención curativa ni secundaria ni terciaria, pero podría ser todas las demás actividades relacionadas con la salud, desde la nutrición, pasando por el saneamiento, la información y la educación, hasta la atención curativa basada en clínicas* (Filmer, Hammer y Pritchett (2000), página 200).

- 4.10 Estas críticas y la restricción de los fondos públicos generada por la crisis económica de la década de los ochenta llevaron a formular un marco alternativo de atención primaria de salud, en el cual los esfuerzos debían concentrarse en un *pequeño número* de intervenciones eficaces en función de los costos: un paquete básico de servicios⁶⁰. La propuesta de este paquete básico implicó un alejamiento aún más radical de la atención primaria de salud como enfoque integrado de la organización del sistema de salud y una orientación hacia la atención primaria de salud como conjunto de actividades o servicios.
- 4.11 El paquete básico constituyó el núcleo del Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993⁶¹, y su aplicación se promovió en 15 de las 21 operaciones del Banco con intervenciones relacionadas con la atención primaria de salud. En las demás operaciones se hizo hincapié en intervenciones orientadas al nivel primario de atención (es decir, los servicios de clínicas y centros de salud), frente a la atención hospitalaria (véase la subsección 3, más abajo).
- 4.12 Aunque el contenido del paquete en los proyectos del Banco no siempre se describió claramente en los documentos de préstamo, y su contenido —y por ende, su “grado de selectividad”— fueron variables, en la mayoría de las operaciones parece haber tenido un alcance limitado y en todas las operaciones abarcó servicios centrados en la salud maternoinfantil y las medidas preventivas (véase el Recuadro 4.3 del Anexo 2)^{62 63}.
- 4.13 Aunque específico —es decir, un conjunto de intervenciones prioritarias y eficaces en función de los costos—, el concepto del paquete básico se ha aplicado en dos contextos distintos: para definir, por un lado, los servicios financiados mediante mecanismos de seguro (social) y, por el otro, los servicios que se financiarían en regímenes de contratación (véanse el Recuadro 4.4 del Anexo 2 y la Sección G de este capítulo). La propuesta reciente de “*universalismo básico*”, que se está analizando en el Banco (Filgueira et al. (2006), Medici (2006)), deriva también directamente del concepto del paquete básico⁶⁴. El proyecto Panamá (PN-0076, 1350/OC-PN) resume adecuadamente la justificación usada en la mayoría de los proyectos del Banco para la ejecución de paquetes básicos: “*la entrega de un paquete de intervenciones altamente costo-efectivas, orientado a las poblaciones más pobres, especialmente los niños y mujeres, se constituye en un esquema de focalización de gasto público que ataca simultáneamente los problemas de desigualdad en el acceso y de ineficiencia en la asignación de los recursos*” (documento PR-2608, Resumen ejecutivo, página 4).

- 4.14 Se han criticado también los paquetes básicos por su enfoque orientado hacia la morbilidad y su tendencia a la verticalización, frente a los programas integrados en forma horizontal. En verdad, la estructura de incentivos de donantes y gobiernos tiende a favorecer la ejecución de programas estrictamente definidos, ya que éstos se prestan mejor al seguimiento (Doherty y Govender (2004)).

2. Pruebas empíricas

- 4.15 Filmer, Hammer y Pritchett (2000) señalan que pocas veces se han demostrado en la práctica los beneficios observados en los estudios de eficacia en función de los costos de las intervenciones de atención primaria, es decir, las estimaciones teóricas del análisis de eficacia en función de los costos no toman en cuenta las limitaciones y restricciones de los sistemas de atención de salud: *Como las estimaciones de eficacia en función de los costos se basan en la presunta prestación eficaz de servicios de atención primaria, bien podría argumentarse que las estimaciones comportan, implícitamente, supuestos excesivamente optimistas acerca de los componentes clave (personal, fármacos, equipo, seguimiento y evaluación, etc.) del nivel de atención primaria y de su funcionamiento* (Tollman, Doherty y Mulligan (*op. cit.*), página 1204)⁶⁵. Lewis, Eskeland y Traa-Valerezo (2005) señalan también a la atención que *pese a las aseveraciones acerca de la eficacia en función de los costos de la atención primaria de salud, este enfoque no ha sido objeto de prácticamente ninguna evaluación . . . ni de sus costos ni de sus impactos* (página 4)⁶⁶. Según Filmer, Hammer y Pritchett (2000), nunca se echó de ver con mucha claridad si el éxito de los proyectos analizados en la Conferencia sobre buena salud a bajo costo se debía a las características de los sistemas de salud o a factores sociales y políticos.
- 4.16 Los datos de Lewis, Eskeland y Traa-Valerezo (*op. cit.*) sobre El Salvador muestran que el alcance limitado de los servicios básicos ofrecidos, en particular en el caso de los servicios públicos de extensión, lleva a una subutilización de los servicios: *a muchos les resultan de utilidad marginal, en parte porque ofrecen pocos servicios de diagnóstico o tratamiento* (página 33). Cabe recordar que el Banco ha apoyado la prestación de servicios de extensión en Centroamérica, incluido El Salvador (véase también la Sección C).
- 4.17 Bitrán et al. (2005) presentan datos de evaluación intermedia correspondientes al programa de paquete básico financiado por el BID en Honduras (HO-0032, 1005/SF-HO). Como se analizará en forma más detallada en la próxima sección, este programa financió la contratación de servicios de atención con el fin de proveer un paquete básico de servicios a comunidades rurales. Los resultados son algo disímiles. Por un lado, se observó una diferencia positiva y significativa en la cobertura de vacunación de niños y la vigilancia del peso de los niños en los grupos de población que se beneficiaban del paquete básico, frente a los que recibían esos servicios en clínicas públicas (el grupo testigo). Por el otro, las embarazadas que se beneficiaban del paquete tenían una probabilidad significativamente inferior de dar a luz en un establecimiento médico. Las mujeres que se beneficiaban del paquete básico tenían asimismo una mayor probabilidad de ser examinadas para detectar

cáncer del cuello uterino y de recibir vacunas suplementarias contra el tétano, pero una menor probabilidad de ser examinadas durante el último mes de embarazo, una medida esencial para reducir la mortalidad maternoinfantil.

- 4.18 Si bien los datos del proyecto de Honduras indican que se ha provisto el paquete básico de servicios con algunos resultados positivos, hay algunos asuntos que todavía requieren más análisis, a saber: (i) la estrategia parece presentar costos administrativos significativos (23%) (para un análisis de la sostenibilidad, véase la Sección C); (ii) no hay datos suficientes sobre los efectos directos de salud para poder evaluar correctamente su eficacia en función de los costos; y (iii) al igual que con otras medidas de reforma (por ejemplo, la contratación y los incentivos basados en el desempeño; véanse también las Secciones C y D), la intervención de paquete básico funciona particularmente bien en cuanto a la inmunización, tema muy importante, con demostrados e indiscutibles beneficios para la salud; sin embargo, en este aspecto, América Latina y el Caribe han hecho grandes progresos con campañas de vacunación en masa relativamente económicas. En este sentido, esto último representa uno de los parámetros para comparar el paquete básico a fin de evaluar su eficacia en función de los costos.
- 4.19 En sus estudios comparativos de países desarrollados, Starfield (1994, 1998) comprueba una correspondencia positiva entre la orientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria, por una parte, y los indicadores positivos de salud y los bajos costos, por la otra. Las experiencias de Costa Rica (en particular, hasta la década de los ochenta) y de Cuba en América Latina y el Caribe sugieren que un conjunto integrado de intervenciones de atención primaria, frente a la provisión de paquetes básicos selectivos de servicios, podría constituir una estrategia eficaz para la organización del sector. Sólo en un proyecto del Banco (AR-0120, 1193/OC-AR) se propuso una completa reorganización del sector en función de un enfoque de atención primaria de salud⁶⁷.

3. Atención primaria, atención hospitalaria y equidad

- 4.20 La creencia en la eficacia en función de los costos de las intervenciones de atención básica (es decir, servicios ni secundarios ni terciarios) implicaba que se debían reasignar recursos, de la atención curativa en hospitales públicos a los servicios de atención preventiva y primaria básica, a fin de producir mejoras en la salud y lograr reducciones en los costos. Además, a diferencia de la atención hospitalaria —que, según se interpretaba beneficiaba mayormente a los grupos de ingresos medianos y elevados—, se pensaba que los servicios de atención básica eran favorables a los pobres. Esta percepción en favor de los pobres ha sido explicitada en el Banco, que automáticamente clasifica como focalizados en la pobreza (PTI) a los proyectos que promueven servicios extrahospitalarios básicos.
- 4.21 Sin embargo, vale la pena señalar que la percepción de un sesgo en detrimento de los pobres en la atención hospitalaria proviene fundamentalmente del contexto de los países más pobres y mayoritariamente rurales de África y Asia. Como los hospitales suelen estar localizados en las ciudades, se consideraba que sus servicios

estaban orientados principalmente hacia las poblaciones urbanas y a sus problemas de salud y eran de difícil acceso para los pobres (rurales)⁶⁸. Sin embargo, el contexto de América Latina y el Caribe es fundamentalmente distinto: los países de la región no sólo tienden a un mayor grado de urbanización, sino que presentan grandes poblaciones urbanas pobres, y los problemas “típicos” de la salud urbana (enfermedades crónicas, accidentes y violencia) son las causas principales de morbilidad y mortalidad.

- 4.22 Además, los hospitales públicos desempeñan un papel importante de “aseguradores” de los pobres contra gastos catastróficos, aspecto que se reconoció en el diseño del proyecto de Jamaica (JA-0051, 1028/OC-JA). Por lo tanto, el impacto de bienestar social de los servicios de los hospitales públicos puede ser significativo (incluso con impactos menores sobre la salud), en particular en ausencia de un sistema de seguros adecuado para los pobres (Filmer, Hammer y Pritchett (2002)).
- 4.23 En este sentido, la reasignación de recursos de los servicios hospitalarios públicos a los servicios básicos implica una pérdida potencial de los beneficios de bienestar social (en particular para los pobres) generados por la atención de pacientes internados que se financia con fondos públicos (Filmer, Hammer y Pritchett (2002)), lo que significa que no hay certidumbre en cuanto a que esa reasignación conlleve un mayor impacto positivo de equidad, en particular en el contexto de América Latina y el Caribe⁶⁹. Los datos correspondientes a los Estados Unidos, sin embargo, indican que la atención primaria puede atenuar el impacto adverso de la desigualdad de ingresos sobre la salud de la población⁷⁰.

4. Resumen

- 4.24 Es evidente que en todo análisis de la atención primaria se debe distinguir entre el enfoque integrado de la atención primaria de salud —utilizado como base para la organización del sistema de salud— y la provisión de un paquete básico de servicios, que es la modalidad más corriente en las intervenciones de atención primaria en los países en desarrollo, incluidas las patrocinadas por el Banco. De hecho, se podría argüir que la visión original de la atención primaria de salud no se ha aplicado en forma eficaz en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Aunque es posible que la idea de aplicar un paquete de intervenciones selectivas tenga sentido económico, *en la práctica* no se ha demostrado su eficacia en función de los costos. Las experiencias de los países desarrollados, por otra parte, indican que el enfoque de atención primaria integrada podría constituir una estrategia eficaz para organizar el sector.
- 4.25 El abandono de la atención primaria de salud como principio de organización, a favor del conjunto de servicios básicos, bien puede hacer realidad los temores expresados por Almeida et al. (2001) de que la atención primaria pudiera ser declarada un fracaso sin una aplicación y evaluación correctas.

- 4.26 Por último, la atención primaria y la atención hospitalaria responden a distintos objetivos dentro del sistema y, por ende, la recomendación sustantiva de priorizar los gastos en atención básica, en lugar de priorizar los destinados a la atención hospitalaria, como promueve el Banco, entraña compensaciones en cuanto a la equidad que se deben evaluar cuidadosamente.

C. Contratación

- 4.27 La contratación no sólo está relacionada con muchos de los demás instrumentos clave para la reforma que fomenta el Banco, sino que es la expresión más directa del enfoque de mercado que constituyó el núcleo de las propuestas de reforma de la década de los noventa.
- 4.28 La contratación puede definirse como *un mecanismo de adquisición utilizado para obtener un determinado servicio, de cantidad y calidad definidas, a un precio acordado, de un determinado proveedor y durante un plazo específico*⁷¹. Véase también una descripción de la contratación en el Recuadro 4.5.
- 4.29 Se esperaba que la contratación coadyuvara a la consecución de las tres categorías de objetivos: eficiencia, calidad y cobertura. Se esperaba que la contratación interna de proveedores privados para que operaran o gestionaran un servicio público mejoraría la eficiencia, dados la mayor flexibilidad y los procedimientos menos burocráticos del sector privado. Si, por otra parte, se contrataba externamente a proveedores privados que debían prestar servicio simultáneamente con los servicios públicos, o en sustitución de éstos, se suponía que la competencia entre proveedores, la mayor calidad y eficiencia del sector privado y la mayor transparencia aportada por los contratos y su aplicación plasmaban en una ampliación del acceso a la atención de salud y en una mejora de la calidad⁷². En los países en desarrollo —y en particular en los que están emergiendo de conflictos internos o recuperándose de éstos, o en los que tienen Estados débiles—, los contratos de servicios de atención primaria se consideraban también como una modalidad relativamente rápida de aumentar la cobertura de poblaciones subatendidas (Palmer (2000)).
- 4.30 En 17 de los 30 proyectos aprobados entre 1995 y 2005 y en 70% de los aprobados entre 1995 y 2001 se financió la implementación de regímenes de contratación (Cuadro 3.3). En el Cuadro 4.1 se presenta una breve descripción de los tipos de contratación respaldados por estas operaciones. Esta sección centra su análisis en aspectos relacionados con la contratación de proveedores públicos y privados para la provisión de un paquete básico (o esencial) de servicios de atención primaria, que fue el tipo de intervención financiado por la mayoría de los proyectos del Banco.
- 4.31 Este modelo de contratación, financiado por el Banco por primera vez en un préstamo a Guatemala en 1995 (GU-0023, 890 y 891/OC-GU), se ha mantenido durante todo el período. La experiencia del Banco muestra que la contratación no se consideraba una medida aislada, sino una medida estrechamente relacionada con otras medidas de reforma o complementada por éstas, tales como la definición de un paquete básico y

la adopción de criterios basados en el desempeño (o *contratos de gestión*) para reembolsar a los proveedores, que se introdujo por primera vez en el proyecto de El Salvador de 1998 (ES-0053, 1092/OC-ES).

1. Aspectos conceptuales

- 4.32 El argumento fundamental en favor de la contratación se deriva de una simple pregunta: *En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, el sector privado ya tiene gran actividad. . . . Si dichos proveedores privados ya existen, ¿por qué no emplearlos en lugar de la prestación pública de servicios que muchas veces son de baja calidad clínica y de bajo valor para el usuario, no responden a las expectativas del paciente y resultan costosos en términos de los pagos informales conexos que los pacientes deben hacer a los proveedores?* (Preker (2005), página 36).
- 4.33 Lamentablemente, incluso cuando se reconocen los problemas y las limitaciones del sector público, la respuesta a esta sencilla pregunta no es intrascendente. La contratación es, en realidad, un proceso complejo: hasta los países desarrollados están todavía lidiando con el diseño de los contratos; *el diseño de contratos de atención de salud eficientes ha eludido a los responsables de formular políticas de todo el mundo* (Maynard (2005a)).
- 4.34 De hecho, el éxito del modelo de contratación depende de que se cumpla una serie de supuestos y condiciones previas, a saber: (i) que haya un entorno competitivo; (ii) que la atención prestada por los proveedores privados sea de calidad más elevada; (iii) que los servicios se presten a costos más bajos; y (iv) que haya capacidad técnica adecuada en todos los aspectos de la reglamentación, desde el diseño del contrato, pasando por el seguimiento y la evaluación, hasta la capacidad para imponer multas y sanciones (véase también el Recuadro 4.6 del Anexo 2). Esto significa que la contratación es un proceso dependiente de una trayectoria.
- 4.35 La contratación también ha estado estrechamente vinculada con el llamado a la separación entre la prestación y el financiamiento de los servicios de salud. Este concepto refleja la opinión generalizada de que el sector público debe concentrarse en sus funciones de dirección, formulación de políticas, coordinación y reglamentación, abandonando las tareas y responsabilidades vinculadas a la prestación de servicios de atención sanitaria. En verdad, en 12 (40%) de los proyectos aprobados entre 1995 y 2005 se menciona explícitamente la necesidad de adoptar esa política. Sin embargo, la separación entre prestación y financiamiento no es una condición ni necesaria ni suficiente para la contratación (véase el Recuadro 4.6 del Anexo 2).

2. Resultados empíricos

- 4.36 Las pruebas empíricas disponibles plantean interrogantes importantes acerca de la validez de las hipótesis del modelo de contratación y las intervenciones resultantes (véase también el Recuadro 4.6 del Anexo 2).

- 4.37 **Entorno competitivo.** La competencia y la posibilidad de elección son la base del enfoque de contratación y se espera que induzcan eficiencia y mejoras de la calidad en el sector público mismo o en la prestación privada de atención sanitaria. Sin embargo, no parece razonable suponer que habrá un número suficientemente elevado de proveedores privados idóneos cuando se trata de las poblaciones remotas y pobres para las cuales se diseñaron algunos de los proyectos del Banco. La reforma colombiana, quizás el esfuerzo de reforma más estructurado y coherente de la década de los noventa, demostró a las claras cuán difícil resulta crear un entorno competitivo en regiones remotas o pobres. Pocos proveedores o aseguradores privados han ofrecido sus servicios en las regiones más remotas del país, abarcadas por el “régimen subsidiado”. Las estimaciones del Índice Herfindahl-Hirschman (HHI) realizadas por la Universidad Javeriana demuestran que en 2000 —es decir, siete años después de comenzada la reforma— los mercados de seguros fuera de las principales zonas metropolitanas eran en esencia monopolios, u oligopolios en el mejor de los casos (Ruiz (2001))⁷³. En algunas de las regiones remotas del país, los hospitales públicos siguen siendo las únicas fuentes de atención médica, circunstancia que contribuyó a la reciente crisis hospitalaria.
- 4.38 Además, las comprobaciones recientes en países desarrollados plantean interrogantes respecto al supuesto de un impacto inherente y necesariamente positivo de la competencia sobre la calidad. Propper, Burgess y Green (2004) comprueban una correlación negativa entre competencia y calidad de la atención médica en hospitales del Reino Unido, y el estudio de Scanlon et al. (2005) de 341 sociedades de seguro médico demuestra que la mayor competencia —medida con el Índice Herfindahl-Hirschman— iba acompañada de un desempeño más deficiente del plan de salud en varias dimensiones cualitativas. En su reciente reseña de la bibliografía sobre competencia entre hospitales en los Estados Unidos, Gaynor (2006, página 27) señala que *la teoría económica no da una respuesta inequívoca a la pregunta de si la competencia mejora el bienestar en mercados con diferenciación de productos*, como ocurre en el sector de la salud. El autor llega a la conclusión de que *“los resultados de estos estudios no nos permiten hacer inferencias acerca de si sus resultados estimados significan que la competencia aumentó o disminuyó el bienestar social* (página 28)⁷⁴.
- 4.39 En resumen, estos resultados indican que para obtener mejoras de la eficiencia y la calidad no se puede depender únicamente de la competencia, sea porque puede ser difícil lograr un entorno competitivo o porque su presencia no asegura dichas mejoras.
- 4.40 **Calidad de los proveedores del sector privado.** La percepción generalmente aceptada de que la calidad de los proveedores privados es superior a la de los del sector público es refutada por una creciente preponderancia de la prueba en contrario (Iunes (1994), Brugha y Zwi (1998), Kamat (2001), Das (2006)). *Se ha informado de tratamientos deficientes [administrados por proveedores privados] en enfermedades como la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, con consecuencias no sólo para los individuos tratados, sino también para la*

transmisión de la enfermedad y el desarrollo de la resistencia medicamentosa (Mills et al. (2002), página 326). No ha de sorprender que haya esa discrepancia, dada la asimetría de información que caracteriza al sector de la salud. La incapacidad de los usuarios para evaluar debidamente la calidad técnica de la atención médica tiende a resultar en una calidad percibida que no está necesariamente correlacionada con la calidad técnica del servicio, sino con factores tales como la afabilidad en el trato personal de los proveedores y la comodidad y las características físicas del entorno.

- 4.41 Existen pruebas limitadas acerca de la medida en que la calidad de los proveedores privados a los que acuden los pobres es inferior a la de los proveedores a los que acuden quienes no son pobres. Sin embargo, Das y Hammer (2005) comprueban en su estudio de Delhi, India, que la calidad de los proveedores (públicos y privados) es significativamente inferior en los vecindarios más pobres. Das (2006) observa en todos los casos estudiados (Delhi, Indonesia, México, Paraguay y Tanzania) que a los hogares de regiones pobres, por comparación con los hogares de regiones ricas, se les ofrece y brinda una atención médica de menor calidad por parte de los médicos en el ejercicio privado.
- 4.42 La gran mayoría de los proyectos del Banco también han identificado explícitamente la existencia de problemas de calidad en el sector privado. Sin embargo, fueron pocas las operaciones que incluyeron algún tipo de mecanismo de evaluación para determinar la calidad y el desempeño de los proveedores privados durante la preparación de los proyectos.
- 4.43 **Reducciones de costos y sostenibilidad.** Casi no existen pruebas empíricas confiables que confirmen las expectativas conceptuales, en este caso que la contratación de proveedores privados llevaría indudablemente a mejoras de eficiencia y abaratamiento de los costos por unidad de servicio provista. La experiencia en Camboya indica mejoras en la eficiencia, pero los servicios contratados externamente con el sector privado en Zimbabwe resultaron más costosos que los prestados por el Estado. Véanse a continuación los resultados obtenidos en Guatemala, Honduras y El Salvador.
- 4.44 La contratación genera asimismo costos de transacción que no son insignificantes en cuanto al diseño y el mantenimiento de los contratos, así como costos adicionales relacionados con la pérdida de poder adquisitivo. La experiencia de los países desarrollados demuestra que los costos administrativos pueden ser elevados: hasta el 25% en los Estados Unidos (Reinhardt (2005)). En un informe de 1997 de la Comisión de Auditoría del Reino Unido mencionado en Donaldson, Gerard y Milton (2005) se indicó que los costos administrativos eran superiores a las economías producidas por los mecanismos de contratación aplicados por el Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña. Por lo tanto, no hay certeza en cuanto a la generalización y sostenibilidad financiera de las experiencias de contratación.
- 4.45 **Capacidad reglamentaria.** *Lamentablemente, existe escasa documentación de la eficacia de la reglamentación de la calidad de las instituciones de salud en la*

región. Aunque haya políticas establecidas, no se han documentado bien ni la exigencia de su observancia ni las consecuencias que de ellas se derivan para las instituciones que no cumplen o dejan de cumplir los requisitos (Zeribi y Márquez (2005), página 14). Las pruebas de las aseveraciones generalizadas sobre la exigua capacidad institucional de los países de la región deriva de la presencia observada de un gran número de proveedores informales, el alcance limitado de los sistemas de información y el personal y los recursos limitados que se asignan a las actividades de supervisión y aplicación, etc.

- 4.46 Aunque los proyectos del Banco señalan la exigua capacidad institucional o reglamentaria de los países (véase el Recuadro 4.7 del Anexo 2), en la mayoría de los casos las medidas necesarias para mejorar la capacidad reglamentaria se aplicaron *simultáneamente* con los mecanismos de contratación y no con anterioridad a éstos. El segundo préstamo a Guatemala (GU-0125, 1221/OC-GU), por ejemplo, reconoce e intenta encarar los problemas creados por la contratación de proveedores cuando no se ha establecido una capacidad reglamentaria suficiente⁷⁵.
- 4.47 **Resultados de las experiencias del Banco en materia de contratación.** Son pocas las pruebas confiables acerca del desempeño y los resultados de las experiencias de contratación. Los estudios de países en desarrollo, en particular de Asia y África, indican que los proveedores contratados se desempeñan mejor que los servicios públicos tradicionales (Loevinsohn y Harding (2005)), pero los resultados disponibles, incluidos los buenos resultados obtenidos en Camboya, que generalmente se mencionan, deben examinarse con cuidado debido a problemas metodológicos (por ejemplo, la reducida dimensión de la muestra, la ausencia de datos de referencia, la ausencia de grupos testigo, etc.). Véase el Recuadro 4.8 del Anexo 2.
- 4.48 A continuación presentamos los resultados de tres experiencias del Banco con mecanismos de contratación: Guatemala, Honduras y El Salvador⁷⁶. Lamentablemente, al igual que con otras evaluaciones de la contratación, la información obtenida por medio de los estudios que evaluaron estas experiencias también debe tomarse con cierta precaución (véase, en el Recuadro 4.9 del Anexo 2, una descripción más detallada de estos estudios)⁷⁷. Los dos primeros estudios datan de 2005, mientras que el caso de El Salvador es de 2004 y se llevó a cabo sólo unos pocos meses después de comenzada la ejecución⁷⁸. Resumimos asimismo los resultados de la experiencia de Nicaragua (que no fue financiada por el Banco). A pesar de sus limitaciones, estos estudios —en particular los de Guatemala y Honduras— representan los esfuerzos más completos, bien pensados y rigurosos por evaluar las experiencias de contratación en América Latina y el Caribe.
- 4.49 Es interesante observar que, a pesar de la continua intervención del Banco en este ámbito durante más de un decenio en Guatemala y en otros países, el estudio que analiza el caso de Guatemala fue elaborado por el Banco Mundial.

- 4.50 **Guatemala y Honduras.** Si, por un lado, los modelos de prestación por contratación externa son muy similares para Guatemala y Honduras —un paquete básico de atención primaria provisto por ONG contratadas externamente (y remuneradas por capitación) a poblaciones rurales pobres por servicios de extensión (móviles)—, el modelo de Guatemala incluyó también servicios contratados internamente, es decir, ONG empleadas sólo como agentes de administración o de gestión financiera de los servicios de salud provistos por el Ministerio de Salud (véase el Recuadro 4.9 del Anexo 2).
- 4.51 En el Cuadro 4.2 se resumen las conclusiones de los estudios de Guatemala y Honduras en cuanto al cumplimiento de las principales condiciones previas y los supuestos del proceso de contratación. Como puede apreciarse, no se cumplieron debidamente muchas de las condiciones previas para una contratación exitosa. Estas limitaciones pueden disminuir la probabilidad de lograr los objetivos de mejorar la eficiencia y la calidad.
- 4.52 Ambos estudios indican la existencia de niveles significativos de cobertura bajo el régimen de contratación. Sin embargo, los datos de Guatemala indican que, en general, los servicios de contratación interna tendieron a desempeñarse mejor que los de contratación externa y los de los proveedores públicos en todas las categorías estudiadas: tasas de vacunación, atención prenatal, seguimiento del desarrollo y control de las enfermedades respiratorias. Las diferencias de desempeño entre los servicios de contratación externa y los servicios públicos no fueron por lo general significativas. Los resultados de Honduras no muestran diferencias significativas en cuanto al acceso, y los datos en cuanto a la calidad percibida no son concluyentes.
- 4.53 En ambos casos, los servicios prestados por las entidades contratadas externamente incluían la provisión de un paquete básico de servicios muy limitado, por medio de visitas periódicas (de extensión o móviles) de equipos médicos a las comunidades. Aunque puede ser adecuado para atender a algunos problemas de salud y representa efectivamente un incremento de la cobertura de poblaciones aisladas, este enfoque no puede responder adecuadamente a casos agudos con tasas de incidencia significativas (por ejemplo, las enfermedades diarreicas y respiratorias) o a enfermedades crónicas, que son muy frecuentes en América Latina y el Caribe, como la hipertensión y la diabetes. En este sentido, cabría cuestionar la sostenibilidad técnica a largo plazo de estos modelos de contratos de extensión financiados con recursos de los proyectos del Banco: no son soluciones permanentes ni verdaderos sustitutos de los servicios “permanentes” tradicionales. En realidad, bien pueden correr el riesgo de reproducir la pauta de “servicios deficientes para los pobres” tan criticada en el sector público.
- 4.54 Además, los mejores resultados que se observaron en los servicios de contratación interna en Guatemala —es decir, los que emplean al sector privado para gestionar recursos del sector público— sugieren que el modelo de prestación existente tiene un potencial que podría haber sido mejor explorado y ensayado. En contraste con la mayoría de los países en desarrollo de África y Asia en los cuales se ha aplicado la contratación, América Latina y el Caribe tienen un sistema de prestación de

asistencia médica relativamente bien desarrollado⁷⁹. Esta diferencia, así como el perfil epidemiológico de la región, pueden limitar la validez de un modelo de prestación basado en proveedores privados contratados externamente que prestan un paquete limitado de servicios de atención primaria de salud (en particular, en forma episódica).

- 4.55 La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (2006) hace una evaluación muy crítica de la experiencia de Guatemala: *Son escasas las pruebas respecto a si [en Guatemala] se logró el objetivo global de la iniciativa de contratación externa, esto es, maximizar el efecto sobre la salud, manteniendo el costo a un nivel sostenible. . . . La insuficiente capacidad de los proveedores y la falta de proveedores confiables en las regiones rurales, en las cuales la disponibilidad de servicios en un día dado dependía de si los voluntarios habían concurrido al trabajo, afectó negativamente tanto la calidad de la atención como la equidad del acceso a la atención. . . . El mandato de Guatemala, en el sentido de ampliar la cobertura de los servicios médicos, dio como resultado unas políticas que sacrificaron tanto la calidad como la equidad en aras de una cobertura amplia. Una de las principales razones de este fracaso fue que el programa no desarrolló un conjunto clave de indicadores de desempeño con arreglo a los cuales se supervisaría y reembolsaría a los proveedores. Esto produjo comportamientos de los proveedores que no coincidían con los objetivos de política enunciados en el programa; en particular, la iniciativa de contratación no logró asegurar un servicio de calidad aceptable para mejorar la salud maternoinfantil* (páginas 8 y 9). Estos puntos son particularmente pertinentes, dada la amplia experiencia acumulada por la USAID en materia de contratación en Guatemala y Centroamérica.
- 4.56 **El Salvador.** Como se señaló antes, en el caso de El Salvador las encuestas se realizaron a sólo pocos meses de iniciado el programa, y por ello sus conclusiones son necesariamente limitadas. Sin embargo, los resultados preliminares presentados apuntan en la misma dirección general de las dos experiencias analizadas anteriormente: (i) en general, no existen diferencias importantes de desempeño entre los servicios contratados externamente y los prestados por organismos públicos⁸⁰; y (ii) los costos unitarios del modelo de contratación externa son cuatro veces superiores a los del sistema público.
- 4.57 **Nicaragua.** Pese a las limitaciones de los datos y al período relativamente breve de ejecución del programa⁸¹, los resultados obtenidos por Bitrán y Maceira (2004) respecto a la experiencia de contratación en Nicaragua son sorprendentes: *Las comunidades nicaragüenses que están comenzando a recibir el apoyo de una ONG están menos beneficiadas que las que no cuentan con el apoyo de una ONG* (página 27, subrayado agregado). En verdad, de los datos se desprende que el apoyo de una ONG produjo un efecto negativo en seis de las ocho categorías evaluadas (atención curativa de niños con diarrea aguda, atención curativa de niños con infecciones de las vías respiratorias superiores, vacunas, planificación familiar, atención prenatal y partos en hospitales), en comparación con el grupo testigo que no recibió apoyo de una ONG (es decir, que recibía servicios provistos por el sector público)⁸².

3. Resumen

- 4.58 El análisis conceptual y empírico de esta sección indica que no hay pruebas claras que permitan afirmar que la implantación de mecanismos de contratación para la provisión de atención primaria haya logrado los objetivos de mejorar la eficiencia y la calidad. Aunque bien puede haber logrado brindar cobertura para ciertos tipos de servicios, la adecuación del modelo de prestación utilizado podría ser cuestionable en la realidad de América Latina y el Caribe. Además, estos modelos de prestación de servicios han resultado relativamente costosos —en 1999 la contratación de ONG absorbió más del 40% de los recursos de Guatemala asignados al sector⁸³—, y cabe cuestionar la sostenibilidad técnica a largo plazo de los modelos de contratos de extensión financiados con recursos de los proyectos del Banco: no son soluciones permanentes ni verdaderos sustitutos de los servicios “permanentes” tradicionales.
- 4.59 Resulta evidente, pues, que de continuarse en la región con las experiencias de contratación o de ampliarlas, estos mecanismos deberán ser adaptados y evaluados cuidadosamente. En verdad, en el caso de Guatemala, el hecho de que la información de evaluación sólo comience a estar disponible significa (i) que se liberaron recursos durante la ejecución de un préstamo en apoyo de reformas de política y (ii) que el programa sirvió de modelo para otras experiencias del Banco en Centroamérica (por ejemplo, Honduras, República Dominicana, Nicaragua, El Salvador y Panamá) sin que existieran pruebas adecuadas de desempeño o de resultados. Por ejemplo, la información sobre cobertura de población difundida por el programa se basó en informes y datos generados por las mismas ONG contratadas, cuyos pagos dependían de las tasas de cobertura logradas. El Banco ha reconocido este problema y en el segundo proyecto de Guatemala (GU-0125, 1221/OC-GU) se incluyó en la etapa de diseño una cláusula contractual sobre desembolsos que exigía una “auditoría concurrente” por parte de una compañía externa a fin de confirmar la efectiva prestación de los servicios^{84 85}.

D. Incentivos basados en el desempeño

1. Aspectos conceptuales

- 4.60 Tal como se indica en el Cuadro 3.3, dos tercios de los proyectos del Banco aprobados entre 1995 y 2005 respaldaron la aplicación de incentivos de oferta basados en el desempeño del proveedor o *contratos o convenios de gestión*⁸⁶. Se esperaba que estas medidas mejoraran la eficiencia y la calidad de la prestación de servicios.
- 4.61 Es importante distinguir entre incentivos financieros ex ante y ex post⁸⁷. Los primeros están vinculados a mecanismos financieros —pagos previstos, por ejemplo— que definen ex ante un programa de reembolsos que previsiblemente inducirá un cambio determinado en el desempeño (por ejemplo, se espera que los pagos previstos aumenten la cantidad de productos y reduzcan los costos medios). Por definición, los pagos se hacen independientemente de los resultados obtenidos.

Los incentivos ex post, por otra parte, vinculan los recursos a los resultados del desempeño. Entre los ejemplos se cuenta la transferencia de recursos de un nivel de gobierno a otro o el pago a proveedores privados, conforme a objetivos de desempeño convenidos o a metas alcanzadas. Este es el concepto que sustenta los llamados *contratos o convenios de gestión*⁸⁸.

- 4.62 La introducción de estos planes de reembolso más refinados (en particular, los instrumentos ex post) añade otras dimensiones de complejidad al proceso reglamentario, que exigen aún más a la reducida capacidad institucional de los países y requieren sistemas de seguimiento e información más avanzados, reforzando así la brecha entre la capacidad reglamentaria exigida y la capacidad reglamentaria efectiva.
- 4.63 Esta circunstancia ha sido claramente reconocida en el proyecto de Paraguay (PR-0028, 1006/OC-PR): *“dada la importancia en utilización que tiene el sector privado, en ausencia total de regulación, el introducir sistemas de pago como la capitación en las condiciones actuales podría introducir aún mayor inequidad en la prestación; las personas más pobres y las más enfermas podrían recibir menor nivel o volumen de atención sin ningún sistema de control. Es por ello que también es fundamental comenzar con el proceso de regulación del sector privado para lo cual es necesario fortalecer la capacidad normativa del [Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social] MSPBS, diseñar el marco regulatorio apropiado y congruente a las características del sector privado y crear la Superintendencia de Salud”* (documento PR-2194, página 13). Pese a esta alerta, y a la reconocida capacidad reglamentaria de los países de América Latina y el Caribe, la mayoría de los proyectos con mecanismos de contratación aprobados desde 1998 incluyen incentivos basados en el desempeño.
- 4.64 Esto reviste particular importancia, ya que los planes de incentivos que premian o sancionan el desempeño de las instituciones —como los apoyados por la mayoría de los proyectos del Banco— pueden llegar a afectar negativamente a la población que depende del servicio. Las “sanciones” que podrían aplicarse por un desempeño deficiente —por ejemplo, la reducción de las transferencias o los presupuestos— probablemente afectarán en mayor medida a la población local que depende de servicios que pueden pasar a tener un financiamiento insuficiente.
- 4.65 Por último, cabe recordar que las leyes y los reglamentos de la administración pública pueden obstaculizar la aplicación de sistemas de pagos basados en incentivos.

2. Pruebas empíricas

- 4.66 Hay muy pocas pruebas que demuestren el éxito de los mecanismos de pagos en función del desempeño, en países tanto desarrollados como en desarrollo: *no estamos en una etapa en la que haya nada siquiera semejante a una ortodoxia fiable o una serie de generalizaciones basadas en pruebas que puedan informar la formulación de políticas* (Culyer (2006), página 38). Kane et al. (2004) hicieron una

reseña integral de la bibliografía sobre incentivos económicos para los proveedores y comprobaron que hay pocas pruebas en sustento de la presunta eficacia de los incentivos financieros para los proveedores en el sector privado de los Estados Unidos como medio para inducir la atención preventiva. Asimismo señalan a la atención que las bonificaciones no son fáciles de implementar. La publicación canadiense *Healthcare Papers* dedicó un número entero al análisis de los mecanismos de pago por desempeño (Rochon (2006)), y en la reseña de Pink et al. (2006), página 24) se enuncian tres conclusiones principales, a saber: (i) los programas de pago por desempeño acusan diferencias sustanciales, *lo que indica que distintos entornos y objetivos bien pueden requerir distintos programas de pago por desempeño. Como mínimo, demuestra que no existe un consenso en cuanto al diseño de programas de pago por desempeño patrocinados por el Estado*; (ii) *que se sabe muy poco sobre los efectos de los programas de pago por desempeño*; y (iii) *que pese a una falta de pruebas sustanciales, el pago por desempeño de la atención de salud financiada con fondos públicos está siendo aplicado por los Gobiernos de los Estados Unidos, el Reino Unido y Australia*. El análisis que se presenta indica que los mecanismos de pago por desempeño han producido exiguos resultados netos positivos para el sistema de salud y demuestra las dificultades inherentes a la medición, el seguimiento y la evaluación de los resultados⁸⁹. En consonancia con los resultados reseñados por Kane et al. (op. cit.), señalan asimismo sus elevados costos de diseño y administración. La Comisión de Auditoría del Reino Unido pudo identificar pocas pruebas de mejoras en la eficiencia y los productos en los primeros años de aplicación del sistema de pago por resultados⁹⁰. También comprobó que los costos de ejecución del programa habían superado los niveles previstos (Boyle (2005)).

- 4.67 La mayoría (65%) de los proyectos del Banco apoyan la implementación de incentivos basados en el desempeño como herramientas para mejorar la calidad. Sin embargo, la síntesis canadiense demuestra que existen pocas pruebas confiables acerca de los efectos de los sistemas de incentivos sobre la salud de los pacientes y la calidad de la atención.
- 4.68 En los países desarrollados existen aún menos pruebas. Al igual que para la contratación, se han implantado varios programas basados en el desempeño en un contexto que resulta menos relevante para el de América Latina y el Caribe: países pobres de África y Asia que han pasado por conflictos, en los cuales el sector público casi no puede prestar servicios. Aunque varios programas recientes han recopilado datos de referencia, la mayoría carece de grupos testigo. El proyecto piloto de pago por desempeño de la USAID en Haití (Eichler, Auxila y Pollock (2001)) es uno de estos casos: un estudio antes-después sin grupos testigo. Sus datos muestran mejoras significativas en la cobertura de inmunización después de implementar el régimen de pago por desempeño, pero en otras intervenciones focalizadas se obtuvieron resultados disímiles. Los resultados obtenidos en una muestra de hospitales en China hacen ver que se debe poner cuidado al diseñar planes de bonificaciones, ya que el sistema de incentivos puede producir a

resultados socialmente menos deseables: aumentos de los procedimientos innecesarios y de las hospitalizaciones (Liu y Mills (2005)).

E. Tasas de uso

1. Aspectos conceptuales

- 4.69 La justificación de la aplicación de tasas de uso se divulgó en un importante estudio del Banco Mundial de 1987, titulado “*Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda For Reform*” (Akin, Birdsall y De Ferranti (1987)) y se subrayó en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993.⁹¹ Se esperaba que las tasas de uso plasmaran en una ampliación de la prestación de servicios básicos y una mejora del acceso de los pobres a la atención de salud y una mayor eficiencia (véase el Recuadro 4.10 del Anexo 2). Es importante señalar que las tasas de uso fueron propuestas por primera vez, fundamentalmente, para conformarse a la realidad de los países pobres de África.
- 4.70 La aplicación de tasas de uso fue la medida de reforma apoyada por el menor número de proyectos del Banco: siete sobre 30 proyectos. Seis de estos proyectos se aprobaron para países de Centroamérica y el Caribe no anglófono y uno se aprobó para Paraguay.
- 4.71 Sin embargo, incluso este número tan pequeño de proyectos constituye un resultado notable (en un sentido negativo), por diversas razones, a saber:
- Primera, porque desde la década de los ochenta se venía informando acerca de pruebas del impacto negativo de las tasas de uso sobre los pobres, como lo ilustra esta cita de Gertler, Locay y Sanderson (1987) en relación con Perú: *Un incremento de las tasas de uso con reinversión daría como resultado una disminución sustancial de la demanda de los pobres y un leve aumento de la demanda de los ricos. Además, habría una reducción relativamente grande del bienestar de los pobres y un leve aumento del bienestar de los ricos* (página 85).
 - Segunda, aunque estos proyectos que apoyan la aplicación de tasas de uso fueron aprobados entre 1995 y 2001, el Banco Mundial estaba abandonando este enfoque hacia la mitad de la década de los noventa (Abbasi (1999c)). Además, muchos de los estudios empíricos más conocidos datan de antes de 1995.
 - Tercera, los países en los cuales se estaban implementando o apoyando tasas de uso exhibían los niveles de recaudación tributaria más bajos de la región. Aunque quizá no haya sido “contrario a la ética”, era por cierto regresivo proponer en esos países la implementación de un mecanismo de recuperación de costos que, casi por definición, será mayoritariamente financiado por los pobres (que no tienen otra opción que la de acudir a los servicios públicos).

- d. Cuarta, se sabe conceptualmente que, en el sector salud, las medidas que atienden a la oferta son mucho más eficaces que las intervenciones en la demanda para reducir al mínimo los problemas de la utilización indebida de los servicios⁹².

2. Pruebas empíricas

- 4.72 Las abrumadoras pruebas que se han acumulado demuestran que, en la práctica, las tasas de uso han afectado negativamente a la equidad, el acceso, la eficiencia y la recaudación de rentas (véase el Recuadro 4.11 del Anexo 2). Además, los mecanismos para proteger a los pobres (dispensas o escalas de tasas) son por lo general ineficaces; primero, porque no pueden impedir enteramente que los pacientes pospongan la atención; segundo, porque son costosos y difíciles de implementar y administrar. Resulta, pues, afortunado que las restricciones jurídicas en los países hayan impedido la implementación de nuevos sistemas de tasas de uso como los apoyados por el Banco.
- 4.73 *La experiencia con los sistemas de tasas de uso, que proliferaron en la década de los noventa, sugiere que dichos sistemas inciden negativamente en la equidad, en particular a nivel de la atención primaria, y que deben aplicarse con gran prudencia en las comunidades pobres* (Tollman, Doherty y Mulligan (op. cit.), página 1200). Gilson y McIntyre (2005) resumen bien el efecto negativo de las tasas de uso sobre la equidad: *las tasas de uso son la forma más regresiva que existe para financiar la atención médica, contribuyen a la carga de costos inabordable que se impone a los hogares pobres y representan una faceta de la exclusión social que sufren esos hogares* (página 762).
- 4.74 En Lima las tasas de uso causaron una merma en la utilización de los hospitales públicos por parte de los pobres (y hasta de los que no eran tan pobres) e incrementaron la utilización por parte de los ricos (Arroyo (1999), Flores (2006)). Flores (op. cit.) resume bien los resultados de Honduras, de los que informaron Fiedler y Suazo (2002): *En Honduras se introdujeron tasas de uso en toda la red de instituciones de atención, con una estructura altamente regresiva de pagos por servicios. . . . La exención del pago, que está pensada como medida de protección de la población pobre, no presta eficazmente esta protección. . . . La mayoría de los usuarios que pagan por servicios en las instituciones de atención pertenecen a los estratos más pobres* (Fiedler y Suazo 2002). *Los datos de Honduras demuestran que las tasas de uso, además de contraproducentes en lo que hace a la equidad, son ineficientes. Los recursos generados por las tasas de uso no superan el 2% del presupuesto del Ministerio de Salud. Más de dos tercios de los fondos recaudados se destinan a la administración del sistema de tasas de uso* (página 18).

F. Descentralización

1. Aspectos conceptuales

- 4.75 Pese a que en la Estrategia de Desarrollo Social de 1996 se insta a “*enfocar con cautela la descentralización*”, esta ha sido la medida más comúnmente apoyada por los proyectos del Banco. Está presente en casi las tres cuartas partes de los proyectos aprobados entre 1995 y 2005 y en el 90% de los proyectos aprobados entre 1995 y 2001 (Cuadro 3.3). Estas cifras no son sorprendentes, pues la descentralización —esto es, el traspaso de facultades y responsabilidad por las funciones públicas del gobierno central a niveles subnacionales de gobierno o a instituciones autónomas (Hutchinson y LaFond (2004))— se convirtió en una de las medidas de reforma del sector de la salud más comunes de la década de los noventa. De hecho, la descentralización del sector público en la mayoría de los países formó parte de un proceso más general de descentralización del sector público. En general, se consideró, por un lado, que la descentralización mejoraría la eficiencia, la equidad y el acceso y, por el otro, que la descentralización de la prestación de servicios mediante una mayor autonomía de los establecimientos sanitarios, primordialmente de los hospitales, propiciaría una mayor eficiencia y calidad de la atención de los pacientes hospitalizados en el sistema. Por conducto de diez proyectos, el Banco apoyó medidas para aumentar la autonomía hospitalaria.
- 4.76 Sin embargo, la descentralización per se no garantiza más eficiencia del sector de la salud ni un mejor acceso a los servicios. Los procesos de descentralización dependen de la aplicación satisfactoria de una serie de medidas (por ejemplo, sistemas de responsabilización, regímenes jurídicos transparentes y mecanismos de transferencia), de la presencia de una capacidad técnica y de gestión adecuada a nivel local y de la existencia de financiamiento suficiente. En ausencia de estos elementos, la descentralización puede plasmar en mayores costos y en la multiplicación de estructuras administrativas y burocráticas y, por lo tanto, en mayor ineficiencia. Así, *si bien ninguna de estas condiciones es suficiente para una descentralización satisfactoria, las experiencias de los países demuestran que todas son necesarias* (Hutchinson y LaFond (2004), página xiii). Cabe señalar también que la descentralización podría producir costos de transacción considerables, en particular en los países de estructura federativa⁹³. Por último, si no existen mecanismos apropiados para el control y la supervisión de las comunidades o si éstos no son eficaces, aumenta la probabilidad de que se asignen mal los recursos o de que éstos se utilicen para fines políticos. Por todas estas razones, es evidente que el proceso de descentralización no es aplicable o recomendable para todos los países⁹⁴.

2. Pruebas empíricas

- 4.77 Si bien es difícil hacer evaluaciones empíricas rigurosas de las iniciativas de descentralización, las pruebas disponibles indican resultados mixtos pero algo alentadores. De acuerdo con datos provenientes de Filipinas, Uganda, el Brasil, Chile y Colombia, la descentralización ha tendido a incrementar la asignación de

- recursos locales al sector. Además, en Chile y Colombia, los datos disponibles sugieren que se ha reducido la diferencia en el gasto en salud per cápita entre las comunidades más ricas y las más pobres, lo que indicaría una cierta mejora de la equidad (regional) (Bossert (2000))⁹⁵. La deficiente capacidad institucional de Bolivia, sin embargo, se traduce en una acentuación de las desigualdades a favor de municipalidades con condiciones políticas o técnicas un poco mejores (Bossert (*op. cit.*)).
- 4.78 En Brasil (Medici (2002)) ha habido un aumento significativo del financiamiento de los estados y municipios. En consecuencia, estos niveles subnacionales han pasado a ser las fuentes principales de financiamiento público del sector de la salud. Sin embargo, los datos de Brasil disponibles hasta 1996 no indican que las transferencias de recursos del nivel federal a los estados son equitativas⁹⁶.
- 4.79 En un estudio del proceso de descentralización en Nicaragua (Bossert, Bowser y Corea (2001)) no se llega a resultados muy concluyentes, pero las pruebas sugieren que *la opción local al nivel de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) por lo menos no ha exagerado las desigualdades y la ineficiencia y hasta es posible que haya contribuido a mejorar la equidad y la eficiencia*” (página 5). Los datos de Canadá indican un efecto positivo e importante de la descentralización sobre la capacidad de las políticas públicas para mejorar la salud de la población (Jiménez y Smith (2005)).
- 4.80 Aunque la información sobre el efecto de la descentralización en la eficiencia es limitada, las pruebas reunidas en todo el mundo sugieren que, pese al incremento del gasto local en salud, los datos de Filipinas (Schwartz, Guilkey y Racelis (2002)) y Uganda (Akin, Hutchinson y Strumpf (2001)) muestran un deterioro de la eficiencia de asignación, debido a una merma en la provisión de recursos para actividades de bienes públicos y a un aumento de los recursos asignados a bienes de salud privados.
- 4.81 El Grupo de Estudio de Bellaggio sobre Supervivencia Infantil (2003) informó de que las dificultades de ejecución del proceso de descentralización afectaron negativamente el desempeño de los sistemas orientados a la atención primaria de salud.
- 4.82 **Autonomía hospitalaria.** Como se señaló antes, el Banco apoyó también en diez de sus proyectos las iniciativas de los países por realzar la autonomía financiera y de gestión de los hospitales, dentro del proceso de descentralización⁹⁷. Los datos (limitados) sobre autonomía hospitalaria en los países en desarrollo sugieren que hubo pocas mejoras (si hubo algunas) en materia de eficiencia y calidad de la atención (Govindaraj y Chawla (1996)). Por otra parte, la experiencia del Estado de São Paulo en Brasil (Costa y Ribeiro (2004)) parecería indicar diferencias significativas en la eficiencia y quizás en la calidad en los hospitales autónomos que funcionan bajo el régimen especial de “Organizações Sociais” (organizaciones sociales), incluso si estas diferencias en el desempeño no pueden explicarse únicamente por la autonomía acordada a estas instituciones⁹⁸.

- 4.83 Las experiencias en países desarrollados tales como Nueva Zelandia y el Reino Unido muestran que la autonomía hospitalaria no mejora automáticamente el desempeño del hospital. Además, algunos estudios monográficos de Govindaraj y Chawla (op. cit.) indican que cuando no existen mecanismos reglamentarios adecuados, la autonomía hospitalaria puede dar lugar a que se abuse del sistema y tener consecuencias importantes para el desempeño del hospital. Los datos de Indonesia indican un efecto negativo en cuanto a la equidad. En verdad, Bossert, Kosen y Gani (1997) concluyen que *la única prueba clara de mejoras derivadas de la autonomía hospitalaria consistió en que en los hospitales autónomos se apreciaron mejoras en los sistemas de gestión* (página 4)⁹⁹.
- 4.84 Por último, es de presumir que muchas de las hipótesis implícitas en el modelo conceptual de autonomía hospitalaria no se harán realidad en la práctica. Los hospitales públicos descentralizados son instrumentos para lograr dos objetivos que pueden ser antagónicos, a saber: mejorar la “eficiencia y productividad” globales del sector y contribuir a objetivos de política social. Así ocurre, en particular, en los múltiples casos en que los hospitales públicos son la única fuente de servicios de salud en ciertas zonas. Estas circunstancias y su dependencia —en última instancia— de los recursos públicos significan que no cabe esperar que los hospitales lleguen alguna vez a tener la autonomía que presuponen los modelos conceptuales.

G. Nota sobre el seguro social y los impuestos sobre la nómina

- 4.85 Como se señaló en el capítulo anterior (véanse los párrafos 3.20 y 3.23), el Banco apoyó la aplicación de mecanismos de seguro social en Belice, Bolivia, Colombia, Ecuador, República Dominicana y Perú y la realización de estudios para evaluar su adecuación en Jamaica y en Trinidad y Tobago.
- 4.86 Los regímenes de seguro social comparten la característica común de alterar la forma en que se remunera a los proveedores de servicios de salud. El seguro social apunta a lograr dos objetivos principales, a saber: (i) la búsqueda de la cobertura universal, que tiene sus propios méritos éticos y sociales y (ii) la introducción de un mecanismo explícito de “solidaridad”, que tiene consecuencias importantes en un contexto de exclusión social y desigualdad como el que caracteriza a la región.
- 4.87 Además, los modelos de seguro social se financian más con cargo a las rentas derivadas de los impuestos sobre la nómina que con cargo a las rentas generales. En los países de habla inglesa del Caribe, la creación de sistemas de seguro social basados en impuestos sobre la nómina resultó particularmente atractiva como medio para aumentar rápidamente el monto de los recursos (con destino definido) disponibles para financiar al sector.
- 4.88 Sin embargo, los sistemas basados en impuestos sobre la nómina conllevan problemas y riesgos de importancia que los encargados de formular políticas muchas veces han pasado por alto¹⁰⁰:

- a. Tienden a estimular aún más la expansión de un sector informal que ya es demasiado grande en muchos de los países de la región.
 - b. Introducen una distorsión en el precio de la mano de obra en relación con el precio del capital y tienen, por lo tanto, un efecto desproporcionadamente negativo sobre sectores que hacen uso intensivo de la mano de obra y que generan puestos de trabajo.
 - c. Los impuestos sobre la nómina son procíclicos y pueden ser más volátiles que las rentas generales. Esto significa que en períodos de recesión económica, cuando tiende a aumentar la demanda de servicios de salud, la principal fuente de financiamiento del sistema tiende a verse gravemente afectada. El problema es importante en una región como América Latina y el Caribe que exhibe niveles elevados de inestabilidad.
 - d. Los datos de países desarrollados indican que los sectores de salud financiados con contribuciones del seguro social suelen ser regresivos (Van Doorslaer y Wagstaff (1993)).
 - e. Es de presumir que el uso intensivo de la mano de obra propio de las exportaciones de la región y las presiones para mantener la competitividad internacional impondrán límites importantes al aumento de los impuestos sobre la nómina. Es probable que estas restricciones entren en colisión con las necesidades del sector de la salud, no sólo porque en el corto plazo sus costos tienden a incrementarse más rápidamente que los precios en general, sino también porque en el mediano y largo plazo es probable que estos costos aumenten aún más rápidamente debido al envejecimiento de la población de la región.
 - f. Por último, el uso de impuestos sobre la nómina para financiar al sector no elimina la necesidad de competir por escasas fuentes de rentas, pues simplemente desvía la competencia hacia otros ámbitos que también dependen de las rentas producidas por los impuestos sobre los ingresos, por ejemplo el sistema de pensiones. En este conflicto, el sector de la salud sufre de una desventaja considerable. Primero, porque los costos de las pensiones también aumentarán junto con el envejecimiento de la región y, segundo, porque es más fácil, política y hasta jurídicamente, aplicar recortes presupuestarios generales al sector de la salud que abstenerse de pagar jubilaciones. En este sentido, a mediano y largo plazo, al sector bien le puede convenir más obtener sus recursos de las rentas generales que de los impuestos sobre la nómina.
- 4.89 Los encargados de la formulación de políticas deben examinar cuidadosamente estos asuntos, en particular en el contexto del Caribe de habla inglesa, donde los sistemas de salud han resultado relativamente satisfactorios.
- 4.90 El modelo colombiano de seguro social basado en los principios de la competencia gestionada ha servido de parámetro para otras propuestas de reforma apoyadas por

proyectos del Banco durante la década de los noventa; por ejemplo, en República Dominicana (DR-0078) y Perú (PE-0146) (véase en el Recuadro 4.12 en el Apéndice 2 un breve análisis del modelo colombiano de competencia gestionada).

- 4.91 Cabe señalar que, pese a su nomenclatura, algunos de los llamados sistemas de seguro que se han aplicado en la región, como el “Seguro Materno Infantil” en Perú, luego denominado “Seguro Integral de Salud” (apoyado por el préstamo PE-0146), el “Seguro Materno Infantil” en Bolivia y el “Aseguramiento Universal de Salud” en Ecuador, carecen de algunos de los elementos clave de un plan de seguro: los financiadores no gestionan los riesgos y la mayoría de los servicios cubiertos no son eventos raros y costosos. Su principal característica común fue la introducción de reembolsos de los honorarios por servicios a los proveedores a fin de financiar los costos variables del conjunto predefinido de intervenciones orientadas hacia los pobres. Se pretendía obtener dos beneficios, a saber: (i) eliminar las barreras financieras y económicas a que se enfrentan los pobres, ya que la admisión en estos programas conllevaba la dispensa del pago de tasas de uso; y (ii) estimular la provisión de las intervenciones cubiertas (mediante el reembolso de los honorarios por servicios).

H. Cambios en los países

- 4.92 Aunque los datos disponibles no permitían determinar una relación causal entre las medidas aplicadas por el Banco o los países de la región y los efectos directos de salud, OVE examinó también qué había ocurrido con algunos indicadores clave del sector salud durante el período de aplicación de estas reformas.
- 4.93 De acuerdo con los datos de 2004, la situación actual es, en general, bastante similar o algo mejor que la observada a principios de la década de los noventa, que se analiza en la Sección A de este capítulo y en el Recuadro 4.1: (i) al igual que en 1990, los datos de 2004 sobre la esperanza de vida muestran también a cinco países por debajo de la recta de regresión (ninguno de ellos difiere significativamente de los valores estimados); (ii) en cuanto a la mortalidad infantil, los datos de 2004 muestran que diez países miembros del Banco tienen tasas que los ubican por debajo de la recta de regresión, es decir, tasas de mortalidad inferiores a las previstas (frente a nueve países en 1990) y que 14 están por encima de la recta (frente a 16 en 1990), de los cuales sólo uno, Brasil, estaba más allá del límite definido por una desviación estándar (tres países a principios de la década de los noventa); y (iii) los datos de 2004 de mortalidad de menores de cinco años muestran a la mitad de los países (12) por debajo de la recta estimada (frente diez en 1990), y a la otra mitad con tasas que los ubican por encima de la recta de regresión (frente a 15 en 1990), sin que ninguna de estas tasas difiera significativamente del valor previsto.
- 4.94 El Gráfico 4.1 presenta los cambios porcentuales entre 1995 y (*circa*) 2004 en un índice compuesto relativo de indicadores de impacto/efectos directos (los números negativos indican una mejora del índice relativo)^{101 102}. Como se muestra en el gráfico, los países en los cuales el Banco respaldó el mayor número de medidas de

reforma (Guatemala, República Dominicana, Paraguay, El Salvador, Haití y Panamá) no tuvieron un desempeño sobresaliente. En el gráfico se destacan la significativa mejora relativa en México y el deterioro en Paraguay. México presenta mejoras importantes de todos los indicadores, en particular los relacionados con la cobertura de vacunación. El deterioro del desempeño relativo de Paraguay se explica fundamentalmente por la declinación relativamente pequeña de los indicadores de mortalidad del país. Es muy importante señalar que el deterioro del índice no significa necesariamente un deterioro del indicador, sino que es el resultado de un deterioro del índice en *relación con otros países*.

- 4.95 En verdad, en consonancia con el análisis del párrafo 4.95, los Gráficos 4.2 a 4.12 muestran que, en general, los indicadores efectos directos/impacto de la región han mejorado desde mediados de la década de los noventa. Los “valores atípicos negativos” en los datos son los siguientes: la disminución del porcentaje de niños vacunados contra la poliomielitis en Jamaica (Gráfico 4.8) y, en particular, contra el sarampión en República Dominicana, que ha declinado a casi el 60% (Gráfico 4.9); y la disminución del porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal en El Salvador y en Chile (Gráfico 4.11). En el aspecto positivo, vale la pena señalar la mejora en la cobertura de atención prenatal en Guatemala y Perú (Gráfico 4.11), ámbito que ha recibido el apoyo de las intervenciones del Banco; y el aumento del porcentaje de partos con asistencia de personal calificado, que ha mejorado significativamente en Bolivia y Perú (Gráfico 4.12).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 5.1 Las intervenciones del Banco en el sector de la salud se inscribieron en el marco general de reformas estructurales sustentado en las políticas de mercado y la reducción del déficit fiscal que dominaba la teoría del desarrollo en la época e inspiraba a quienes colaboraban con el sector de salud, tanto en los países mismos como en las instituciones financieras internacionales (incluido el BID). Este marco de reforma plasmó en una serie de medidas de reformas del sector de la salud destinadas a inducir, o por lo menos imitar, un comportamiento similar al del mercado por parte de los agentes públicos y privados.
- 5.2 Las conclusiones y comprobaciones derivadas de cada una de las principales medidas de reforma apoyadas por el Banco entre 1995 y 2005 indican la presencia de importantes limitaciones empíricas y conceptuales. Estas limitaciones sugieren que, en general, el enfoque seguido por el Banco acaso no haya plasmado en la mejora de la eficiencia, la calidad o la equidad de los sistemas de salud de la región, como se había previsto en los proyectos aprobados durante el período¹⁰³.
- 5.3 No se dispone de datos para evaluar la eficiencia y calidad de la atención a nivel nacional, y los datos de las encuestas de hogares son muy limitados para hacer comparaciones de la situación antes y después. Los datos de Chile, Colombia, El Salvador, Nicaragua y Panamá, obtenidos a partir de Encuestas de Niveles de Vida (ENV), indican que la equidad, por otra parte, fue un problema de principios a mediados de la década de los noventa y lo sigue siendo todavía. En todos estos países y en ambos períodos, el acceso a la atención de salud (medido en porcentaje de pacientes que necesitaban y obtuvieron atención médica) de la población del quintil superior del espectro de ingresos es estadísticamente mucho mayor que el de la población del quintil inferior (véase el Cuadro 5.1). Debe observarse que, con la excepción de Panamá, los cambios en el tiempo no pueden evaluarse debido a las diferencias en las preguntas usadas en las encuestas. Los datos de Panamá muestran un aumento significativo de las diferencias entre los dos grupos (quintiles superior e inferior), de 21 puntos porcentuales en 1997 a 32 puntos porcentuales en 2003.
- 5.4 Trujillo, Portillo y Vernon (2005) evalúan el impacto del régimen colombiano de seguro médico subsidiado sobre la utilización de servicios de salud por los pobres. Los autores, que usan técnicas de emparejamiento de puntuación de la propensión y variables instrumentales, observan un impacto generalmente positivo sobre la utilización de los servicios sanitarios por parte de niños, mujeres y ancianos de bajos ingresos. Los resultados de estos autores sugieren, por consiguiente, que la aplicación de mecanismos de subsidios cruzados puede tener repercusiones positivas en una región caracterizada por elevados niveles de desigualdad. Lamentablemente, estos autores no evalúan el impacto del programa sobre las condiciones de salud de los pobres.
- 5.5 El análisis del sector de la salud y del desempeño del sistema de salud se caracteriza por divergencias técnicas importantes y, a veces, pruebas empíricas conflictivas.

Los profesionales del sector no están de acuerdo, por ejemplo, respecto de cómo aplicar al proceso de toma de decisiones las mediciones que sirven para calcular la carga que la morbilidad y la mortalidad imponen a los países¹⁰⁴. Cabe mencionar este desacuerdo porque implica divergencia en la forma en que deben determinarse las prioridades sectoriales. La tentativa, en el Informe sobre la salud en el mundo 2000 (Organización Mundial de la Salud (2000)) por definir, cuantificar y clasificar el desempeño de los sistemas de salud generó un nivel de desacuerdo y controversia técnicos y políticos rara vez observado¹⁰⁵. Los resultados de esta evaluación reflejan la hipótesis de que no hay ningún modelo singular o “correcto” para organizar los sistemas de salud.

- 5.6 Las pruebas disponibles reflejan que los instrumentos de mercado no son *necesariamente* alternativas superiores. El sector de la salud, en verdad, se caracteriza por el fallo tanto del mercado como del Estado, y las características contextuales propias de los países son elementos críticos para formular y aplicar recomendaciones de políticas adecuadas. Estos resultados, a su vez, implican que las intervenciones en el sector de la salud fueron y serán esencialmente experimentales y que el Banco ha de analizar diversas alternativas. La incertidumbre, en verdad, es inherente al contexto de políticas del sector. Los países desarrollados como Nueva Zelandia, que propugnaron con entusiasmo las políticas de la nueva gestión pública, han venido revisando sus estrategias.
- 5.7 Sin embargo, una de las principales comprobaciones de esta evaluación es que las medidas de reforma del Banco no se basaron en pruebas, sino que, en gran medida, se conformaron a una serie de hipótesis consensuales de la época que dimanaban de la idea de que los mecanismos e incentivos de mercado eran la única solución para los problemas e ineficiencias observados en el sector. A pesar de la falta de sustento empírico y, a veces, conceptual, esas hipótesis no se pusieron seriamente en tela de juicio: se consideraron acertadas porque estaban sustentadas en “premisas correctas”¹⁰⁶.
- 5.8 Como bien concluyó Rice (1997): *A pesar de que la mayoría de los problemas de la política sanitaria sólo pueden resolverse mediante una investigación empírica, escoger la teoría apropiada es no obstante de extraordinaria importancia para la adopción de políticas de atención de salud bien fundamentadas. Si interpretan erróneamente la teoría económica cuando se trata de aplicarla al sector de la salud —suponiendo que las fuerzas del mercado son necesariamente superiores a las políticas alternativas y que otros instrumentos del análisis económico se pueden aplicar sin más a la atención de salud—, los analistas cerrarán los ojos a opciones de política que bien pudieran ser las más aptas para realzar el bienestar social, muchas de las cuales sencillamente no se derivan del modelo competitivo convencional, impulsado por la demanda. Aunque las fuerzas del mercado acaso pueden tener ciertamente un lugar prominente en la organización y la prestación de los servicios de salud, como he tratado de hacer ver, la teoría económica no demuestra que sean necesariamente un enfoque superior de la política de atención de la salud (páginas 422 y 423).*

- 5.9 Por todas estas razones, es preciso reforzar las actividades de evaluación y los trabajos analíticos y empíricos necesarios para *apoyar las actividades operativas del Banco*.
- 5.10 Con respecto a la necesidad de reforzar las actividades de evaluación, el presente informe ha demostrado que la atención primaria de salud es una esfera de gran importancia e incidencia potencial sobre la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud que exhibe una notable escasez de evaluación empírica. En particular, es preciso evaluar las experiencias con paquetes básicos y examinar la posibilidad de aumentar la escala de las alternativas evaluadas.
- 5.11 Como lo demuestran las experiencias de contratación en Guatemala y Honduras, que se examinaron en el capítulo anterior, no se han cumplido varias de las condiciones previas y supuestos necesarios para la contratación de proveedores del sector privado. En consecuencia, el Banco tiene que evaluar las condiciones en otros países en los que ha financiado enfoques similares, formular las medidas necesarias para corregir o mitigar las limitaciones existentes (de haberlas) y analizar el conjunto de condiciones que puedan realzar la probabilidad de éxito.
- 5.12 Se ha señalado que la capacidad reglamentaria de un país es un factor crítico en la aplicación satisfactoria de muchas de las medidas apoyadas por los proyectos del Banco. Este tema plantea una interrogante importante que el Banco debe examinar explícitamente: ¿deben (o pueden) esperar las instancias normativas a que haya un sistema reglamentario óptimo antes de introducir ciertas intervenciones? Sin embargo, ya que parece que las limitaciones reglamentarias no se han abordado adecuadamente, el Banco debe priorizar las evaluaciones de la capacidad reglamentaria existente en los países que tienen operaciones financiadas por éste encaminadas a implantar mecanismos de contratación, incentivos basados en el desempeño y autonomía hospitalaria¹⁰⁷.
- 5.13 Con respecto a los trabajos analíticos y sectoriales, OVE compiló los trabajos sectoriales publicados por el Banco entre 1995 y 2005 (Cuadro 5.2). A pesar de que contenían un número significativo de temas (71), la gran mayoría de los trabajos no están relacionados con las medidas clave que se examinan en el presente documento o con los objetivos principales de los proyectos del Banco. En verdad, hubo cuatro estudios relacionados con las cinco medidas clave de reforma, ocho estudios relacionados con la reforma en general y sólo dos relacionados con los objetivos de eficiencia, calidad y equidad/cobertura.
- 5.14 En ese sentido, la ejecución de los “enlaces de recursos de conocimientos” — páginas virtuales que presentan las principales definiciones conceptuales, análisis temáticos, documentos de investigación aplicada preparados en el Banco o financiados por éste y los enlaces y referencias a la bibliografía académica y normativa (véase una ilustración en el Recuadro 5.1 del Anexo 2)— podría ser un instrumento que serviría como una fuente de información y como catalizador de investigaciones e intercambios de ideas adicionales.

- 5.15 Es evidente asimismo que se necesita ampliar los trabajos sectoriales y analíticos. OVE recomienda encarecidamente que el programa de investigación aplicada del Banco se oriente en función de las necesidades de los Departamentos Regionales de Operaciones. Según se observa en el Capítulo III, los proyectos recientemente aprobados indican que los países de la región están todavía buscando un enfoque diferente, que no se percibe con claridad. Por consiguiente, la pertinencia de la ayuda del Banco depende de su capacidad para identificar los temas y ámbitos que deben ser objeto de nuevas investigaciones.
- 5.16 Debería señalarse que los problemas observados en esta evaluación no invalidan la focalización del Banco en los temas sistémicos. Las ventajas comparativas del BID dependen de su capacidad para comprender, prescribir e intervenir respecto de temas relacionados con sistemas, lo que no necesariamente implica medidas de reforma. También se debe recordar que la región es singular en el sentido de que cuenta con un organismo especializado de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud, para brindar apoyo a los países en relación con problemas epidemiológicos y de morbilidad específicos.
- 5.17 Entre los temas sistémicos (no relativos a reformas) que revisten más interés para la futura intervención del Banco se incluyen por ejemplo: (i) las intervenciones encaminadas a mejorar la capacidad de vigilancia (epidemiológica y sanitaria) de los países, un ámbito que está vinculado con los sistemas reglamentarios e institucionales, que conforme se señala en el presente documento todavía son deficientes en la región; (ii) el diseño y el establecimiento de redes de sistemas de salud. El Banco ha respaldado intervenciones en este ámbito (por ejemplo CO-0139) durante el período analizado y lo ha seguido haciendo hasta la fecha¹⁰⁸ (véase también el Recuadro 5.1 del Anexo 2); y (iii) los recursos humanos, pues el sector de la salud esencialmente hace uso intensivo de la mano de obra. Si bien en los países desarrollados emplea hasta el 10% de la fuerza de trabajo formal, en las economías en desarrollo utiliza porcentajes elevados de trabajadores voluntarios e informales. Además, los recursos humanos constituyen, quizá, los factores más importantes a la hora de determinar la calidad y la eficiencia de un servicio de salud, dado que son los protagonistas finales y los encargados de tomar decisiones en el proceso de prestación de los servicios. A pesar de estas circunstancias, ni en el Banco ni en otros organismos se ha prestado una atención adecuada a la formación de los recursos humanos del sector¹⁰⁹.
- 5.18 Por último, como lo indica la comparación con el Banco Mundial presentada en el Capítulo II, el Banco es competitivo en el sector. El programa del Banco en el sector de la salud en Colombia, que es sumamente positivo, constituye un ejemplo de su competitividad, y las lecciones que se pueden extraer de esta experiencia deberían servir de base para la acción del Banco en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbasi, K. (1999a) – “The World Bank and World Health: Changing Sides”, *British Medical Journal*, 318:865–869, 27 de marzo.
- Abbasi, K. (1999b) – “The World Bank and World Health: Healthcare Strategy”, *British Medical Journal*, 318:933–936, 3 de abril.
- Abbasi, K. (1999c) – “The World Bank and World Health: Under Fire”, *British Medical Journal*, 318:1003–1006, 10 de abril.
- Abbasi, K. (1999d) – “The World Bank and World Health: Focus on South Asia-I: Bangladesh”, *British Medical Journal*, 318:1066–1069, 17 de abril.
- Abbasi, K. (1999e) – “The World Bank and World Health: Focus on South Asia-I: India and Pakistan”, *British Medical Journal*, 318:1132–1135, 24 de abril.
- Abbasi, K. (1999f) – “The World Bank and World Health: Interview with Richard Feachem”, *British Medical Journal*, 318:1206–1208, 1º de mayo.
- Abramson, W.B. (1999) – “Partnerships between the Public Sector and Non-Governmental Organizations: Contracting for Primary Health Care Services. A State of the Practice Paper”, Abt Associates, Partnerships for Health Reform. Bethesda, MD.
- Akin, J., Birdsall, N. y De Ferranti, D. (1987) – “Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda For Reform”, *World Bank Policy Study*, Washington, D.C.
- Akin, J., Hutchinson, P. y Strumpf, K. (2001) – “Decentralization and Government Provision of Public Goods: The Public Health Sector in Uganda”, *The Measure Project*, Carolina Population Center, Evaluation Working Paper WP-01–35, Chapel Hill, Carolina del Norte.
- Almeida, C., Braveman, P., Gold, M.R., Szwarcwald, C.L., Ribeiro, J.M., Miglionico, A., Millar, J.S., Porto, S., Costa, N.R., Rubio, V.O., Segall, M., Starfield, B., Travessos, C., Uga, A., Valente, J. y Viacava, F. (2001) – “Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000”, *The Lancet*, 357(9269):1692-1697, 26 de mayo.
- Arroyo, J. (1999) – “La autonomización de hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención de salud, Lima, 1988–1997”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6(5):301–310.
- Bambra, C., Fox, D. y Scott-Samuel, A. (2005) – “Towards a Politics of Health”, *Health Promotion International*, 20(2):187–193.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1985) – “Informe de evaluación sobre actividades de salud y nutrición en el BID”, Oficina de Revisión y Evaluación Externas. Documento RE-127, enero de 1985.

- Banco Interamericano de Desarrollo (1996a) – “Making Social Services Work”, en Informe de Progreso Económico y Social en América Latina, Johns Hopkins University Press, Washington D.C.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1996b) – “Apoyo a la reforma en la prestación de servicios sociales: Una estrategia”, documento GN-1932-1, 9 de julio.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1998) – La organización marca la diferencia: educación y salud en América Latina, Washington, D.C.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2003) – “Estrategia de desarrollo social”, documento GN-2241-1, agosto.
- Banco Mundial (1993) – Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud, Oxford University Press, Nueva York, NY.
- Banco Mundial (s/f) – “Contracting. Definition”, <http://web.worldbank.org/WbSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITION/EXTHSD/&0,,contentMDK:20190813~me&nuPK:438809~pagePK:1489&56~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html#def>.
- Bellaggio Study Group on Chile Survival (2003) – “Knowledge into Action for Child Survival”, The Lancet, 362(9380):323–327, 26 de julio.
- Berman, P. A., (1995) – “Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable”, Health Policy, 32(1–3):13–28.
- Bhushan, I., Keller, S. y Schwartz, B. (2002) – “Achieving the Twin Objectives of Efficiency and Equity: Contracting Health Services in Cambodia”, ERD Policy Brief No. 6, Banco Asiático de Desarrollo, Manila (Filipinas).
- Bidani, B. y Ravallion, M. (1997) – “Decomposing Social Indicators Using Distributional Data”, Journal of Econometrics, 77(1):125–39.
- Birdsall, N. y James, E. (1990) – “Efficiency and Equity in Social Spending. How and Why Governments Misbehave”, World Bank, Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series No. 274, Washington, D.C.
- Birdsall, N. y James, E. (1992) – “Health, Government, and the Poor: The Case for the Private Sector”, World Bank, Policy Research Working Paper No. 938, Washington, D.C.
- Bitrán, R., Má, C., Escobedo, S., Idrovo, B. y Delgado, K. (2005) – “Informe de evaluación de medio término del programa de extensión de cobertura de los servicios básicos de salud. Informe Final”, Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud (PRIESS). República de Honduras - Secretaría de Salud, Banco Interamericano de Desarrollo.

- Bitrán, R. y Maceira, D. (2004) – “Evaluation of NGO Participation in the Delivery of Government-Financed Primary Health Care: Two Case Studies”, Partnerships for Health Reform Plus, Working Paper No. 59.
- Blaauw, D., Gilson, L., Penn-Kenkana, L. y Schneider, H. (2003) – “Organisational Relationships and the ‘Software’ of Health Sector Reform.” Background Paper for the Disease Control Priorities Project (DCPP). Capacity Strengthening and Management Reform. Centre for Health Policy, School of Public Health, University of the Witwatersrand.
- Bossert, T.J. (2000) – “Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia”, Data for Decision Making Project, Health Sector Reform Initiative No. 29, Boston, Massachusetts.
- Bossert, T.J., Bowser, D. y Corea, L. (2001) – “Studies of Decentralization of the Health System in Nicaragua: Final Report”, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts.
- Bossert, T.J., Kosen, S. y Gani, A. (1997) – “Hospital Autonomy in Indonesia”, Data for Decision Making Project, Boston, Massachusetts.
- Boyle, S. (2005) – “Payment by Results in England”, en *Euro Observer*, 7(4):1–4.
- Brugha, R. y Zwi, A. (1998) – “Improving the Quality of Private Sector Delivery of Public Health Services: Challenges and Strategies”, en *Health Policy and Planning*, 13(2):107–120.
- Brundtland, G.H., Frenk J. y Murray C.J.L. – “WHO Assessment of Health Systems Performance”, *The Lancet*, 361(9375):2155, 21 de junio.
- Caldwell, J. (1986) – “Routes to Low Mortality in Poor Countries, *Population and Development Review*, 12(2):171–220.
- Cassels, A. y Watson, J. (2001) – ODA/DFID Support to Health Sector Reform and Health Management: Synthesis Study, Department of International Development, Evaluation Report EV594, enero.
- Cifuentes, M. (2000) – “El proceso de reforma del sector salud en Chile, en H. Sánchez y G. Zuleta (ed.) – *La Hora de los Usuarios: Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Banco Interamericano de Desarrollo, Centro de Estudios Salud y Futuro. Washington, D.C.
- Costa, N.R. y Ribeiro, J.M. (2004) – “Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social”, estudio solicitado por el Banco Mundial, mimeógrafo.
- Culyer, A.J. (2006) – “Paying for Performance: Neither the End of the Beginning nor the Beginning of the End”, *Healthcare Papers*, 6(4):34–38.
- Culyer, A.J. y Newhouse, J.P. (2000) – *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, Elsevier Science, Nueva York, NY.

- Danel, I. y La Forgia, G. (2005) – “Contracting for Basic Health Care in Rural Guatemala – Comparison of the Performance of Three Delivery Models”, en G. La Forgia (ed.) – Health System Innovations in Central America. Lessons and Impact of New Approaches. Banco Mundial. Washington, D.C.
- Das, J. (2006) – “A New Look at Quality of Medical Care in Low-Income Countries.” <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTPROGRAMS/EXTPUBSERV/0,,contentMDK:20821018~pagePK:64168182~piPK:64168060~theSitePK:477916,00.html>
- Das, J. y Hammer, J. (2005) – “Which doctor? Combining vignettes and item response to measure clinical competence”, *Journal of Development Economics*, 78(2):348–383.
- Deininger, K. y Mpuga, P. (2004) – “Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda”, World Bank Policy Research Working Paper No. 3276. Washington, D.C.
- Donaldson, C., Gerard, K. y Mitton, C. (2005) – “Efficient Purchasing in Public and Private Healthcare Systems: Mission Impossible?”, en A. Maynard (ed.) – The Public-Private Mix for Health. Plus Ça Change, Plus c’est la Meme Chose? The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services. Radcliffe Publishing, Oxford.
- Dranove, D. y White, W.D. (1987) – “Agency and the Organization of Health Care Delivery”, *Inquiry* 24(4):405–415.
- Eichler, R., Auxila, P. y Pollock, J. (2001) – “Output-Based Health Care: Paying for Performance in Haiti”, Banco Mundial, Public Policy for the Private Sector Note No. 236, Washington, D.C.
- Fiedler, J. y Suazo, J. (2002) – “Ministry of Health User Fees, Equity and Decentralization: Lessons from Honduras”, *Health Policy and Planning*, 17(4):362–377.
- Filgueira, F., Molina, C.G., Papadópulos, J. y Tobar, F. (2006) – “Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina”, Documento de Trabajo I-57, INDES, Washington D.C.
- Filmer D., Hammer, J. y Pritchett, L. (2000) – “Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries”, *The World Bank Research Observer*, 15(2):199–224.
- Filmer D., Hammer, J. y Pritchett, L. (2002) – “Weak Links in the Chain II: A Prescription for Health Policy in Poor Countries”, *The World Bank Research Observer*, 17(1):47–66.
- Filmer D. y Pritchett, L. (1997) – “Child Mortality and Public Spending on Health: How Much Does Money Matter?”, Banco Mundial, Policy Research Working Paper No. 1864, Washington D.C.

- Flores, W. (2006) – “Equity and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005: Approaches and Limitations”, Informe solicitado por la International Society for Equity in Health (ISEqH). Chapter of the Americas.
- Gaynor, M. (2006) – “What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?” National Bureau of Economic Research, Working Paper Series No. 12301, junio, Cambridge, Massachusetts.
- Gertler, P., Locay L. y Sanderson, W. (1987) – “Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru”, *Journal of Econometrics*, 36(1/2):67–88.
- Gilson, L. y McIntyre, D. (2005) – “Removing User Fees for Primary Care in Africa: The Need for Careful Action”, *British Medical Journal*, 331:762–765, 30 de septiembre.
- Govindaraj, R. y Chawla, M. (1996) – “Recent Experiences with Hospital Autonomy in Developing Countries—What Can We Learn?”, Data for Decision Making Project, Boston, Massachusetts.
- Govindaraj, R., Chellaraj, G. y Murray, C.J.L. (1997) – “Health Expenditures in Latin America and the Caribbean”, *Social Science and Medicine*, 44(2):157–169.
- Gupta, S., Verhoeven, M. y Tiongson, E. (2001) – “Public Spending on Health Care and the Poor”, IMF Working Paper, WP/01/127, Fiscal Affairs Department, Washington, D.C.
- Hanmer, L., Lensink, R. y White, H. (2003) – “Infant and Child Mortality in Developing Countries: Analysing the Data for Robust Determinants”, *Journal of Development Studies*, 40(1):101–118.
- Hanson, K. y Berman, P. (1998) – “Private Health Care Provision in Developing Countries: A Preliminary Analysis of Levels and Compositions”, *Health Policy and Planning*, 13(3):195–211.
- Health Insurance Association of America (1996) – *Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care. Part A.* Health Insurance Association of America, Washington, D.C.
- Hojman, D. (1996) – “Economic and other Determinants of Infant and Child Mortality in Small Developing Countries: The Case of Central America and the Caribbean”, *Applied Economics*, 28(3):281–290.
- Horev, T. y Babad, Y.M. (2005) – “Healthcare Reform Implementation: Stakeholders and Their Roles: The Israeli Experience”, *Health Policy*, 71(1):1–21.
- Hutchinson, P. y LaFond, A.K. (2004) – “Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sectors”, Partners for Health Reformplus, Bethesda, Maryland.

- Irwin, A. y Scali, E. (2005) – “Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences”, documento de antecedentes preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Iunes, R.F. (1994) – “Evaluación del sector privado”, Proyecto Análisis del Sector Salud de El Salvador (ANSAL). Banco Mundial.
- Iunes, R.F. (2001) – “Health Sector Organization/Reorganization in Latin America and the Caribbean”, en C.G. Molina y J.N. del Arco, Health Services in Latin America and Asia, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Jiménez, D. y Smith, P.C. (2005) – “Decentralisation of Health Care and Its Impact on Health Outcomes”, Department of Economics and Related Studies, University of York, Discussion Papers in Economics, No. 2005/10, York, Reino Unido.
- Johnston, T. y Stout, S. (1999) – Investing in Health: Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sector, Banco Mundial, Departamento de Evaluación de Washington, D.C.
- Judge, K., Platt, S. Costongs, C. y Jurczak, K. (2005) – “Health Inequalities: A Challenge for Europe”, informe independiente de expertos solicitado y publicado bajo los auspicios de la Presidencia de la UE, octubre.
- Kamat, V.R. (2001) – “Private Practitioners and their Role in the Resurgence of Malaria in Mumbai (Bombay) and Navi Mumbai (New Bombay), India: Serving the Affected or Aiding an Epidemic?”, en Social Science and Medicine, 52(6):885–909.
- Kane, R.L., Johnson P.E., Town R.J y Butler M. (2004) – “Economic Incentives for Preventive Care. Evidence”, Agency for Healthcare Research and Quality, Report/Technology Assessment No. 101 (preparado por el Evidence-Based Practice Center de la Universidad de Minnesota), Rockville, Maryland.
- Kaul, M. (1997) – “The New Public Administration: Management Innovations in Government”, Public Administration and Development, 17(1):13–26.
- Kettl, D.F. (2000) – The Global Public Management Revolution: A Report on the Transformation of Governance, Brookings Institution Press, Washington, D.C.
- La Forgia, G., Mintz, P. y Cerezo, C. (2005) – “Is the Perfect the Enemy of the Good? A Case Study on Large-scale Contracting for Basic Health Services in Rural Guatemala”, en G. La Forgia (ed.) – Health System Innovations in Central America. Lessons and Impact of New Approaches. Banco Mundial. Washington, D.C.
- Lewis, M., Eskeland, G. y Traa-Valerezo, X. (2005) – “Primary Health Care In Practice: Is It Effective?”, Center for Global Development, Working Paper No. 55, Washington, D.C.

- Liu, X. y Mills, A. (2005) – “The effect of performance-related pay of hospital doctors on hospital behaviour: a case study from Shandong, China”, *Human Resources for Health*, 3(11).
- Loevinsohn, B. y A. Harding (2005), “Buying results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries”, *The Lancet*, 366:676–81, 20 de agosto.
- Londoño, J.L. y Frenk, J. – “Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina.” Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe, Documento de trabajo 353.
- Lora, E., Panizza, U. y Quispe-Agnoli, M. (2003) – “Reform Fatigue: Symptoms, Reasons, and Implications”, trabajo presentado a la Conferencia titulada “Rethinking Structural Reform in Latin America”, Federal Reserve Bank of Atlanta, 23 de octubre, Atlanta, Georgia.
- Maceira, D. (2004) – “Hacia una mayor cobertura en salud: Contratación de ONG en El Salvador”, Cedes, PHR Plus.
- Maynard, A. (2005a) – “European Health Policy Challenges”, *Health Economics*, 14(S):S255-S263.
- Maynard, A. (ed.) (2005b) – *The Public-Private Mix for Health. Plus Ça Change, Plus c’est la Meme Chose? The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services.* Radcliffe Publishing, Oxford.
- Medici, A.C. (1997) – *A dinâmica do setor saúde no Brasil: transformações e tendências nas décadas de 80 e 90.* Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Medici, A.C. (2002) – *O desafio da descentralização: financiamento público da saúde no Brasil,* Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Medici, A.C. (2006) – “Consideraciones acerca del universalismo básico en salud en América Latina y el Caribe”, mimeógrafo, versión revisada del documento presentado en el Seminario Académico “Construyendo una nueva política social en la región: el universalismo básico”, INDES, 5 a 7 de octubre de 2005.
- Mills, A. y Broomberg, J. (1998) – “Experiences of Contracting Health Services: An Overview of the Literature”, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Health Economics and Financing Programme, Working Paper 01/98, Londres.
- Mills, A., Bennett, S. y Russell, S. (2001) – *The Challenges of Health Sector Reform. What Must Governments Do?*, Palgrave, Nueva York.
- Mills, A., Brugha, R., Hanson, K. y MPake, B. (2002) – “What Can be Done About the Private Health Sector in Low-Income Countries?”, *Boletín de la OMS*, 80(4):325–330.
- Miraldo, M., Goddard, M. y Smith, P.C. (2006) – “The Incentive Effects of Payment by Results”, Centre for Health Economics, CHE Research Paper No. 19, The University of York, Reino Unido.

- Mooney, G. y Wiseman, V. (2000) – “Burden of Disease and Priority Setting”, *Health Economics*, 9(5):369–372.
- Murray, C.J.L. y Acharya, A.K. (1997) – “Understanding DALYs”, *Journal of Health Economics*, 16(6):703–730.
- Murray, C.J.L. y López, A. (2000) – “Progress and Directions in Refining the Global Burden of Disease Approach: A Response to Williams”, *Health Economics*, 9(1):69–82.
- Musgrove, P. (1996) – “Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns”, Banco Mundial, Discussion Paper No. 339, Washington, D.C.
- Musgrove, P. (2003) – “Judging Health Systems: Reflections on WHO’s Methods”, *The Lancet*, 361(9371):1817–1820, 24 de mayo.
- Oliver, A., Mossialos, E. y Maynard, A. (2005b) – “The Contestable Nature of Health Policy Analysis”, *Health Economics*, 14(S):S3-S6.
- Oliver, A., Mossialos, E. y Maynard, A. (ed.) (2005a) – *Analysing the Impact of Health System Changes in the EU Member States*, *Health Economics*, 14(S), número especial.
- Oliver, A., Mossialos, E. y Wilsford, D. (ed.) (2005) – *Legacies and Latitude in European Health Policy*, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1–2), número especial.
- Organización Mundial de la Salud (2000)—*Health Systems: Improving Performance*, Informe sobre la salud en el mundo 2000, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (1998) —*Situación de salud en las Américas*, Washington, D.C.
- Ortiz, G. (2003) – “Latin America: Overcoming Reform Fatigue”, *Finanzas y desarrollo*, 40(3):14-17.
- Palmer, N. (2000) – “The Use of Private-Sector Contracts for Primary Health Care: Theory, Evidence and Lessons for Low-Income and Middle-Income Countries”, *Boletín de la OMS*, 78(6):821–829.
- Phelps, C.E. (2003) – *Health Economics*, Addison Wesley, Reading, Massachusetts.
- Pink, G.H., Brown, A.D., Studer, M.L., Reiter, K.L. y Leatt, P. – “Pay-for-Performance in Publicly Financed Healthcare: Some International Experience and Considerations for Canada”, *Healthcare Papers*, 6(4):8–26.
- Preker, A.S. (2005) – “Managing Scarcity through Strategic Purchasing of Health Care.” en A.S. Preker y J.C. Langenbrunner (ed.) – *Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor*, Banco Mundial, Washington, D.C.

- Preker, A.S. y Langenbrunner, J.C. (2005) – *Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor*, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Propper, C., Burgess, S. y Green, K. (2004) – “Does Competition between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS Internal Market”, *Journal of Public Economics*, 88(7–8):1247–1272.
- Quality Assurance Project. (2005) – “Maximizing Quality of Care in Health Sector Reform: The Role of Quality Assurance Strategies”, LACHSR Report No. 64, USAID, Washington, D.C.
- Reich, M.R. (1994) – “The Political Economy of Health Transitions in the Third World”, en L.C. Chen, A. Kleinman y N.C. Ware (ed.) – *Health and Social Change in International Perspective*, Harvard Series on Population and International Health, Harvard University Press, Boston, Massachusetts.
- Reich, M.R. (2002) – “The Politics of Reforming Health Policies”, *Promotion and Education*, IX(4):138–142.
- Reinhardt, U.E. (2005) – “The Mix of Public and Private Payers in the US Health System”, en A. Maynard (ed.) – *The Public-Private Mix for Health. Plus Ça Change, Plus c’est la Meme Chose? The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services*. Radcliffe Publishing, Oxford.
- Rice, T. (1997) – “Can Markets Give US the Health System We Want?” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(2):383–426.
- Rochon, M. (ed.) (2006) – “Pay for Performance”, *Healthcare Papers* 6(4).
- Ruger, J.P (2005) – “The Changing Role of the World Bank in Global Health”, *American Journal of Public Health*, 95(1):60–70.
- Ruiz, F. (2001) – “The Crisis of the Subsidized Regime: Regulatory Failure or Market Failure?”, *Cendex Bulletin* No. 1, marzo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Scanlon, D.P., Swaminathan, S., Chernew, M., Bost, J. E. y Shevock, J. (2005) – “Competition and Health Plan Performance: Evidence from Health Maintenance Organization Insurance Markets”, *Medical Care*, 43(4):338–346.
- Schieber, G.J. (ed.) (1997) – *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*, March 10–11, 1997, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Schultz, T.P. (1993) – “Mortality Decline in the Low-Income World: Causes and Consequences”, *American Economic Review*, 83(2):337–342.
- Schwartz, J.B., Guilkey, D.K. y Racelis, R. (2002) – “Decentralization, Allocative Efficiency and Health Service Outcomes in the Philippines”, *The Measure Project*, Carolina Population Center, Evaluation Working Paper WP-01–36, Chapel Hill, Carolina del Norte.

- Shengelia, B., Murray, C.J.L. y Adams, O.B. (2003) – “Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage”, en C.J.L. Murray y D.B. Evans (ed.) – *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Shi, L., Starfield, B., Politzer, R. y Regan, J. (2002) – “Primary Care, Self-Rated Health, and Reductions in Social Disparities in Health”, *Health Services Research*, 37(3):529–550.
- Singh, R.D. (1994) – “Fertility-Mortality Variations Across LDCs: Women’s Education, Labor Force Participation, and Contraceptive-Use”, *Kyklos*, 47(2):209–229
- Slack, K. y Savedoff, W.D., (2001) – “Public Purchaser-Private Provider Contracting for Health Services: Examples from Latin America and the Caribbean”, Banco Interamericano de Desarrollo, Sustainable Development Department Technical Paper Series SOC-111, Washington, D.C.
- Starfield, B. (1994) – “Primary Care: Is It Effective?”, *The Lancet*, 344:1129–1133, 22 de octubre.
- Starfield, B. (1998) – *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*, Oxford University Press, Nueva York.
- Subbarao, K. y Raney, L. (1995) – “Social Gains from Female Education: A Cross-National Study”, *Economic Development and Cultural Change*, 44(1):105–127.
- Tollman, S., Doherty, J. y Mulligan, J.A. (2006) – “General Primary Care”, en D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D.B. Evans, P. Jha, A. Mills y P. Musgrove (ed.) – *Disease Control Priorities in Developing Countries*, segunda edición, Banco Mundial y Oxford University Press, Nueva York.
- Trujillo, A.J., Portillo, J.E. y Vernon, J.A. (2005) – “The Impact of Subsidized Health Insurance for the Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity Score Matching”, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5:211–239.
- USAID (2006) – “Contracting-out Reproductive Health and Family Planning Services: Contracting Management and Operations”, *Primer for Policymakers, PSP-One (Private Sector Partnerships for Better Health)*, mayo.
- Van Doorslaer, E. y Wagstaff, A. (1993) – “Equity in the Finance of Health Care: Methods and Findings”, en E. Van Doorslaer, A. Wagstaff, and F. Rutten (ed.) – *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. y Evans, T. (2001) – “Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?”, *The Lancet*, 358:833–36, 8 de septiembre.
- Williams, A. (1999) – “Calculating the Global Burden of Disease: Time for a Strategic Reappraisal?” *Health Economics*, 8(1):1–8.

- Williams, A. (2005) – “The Pervasive Role of Ideology in the Optimisation of the Public-Private Mix in Public Healthcare Systems”, en A. Maynard (ed.) – The Public-Private Mix for Health. Plus Ça Change, Plus c’est la Meme Chose? The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services. Radcliffe Publishing, Oxford.
- Zeribi, K.A. y Márquez, L. (2005) – “Approaches to Healthcare Quality Regulation in Latin America and the Caribbean: Regional Experiences and Challenges”, LACHSR Report No. 63, USAID, Washington, D.C.

Notas

Capítulo 2

- ¹ OVE analizó las matrices de evaluabilidad o los marcos de resultados de todos los proyectos aprobados entre 1995 y 2005.
- ² Es decir, operaciones que el Banco ha definido como préstamos para el sector de la salud.
- ³ En el presente documento, los términos préstamo, proyecto y operación se usan de manera indistinta.
- ⁴ Como se señaló anteriormente, las cifras de proyectos que se examinan en el informe se refieren sólo a proyectos clasificados como préstamos para el sector de la salud. No abarcan otros proyectos aprobados por el Banco con componentes que financian intervenciones en ese ámbito (por ejemplo, fondos de inversión social, transferencias condicionales en efectivo y préstamos en apoyo de reformas de política que no están destinados al sector de la salud), ni tampoco operaciones de agua y saneamiento que explícitamente producen impactos sanitarios importantes. También se excluyen las operaciones de cooperación técnica no reembolsables, los proyectos del FOMIN y el financiamiento con cargo a la Facilidad para la Preparación y Ejecución de Proyectos. Los valores monetarios se inflataron a 2005 con el Índice de Precios al Consumidor de los Estados Unidos.
- ⁵ El año 1990, no sólo se establece un punto medio para el período 1973-2005 en el cual el Banco ha intervenido en operaciones en el sector de la salud, sino también una referencia decenal conveniente que facilita la exposición.
- ⁶ Como se verá en el próximo capítulo, 1995 marca asimismo la aprobación del primer préstamo de reforma del sector de la salud y, en este sentido, una nueva dirección para las intervenciones del Banco.
- ⁷ Estos resultados son aún más notables cuando se consideran solamente los préstamos de inversión. Los proyectos de inversión en el sector de la salud representaron el 3,1% del número total de proyectos de inversión aprobados por el Banco entre 1973 y 1989 y el 1,9% del monto aprobado original (expresado en dólares constantes de 2005). Entre 1990 y 2005 estas cotas representan un 4,1% y un 3,8%, respectivamente. En 1995-2005 los proyectos de inversión en el sector de la salud representaron un 4,4% del número total de proyectos de inversión aprobados por el Banco en esos años y un 5,1% del monto aprobado original.
- ⁸ Aunque el proyecto medio de salud aprobado después de 1995 tuvo relativamente mayor cuantía que el proyecto medio de educación, los proyectos de educación han aumentado más rápidamente si se comparan sus medianas.
- ⁹ Hemos tratado, dentro de lo posible, de compatibilizar ambas series de datos. En este sentido, las únicas operaciones del Banco Mundial que se examinan son las que se pudieron identificar como proyectos del sector de la salud “puros” y únicamente para los países miembros del Banco. En vista de que su clasificación de proyectos es diferente, bien podrían subsistir algunos errores. Sin embargo, estimamos que, si existen, esos errores son menores.
- ¹⁰ El Banco ha tenido también muy pocos especialistas en salud (no más de cinco) en las Representaciones.
- ¹¹ El Banco Mundial aprobó seis proyectos para Argentina, seis para Brasil y cuatro para México. El BID aprobó cuatro préstamos para los países del Grupo A (uno para Argentina, dos para Brasil y uno para Venezuela).
- ¹² Las Bahamas no son elegibles para préstamos directos del Banco Mundial.
- ¹³ Durante este período, el Banco Mundial no otorgó préstamos a Belice, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Haití, Suriname y Uruguay. El BID, por su parte, no otorgó préstamos a Barbados, Chile y México. El Banco Mundial, sin embargo, tiene dos proyectos regionales: uno en Centroamérica y otro en el Caribe.

Endnotes (continued)

- ¹⁴ Entre 1995 y 2005, el Banco Mundial aprobó cinco préstamos para luchar contra el SIDA en los países de habla inglesa del Caribe, dos para Brasil, dos para Centroamérica y República Dominicana y uno para Argentina.
- ¹⁵ Las intervenciones relacionadas con el SIDA estuvieron presentes en proyectos financiados por el Banco en Bolivia, Honduras, Panamá, República Dominicana y Suriname.
- ¹⁶ Véanse, por ejemplo, Banco Interamericano de Desarrollo (1985) y Johnston y Stout (1999).
- ¹⁷ Estos problemas no son exclusivos ni de la región ni del mundo en desarrollo. Los sistemas de salud en los países desarrollados también adolecen del mismo tipo de percepción y también han ejecutado reformas del sector de la salud.
- ¹⁸ *Este documento enuncia las razones teóricas para predecir que el Estado a menudo financiará un paquete de servicios sociales a la vez ineficiente y desigual* (Birdsall y James (1990) página 2. Subrayado añadido); *en general, bien puede ocurrir que las medidas del Estado no sean ni eficientes ni equitativas* (Birdsall y James (1992), página 1. Subrayado añadido).
- ¹⁹ Respecto de la aplicación de la teoría del agente en el sector de la salud, véanse, por ejemplo, Dranove y White (1987), Culyer y Newhouse (2000) y Phelps (2003).
- ²⁰ Como observan Mills, Bennett y Russell (2001): *Si bien la nueva gestión pública tiene un claro marco conceptual, no existe todavía una teoría cabalmente desarrollada* (página 5).
- ²¹ En los Estados Unidos este movimiento se denomina generalmente “reinención del Estado”.
- ²² La esperanza de vida al nacer, por ejemplo, aumentó de 65,4 a 69,8 años entre los períodos de 1980/1985 y 1990/1995; las tasas de mortalidad ajustadas por edad por enfermedades transmisibles se redujeron en casi 50% (de cerca de 181 a aproximadamente 94 por 100.000 habitantes) y correlativamente las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas se redujeron en casi dos tercios: de casi 22% a cerca de 8% en igual período (Organización Panamericana de la Salud (1998)).
- ²³ *Aunque los servicios de salud son sólo un factor cuando se trata de explicar los éxitos anteriores, no cabe duda en cuanto a la importancia de su función en el mundo en desarrollo* (Banco Mundial (1993), página 3).
- ²⁴ También se han propuesto o aplicado reformas del sector de la salud en los países ricos. Aunque muchos de los enfoques sean diferentes, hay temas comunes, como la ampliación de la función del mercado, la preocupación por los niveles de gasto y los problemas de desigualdad, que también desempeñan un papel importante en las reformas propuestas en esos países. *El virus internacional de ‘reforma’ de la política sanitaria afecta a los países de la UE en diversos grados*” (Maynard (2005a)) (véanse también Maynard (2005b); Oliver, Mossialos y Maynard (2005a); Oliver, Mossialos y Wilsford (2005); Judge *et al.* (2005); y Horev y Babad (2005)).
- ²⁵ Los sistemas de salud de la región fueron clasificados por el Banco (Banco Interamericano de Desarrollo (1996b)) en cuatro categorías organizacionales: (i) sistemas de subcontratista público (Brasil); (ii) sistemas de gran intensidad contractual (Argentina, Chile y Uruguay); (iii) sistemas públicos integrados (Las Bahamas, Barbados, Costa Rica, Jamaica y Trinidad y Tobago); y (iv) sistemas segmentados (los demás).
- ²⁶ La comparación de los gastos en salud en América Latina y el Caribe con los gastos en otras regiones del mundo destaca una tendencia muy interesante, aunque inquietante. Ya sea que se cuantifiquen per cápita o en porcentaje del PIB, los gastos en salud en América Latina son significativamente superiores al gasto en otras regiones en desarrollo del mundo. *En verdad, la composición pública/privada de los gastos en salud y el porcentaje del PIB gastado en salud en América Latina están comenzando a asemejarse a los modelos observados en los países de la OCDE* (Govindaraj, Chellaraj y Murray (1997), página 169).

Endnotes (continued)

- ²⁷ Transición epidemiológica es el término usado para describir los cambios en el perfil de salud de las poblaciones en el que las enfermedades infecciosas son sustituidas por las enfermedades crónicas o no transmisibles.
- ²⁸ Esta operación, hasta cierto punto, fue una operación de cooperación técnica de gran envergadura (US\$38 millones) diseñada para financiar un conjunto de elementos necesarios para apoyar un proceso dinámico como la reforma sectorial en curso. El Programa financió, por ejemplo, una gran serie de estudios, sistemas de información, fortalecimiento institucional y de recursos humanos y apoyo al diseño de políticas.
- ²⁹ A pesar de que los cuatro préstamos para el sector de la salud aprobados en 1992 y 1993 se definieron como instrumentos de apoyo a las reformas del sector de la salud - CO-0033, 716/OC-CO: *“El Programa se diseña como un instrumento facilitador de la reforma de salud, a través del apoyo al proceso de descentralización técnico administrativa del sector”* (PR-1883, página 14). CR-0120, 711/OC-CR, 712/OC-CR: *“El Programa tiene por objeto principal apoyar las reformas institucionales del sector salud que permitan mejorar la eficiencia y la eficacia en la prestación de servicios en el contexto de la reforma del sector público”* (PR-1885, página 11). PE-0030, 741/OC-PE: *“Emprender los estudios y acciones concretas que permitan sentar las bases para llevar a cabo programas de reformas sectoriales tomando en cuenta el papel de la seguridad social y de los otros entes que presten servicios públicos y privados de salud”* (PR-1907, página 11). PN-0029, 803/OC-PN: *“El Programa que se propone tiene tres propósitos: (i) iniciar un proceso de reforma del sector”* (PR-1968, página 12) - con la excepción del préstamo colombiano, estos proyectos de principios de la década de los noventa estaban todavía destinados esencialmente a financiar infraestructura y equipos y actividades distintas de las reformas. CR-0120: de la suma de aproximadamente US\$34,5 millones que debía financiar el Banco (excluidos los costos financieros y los recursos sin asignación específica), US\$32 millones debían destinarse a infraestructura y gastos de equipamiento. Como se dice en el documento de proyecto (página 12): *“se ha detectado la necesidad de rehabilitar, ampliar o sustituir centros y puestos de salud en las áreas marginadas del país. Se estima que las necesidades más urgentes de inversión comprenden 119 puestos y 11 centros.”* (...) *“Asimismo, para el funcionamiento de la red hospitalaria nacional, resulta indispensable la sustitución del Hospital de Alajuela dado su estado avanzado de deterioro.”* PE-0030: De la suma de US\$57,5 millones que debía financiar el Banco (excluidos también los gastos financieros y los recursos sin asignación específica), aproximadamente US\$55,2 millones correspondían a gastos relacionados con infraestructura. PN-0029: aproximadamente US\$27 millones del financiamiento del Banco por valor de US\$36,9 millones (excluidos los gastos financieros y los recursos sin asignación específica) se asignan a infraestructura y equipos y US\$9 millones a consultorías de apoyo de gestión de servicios y programación local.
- ³⁰ Los títulos de 18 de las 30 operaciones aprobadas entre 1995 y 2005 mencionan objetivos sectoriales y 16 usan la palabra “reforma” o un sinónimo (véase el Cuadro 2.3). En el Banco Mundial, 9 de los 40 proyectos de salud aprobados entre 1995 y 2005 contienen la palabra “reforma” en sus títulos.
- ³¹ De los 27 préstamos distintos de los préstamos en apoyo de reformas de política aprobados entre 1995 y 2005, sólo nueve no financian infraestructura o equipos.
- ³² El “Proyecto de Reforma del Sector de Salud - REFORSUS” (BR-0199, 951/OC-BR, aprobado en 1996), por ejemplo, asignó casi 84% de sus recursos a infraestructura y equipo, pero incluyó como condiciones para el financiamiento de infraestructura la aplicación de planes desarrollo de la gestión y el mantenimiento, así como medidas y asistencia técnica a nivel de sistemas. Esta operación fue cofinanciada por el Banco Mundial.
- ³³ En este caso la analogía con el principio básico del Consenso de Washington de “acertar en los precios” es tan obvia que debe de haber sido intencional.
- ³⁴ Aunque las políticas de mercado caracterizaron a la *mayoría* de las reformas sanitarias en la región, no todos los países siguieron esta tendencia. Brasil quizás sea el ejemplo más importante. El fundamento para reestructurar el sistema de salud y la creación del Sistema Único de Salud de Brasil se encuentra en la

Endnotes (continued)

Constitución de 1988 y en la Ley Orgánica de Salud aprobada en 1990 (Medici, 1997) y no sólo tuvo una orientación hacia el sector público, sino que determina también que el sector privado es complementario de dicho sistema. La reforma chilena, por otro lado, fue diferente en el sentido de que empezó a fines de la década de los setenta (Cifuentes, 2000). Los llamados “muchachos de Chicago” del régimen de Pinochet aplicaron principios de mercado en toda la economía chilena.

³⁵ En 1998, el Banco publicó el libro titulado “La organización marca la diferencia” (Banco Interamericano de Desarrollo (1998)), que reforzó sus ideas sobre la importancia de los cambios organizacionales en los servicios sociales (es decir, salud y educación).

³⁶ La Política Operativa de Salud Pública del Banco (OP-742), preparada originalmente en 1972, se basa más en la prestación de servicios que en las medidas sistémicas y propugna una focalización en las medidas de salud preventiva y el control de enfermedades erradicables y reducibles. En el Informe de la Asamblea de Gobernadores sobre el Octavo Aumento General de los Recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (AB-1704) se hace asimismo hincapié en la salud preventiva. Sin embargo, por ser un documento de la década de los noventa, también incorpora las reformas sectoriales entre los ámbitos que deben recibir el apoyo del Banco. *“En el sector salud se pondrá énfasis en las medidas preventivas y en la atención primaria. Se otorgará prioridad a la lucha contra las enfermedades infecciosas y contagiosas, así como a la reducción de la mortalidad infantil. En ese sentido, y trabajando en colaboración con organismos especializados, uno de los objetivos principales del Banco será colaborar para lograr la inoculación de toda la población, asistir en campañas de vacunación masiva de los niños en la primera infancia y los de edad escolar, y respaldar la ejecución de proyectos de salubridad ambiental, especialmente en los subsectores de suministro de agua y saneamiento. Asimismo, el Banco continuará apoyando programas orientados a mejorar la prestación de servicios en el sector y su modernización y reforma, incluida la atención hospitalaria”* (AB-1704, páginas 23 y 24).

³⁷ A pesar de las muchas críticas que se le han formulado, el Informe sobre el Desarrollo Mundial enunció el compromiso del Banco Mundial de aumentar su intervención en los temas relacionados con la salud e impartió una mayor difusión y legitimidad a la acción en el sector (Reich (1994, 2002); Abbasi (1999a, 1999b, 1999c, 1999d, 1999e, 1999f); y Ruger (2005)). En consecuencia y mediante su influencia en los ministerios tanto de hacienda como de sanidad, el Banco Mundial desplazó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) como principal actor en salud internacional y asumió la función de organismo director en el sector de la salud, relegando a la OMS a la aportación de conocimientos médicos especializados o “apoyo técnico” (Abbasi (1999a)). Los problemas políticos y directivos dentro de la OMS a fines de los años ochenta y principios de los años noventa contribuyeron asimismo a su declinación (Irwin y Scali (2005), Abbasi (1999a), Cassels y Watson (2001)).

³⁸ “En los países en desarrollo, el paquete de reformas recomendadas en el sector de la salud ha incluido, por lo general...:

- la reforma organizacional y la reestructuración (descentralización, reducción del tamaño, introducción de incentivos relacionados con el desempeño, corporatización);
- la ampliación de las opciones de financiamiento del sector de la salud (introducción de tarifas de uso, financiamiento comunitario o seguro médico social);
- el estímulo de la diversidad y competencia en la prestación de los servicios de salud (privatización, establecimiento de alianzas público-privadas); y
- la expansión de la función de los consumidores de servicios de salud (priorización de las opciones del usuario, mecanismos para aumentar la responsabilización y participación de la comunidad). (Blaauw *et al.* (2003).)

³⁹ En el Cuadro 3.2 se puede ver claramente la correspondencia entre estas medidas y el Informe sobre el Desarrollo Mundial.

⁴⁰ El Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 resume bien estas últimas recomendaciones: *El reto para la mayoría de los gobiernos radica en concentrar los recursos a fin de compensar las fallas del mercado y*

Endnotes (continued)

financiar eficientemente los servicios que redundan particularmente en beneficio de los pobres (Banco Mundial (1993), p. 6).

⁴¹ Véase también Schieber (1997).

⁴² Evidentemente, los tipos de medidas que se pueden ejecutar dependen del contexto propio del país, las características del sistema de salud (por ejemplo, los mecanismos de recuperación de costos no se pueden instituir si la legislación nacional prohíbe que el sector público cobre una tasa por los servicios prestados) y el grado de avance del país con relación con el propio proceso de reforma.

⁴³ Los indicadores se clasificaron en la categoría de “otros objetivos” por dos razones principales: a) porque no estaban claramente definidos (por ejemplo, la producción total media se conforma a normas definidas); o b) porque no estaban relacionados con un objetivo específico (por ejemplo, fondos rotatorios de medicamentos que han mantenido como mínimo sus montos iniciales; el porcentaje de los gastos federales, provinciales, municipales y privados en salud dentro del gasto total en salud). De los 164 indicadores, sólo 14 (8,5%) se clasificaron dentro de esa categoría.

⁴⁴ Obviamente, se podría interpretar que el objetivo de mejorar la equidad y aumentar la cobertura incorpora dos objetivos distintos. Sin embargo, los indicadores usados por los proyectos para definir la ampliación de la cobertura se relacionaban con la expansión del acceso a los servicios o planes de seguro médico, en particular para los pobres (por ejemplo, cobertura de servicios médicos en las provincias, en particular entre los grupos de bajos ingresos; número de asegurados mediante el sistema de seguridad social, ampliación del acceso a los establecimientos de salud para la población más pobre, etc.) y, en este sentido, se consideraron relacionados con la equidad y, por consiguiente, como un único objetivo general.

⁴⁵ Ningún proyecto tiene “otros objetivos” como única categoría de objetivos y sólo un proyecto presenta una mayoría de sus indicadores en relación con esta categoría de objetivos.

⁴⁶ Las excepciones corresponden, en general, a proyectos que vinculan sus objetivos con las mejoras sistémicas que se derivarán de la reforma del sector (por ejemplo, eficiencia, sostenibilidad, equidad, etc.). Los proyectos que no definieron explícitamente los objetivos relacionados con la salud fueron los siguientes: CO-0088 (910/OC-CO), VE-0091 (867/OC-VE), BR-0199 (910/OC-BR), HO-0032 (1005/SF-HO).

⁴⁷ Ningún proyecto tiene indicadores que abarquen las cinco categorías de objetivos.

⁴⁸ Por ejemplo: 1) “*El objetivo principal del proyecto es ampliar y mejorar el suministro de servicios de salud en el Sistema Único de Salud (SUS) (...) así como la introducción de reformas de política que mejorarían la sustentación financiera, equidad, eficiencia y administración del SUS*” (BR-0199 951/OC-BR. Documento PR-2143, página 22); 2) “[*augmentar*] *la calidad, la eficiencia y la equidad de la prestación de los servicios sanitarios, por el sector público y el privado en el marco del sistema nacional de salud*” (HA-0045, 1009/SF-HA. Documento PR-2308, página 24); y 3) “*Las acciones de este programa de apoyo tienen los siguientes objetivos: a) desarrollar una estrategia para las regiones donde la competencia no es viable...; b) fortalecer la competencia en áreas donde sea factible, y fortalecer los instrumentos de políticas existentes... con el objeto de contribuir a la sustentabilidad financiera del sector; c) mejorar la eficiencia y calidad de servicios...; d) mejorar la equidad...; e) asegurar una oferta adecuada de servicios y corregir las distorsiones en el subsidio a la oferta existente; y f) establecer sistemas básicos de datos y sistemas de información*” (CO-0088, 910/OC-CO. Documento PR-2096, página 15).

⁴⁹ Las dos medidas de reforma más representadas en los proyectos del Banco aprobados entre 1995 y 2001 que exhiben las declinaciones más pronunciadas durante la segunda fase, la contratación y la descentralización (véanse los Gráficos 3.2 y 3.3) están estrechamente vinculadas con el objetivo de mejorar la eficiencia.

⁵⁰ La disminución en el porcentaje de proyectos con componentes de infraestructura observada después de 2001 (Cuadro 3.1) se relaciona con el tamaño más pequeño de estos proyectos.

Endnotes (continued)

- ⁵¹ Para un examen de la fatiga de la reforma en la economía en su conjunto, véanse, por ejemplo, Ortiz (2003) y Lora, Panizza y Quispe-Agnoli (2003).
- ⁵² Por ejemplo (para citar uno por cada Departamento Regional de Operaciones): TT-0024, 937/OC-TT; DR-0078, 1048/OC-DR; BR-0199, 951/OC-BR.
- ⁵³ Aunque la presencia de una fatiga de la reforma dentro del Banco no puede demostrarse empíricamente, los especialistas en el sector de la salud han informado con frecuencia de las frustraciones con los procesos de reforma sanitaria.
- ⁵⁴ El hecho de que después de 2001 no hubiera ningún proyecto con indicadores clasificados en la categoría de “otros objetivos” indica también un enfoque más centrado. Además, se advierte que estos cambios no han alterado la circunstancia de que la atención primaria siguió siendo una característica central de las intervenciones del Banco (Cuadro 3.3). Esto no debe causar sorpresa porque la focalización en las intervenciones de atención primaria de salud está en consonancia con unos proyectos más sencillos y más pequeños.
- ⁵⁵ Banco Interamericano de Desarrollo (2003).
- ⁵⁶ La Estrategia de Desarrollo Social de 2003 responde a un enfoque que hace hincapié en los resultados relacionados con el estado de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una notable recomendación de la estrategia es la mención de los problemas de recursos humanos, aunque estas referencias se hacen en el contexto de la reforma (Banco Interamericano de Desarrollo (2003), página 16).

Capítulo 4

- ⁵⁷ El dicho original de Lev Landau era como sigue: Los cosmólogos yerran a menudo, pero nunca dudan. Simon Singh cita este dicho en su obra Big Bang: The Origin of the Universe, Harper Perennial, 2004.
- ⁵⁸ Se debe aclarar que en esta evaluación no se pretende hacer un examen exhaustivo de la bibliografía, sino demostrar que existen pruebas suficientes para fundamentar un enfoque prudente cuando se trata de aplicar medidas de reforma.
- ⁵⁹ Los “logros educacionales y las condiciones de salud son en promedio insuficientes en comparación con otros países del mundo que tienen un nivel de ingreso comparable” (GN-1932-1, página 1). Incluso el autor principal de este informe ha usado el mismo argumento: A pesar de estas mejoras, los indicadores de salud de la región tienden en general a ser inferiores a los registrados en otras partes del mundo con niveles de ingresos similares (y a veces inferiores) (Iunes (2001), página 204).
- ⁶⁰ El paquete básico de un enfoque de atención primaria de salud selectiva se debe distinguir del método propuesto para los países pobres de África y Asia, en los que la mortalidad prematura y la morbilidad se podrían reducir extraordinariamente mediante unas pocas intervenciones sencillas. *El ejemplo más famoso de la atención primaria de salud selectiva fue la estrategia de reducción de la mortalidad en la niñez denominada “GOBI” según el acrónimo en inglés de seguimiento del crecimiento, rehidratación oral, lactancia e inmunización. La concentración en el empleo general de este tipo de intervenciones en los países en desarrollo, sostenían quienes promovían estas ideas, posibilitaría unos progresos rápidos en la reducción de la mortalidad en la niñez, sin tener que esperar a la finalización de los procesos, necesariamente prolongados, de fortalecimiento de los sistemas de salud (o a fortiori al cambio social estructural)”* (Irwin y Scali (*op. cit.*), páginas 16 y 17).
- ⁶¹ En el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 se mencionaron intervenciones, sumamente eficaces en función de los costos, orientadas hacia las principales causas de la carga de morbilidad predominante en entornos de ingresos bajos y medianos. Estas intervenciones se agruparon en un paquete mínimo de servicios de salud, cuyo financiamiento, según se dijo, debía recibir prioridad de los gobiernos y de los donantes (Tollman, Doherty y Mulligan (2006), página 1194).
- ⁶² En algunos préstamos el paquete se describe en los anexos técnicos. Otras operaciones sólo contienen una descripción muy vaga: “Los subproyectos de salud familiar y promoción de la salud harán hincapié en el

Endnotes (continued)

suministro de un conjunto básico de intervenciones clínicas y públicas eficientes en función del costo”. BR-0199, 951/OC-BR. Documento PR-2143, página 23).

- ⁶³ Los paquetes adoptados en Perú, Panamá y Suriname parecen contarse entre los más amplios.
- ⁶⁴ Con relación a la salud, la propuesta de universalismo básico no tiene todavía un marco susceptible de ejecución. También podría alegarse que, más que un nuevo enfoque, es una organización de las ideas que se vienen propugnando desde hace algún tiempo (al menos desde el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993). El principal elemento nuevo de la propuesta es su concentración inicial en los “*grupos poblacionales que se encuentran en etapas vulnerables del ciclo de vida*” (Filgueira *et al.* (2006), página 19). Sin embargo, los grupos mencionados —“*niños, madres, adultos mayores, desempleados*”— reflejan una composición de riesgos que dimanan tanto del ciclo biológico como del ciclo económico. Además, los datos epidemiológicos de América Latina y el Caribe, que presuntamente constituyen su fundamento —“*soluciones costo-efectivas basadas en evidencias epidemiológicas*” (Filgueira, (*op. cit.*), página 20)— no justifican la inclusión de las “madres” como grupo vulnerable. Si lo que preocupa es la mortalidad materna (que es innecesaria y desproporcionadamente elevada en muchos países de América Latina y el Caribe), el grupo pertinente serían las mujeres en el período reproductivo; si una mujer es madre, por definición ha sobrevivido al parto. Sin embargo, incluso en este caso, los datos epidemiológicos de la región en su conjunto (por ejemplo, años de vida ajustados por calidad perdidos o tasas de mortalidad proporcional) no hacen de éste un grupo especialmente vulnerable (aunque bien podría ser así en ciertos países).
- ⁶⁵ Doherty y Govender (2004) enumeran algunas de las razones por las cuales los resultados obtenidos en los ensayos sobre el terreno no se pueden trasladar necesariamente a la realidad de los sistemas de salud: a) la mayoría de los estudios se centran en intervenciones singulares, en tanto que los servicios eficaces tienden a combinar las intervenciones; b) los impactos determinados en los ensayos sobre el terreno no son necesariamente idénticos a los cuantificados por los programas ordinarios; c) hay una considerable falta de uniformidad entre diferentes estudios; d) muchos estudios se realizan en zonas geográficas pequeñas, en un número limitado de entornos, lo que hace inciertas las generalizaciones; e) los indicadores examinados en los ensayos sobre el terreno no pueden identificar y medir la variable causal pertinente; y f) el impacto de un programa ordinario puede ser diferente debido a diferencias entre la calidad de los servicios en el contexto del ensayo sobre el terreno y esos mismos servicios en condiciones normales.
- ⁶⁶ Los autores parecen estar refiriéndose al enfoque de la atención primaria de salud como prestación de un conjunto de servicios básicos y preventivos.
- ⁶⁷ Este proyecto nunca se ejecutó en la forma en que había sido diseñado. Fue casi totalmente reformulado durante la crisis argentina para apoyar el financiamiento de medicamentos esenciales (“Programa Remediar”).
- ⁶⁸ Véanse, por ejemplo, Birdsall y James (1990); Filmer, Martillo y Pritchett (2000); y el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993.
- ⁶⁹ Hay que evaluar, país por país y en comparación con esos programas, si la atención primaria de salud es un buen medio de redistribución. (...) Todo país que propugne la atención primaria de salud como mecanismo de redistribución debe poner cuidado de que en verdad se esté logrando ese objetivo (Filmer, Martillo y Pritchett (2002), página 59).
- ⁷⁰ Resultados interrelacionados por Shi *et al.* (2002).
- ⁷¹ Banco Mundial (s/f).
- ⁷² “Contratación interna” es el término que describe el empleo de un agente privado para operar o gestionar un servicio público; por otra parte, la adquisición de servicios de proveedores privados que asumen una responsabilidad integral sobre todos los aspectos de los servicios que prestan, incluida la contratación y el despido de personal, las adquisiciones, etc., se denomina “contratación externa”.
- ⁷³ El Índice Herfindahl-Hirschman (IHH) de un mercado se calcula sumando los cuadrados de las cuotas porcentuales de mercado de las compañías respectivas. Un mercado con un IHH inferior a 1.000 se

Endnotes (continued)

considera, por lo común, un mercado “no concentrado”; un IHH de entre 1.000 y 1.800 indica un mercado “moderadamente concentrado” y un IHH superior a 1.800 indica un mercado “sumamente concentrado”. Los cálculos colombianos para todas las regiones fuera de las zonas metropolitanas fueron superiores a 3.000 y el cálculo agregado es superior a 6.000.

- ⁷⁴ *Los resultados de la investigación empírica no son uniformes. La mayoría de los estudios de pacientes de Medicare revelan un impacto positivo de la competencia sobre la calidad. Esto no debe sorprender porque la teoría económica de los mercados con precios regulados anticipa ese resultado. Sin embargo, los resultados de los estudios de mercados en los que los precios son fijados por las compañías (por ejemplo, los pacientes con seguro privado) son mucho más variables. Algunos estudios revelan que una mayor competencia se traduce en mayor calidad y algunos demuestran lo contrario* (Gaynor (2006), páginas 27 y 28).
- ⁷⁵ “El MSPAS enfrenta el reto adicional e impostergable de fortalecer el marco institucional que asegure la calidad en los servicios prestados por proveedores públicos y privados” (PR-2439, página 4).
- ⁷⁶ Guatemala (GU-0023, 890/OC-GU y GU-0125, 1221/OC-GU), Honduras (HO-0032, 1005/SF-HO) y El Salvador (ES-0053, 1092/OC-ES).
- ⁷⁷ El proyecto PN-0076 (1350/OC-PN) tiene una evaluación intermedia con datos limitados disponibles y sin encuesta de hogares. El proyecto ES-0053 (1092/OC-ES) tiene una evaluación reciente (2005) que indica serias limitaciones en el sistema de seguimiento e información: “El primer problema grave se refiere a las importantes deficiencias que existen en el sistema de información, de control y monitorización de los programas y actividades de los proveedores: Falta de sistema de registro para medir la cobertura real, debilidad del sistema económico presupuestario, deficiencias en la explotación y en la sistematización de la información, etc.” (GCI Salud y Desarrollo - “Valoración Global del Proyecto”).
- ⁷⁸ Para Guatemala, véase Danel y La Forgia (*op. cit.*); para Honduras, Bitrán *et al.* (2005); y para El Salvador, Maceira (2004) y Bitrán y Maceira (2004).
- ⁷⁹ Véase también Danel y la Forgia (2005), página 83.
- ⁸⁰ El desempeño del régimen de contratación externa es superior al desempeño del sector público si los proveedores de servicios de extensión contratados por el programa están incluidos como parte del primero. En este caso la limitación reside en que esta evaluación incluye diferentes modelos de prestación de servicios que quizá no sean estrictamente comparables.
- ⁸¹ Algunas de las limitaciones metodológicas de la evaluación de Nicaragua incluyen los siguientes factores: la información de referencia disponible fue limitada, la selección de los grupos testigo fue difícil de realizar y la intervención se ejecutó sólo entre 12 y 18 meses antes del estudio.
- ⁸² Las otras dos intervenciones evaluadas, la suplementación vitamínica para los niños y la verificación del crecimiento presentaban diferencias entre las comunidades apoyadas por la ONG y el grupo testigo, que no fueron estadísticamente significativas.
- ⁸³ En Guatemala, el financiamiento del Estado para los servicios de contratación externa aumentó de US\$1,7 millón en 1997 a US\$8 millones en 1999 y US\$12 millones en 2000.
- ⁸⁴ Hubo problemas para llegar a un acuerdo sobre esta cláusula, que se modificó de modo que la auditoría y la supervisión de las ONG corrieran de cuenta del Ministerio de Salud y sus organismos en los Departamentos, en lugar de confiarla a una compañía privada externa. Si bien este enfoque es esencialmente correcto, ya que el seguimiento y la evaluación de los proveedores contratados es una actividad permanente y, fundamentalmente, corresponde al sector público, su ejecución es muy arriesgada debido a la limitada capacidad del Ministerio de Salud (en particular en los planos local y regional).
- ⁸⁵ Sorprendentemente, a pesar de este reconocimiento, estas mismas estadísticas de cobertura (de aproximadamente 3 millones de habitantes) fueron repetidas por el Banco en el documento de préstamo GU-0125 y por otros autores (por ejemplo, La Forgia, Mintz y Cerezo (2005))

Endnotes (continued)

- ⁸⁶ Los incentivos basados en el desempeño son mecanismos que emplean recursos (monetarios o “en especie”) para inducir los resultados deseados (productos o efectos directos). Análogamente, los instrumentos de pago por desempeño implican una transferencia de recursos basada en los resultados logrados (productos o efectos directos). En consecuencia, el pago por desempeño es un tipo de incentivo basado en el desempeño. Estos instrumentos pueden aplicarse tanto a la oferta como a la demanda. Los programas de transferencias condicionales en efectivo son ejemplos de pago por desempeño en el lado de la demanda.
- ⁸⁷ Dado que el tipo de mecanismo de reembolso empleado para pagar a los proveedores define los incentivos y desincentivos económicos que inducirán el comportamiento de los proveedores, bien puede ser fundamental para el diseño de los mecanismos de contratación. Por ejemplo, mientras un sistema puro de tasa por servicio prestado puede inducir sobreproducción e inflación de costos, un sistema puro de capitación (es decir, el sistema en que el proveedor recibe una tasa fija por paciente cubierto dentro de su área de “captación”) puede aumentar las tasas de cobertura notificadas y, al propio tiempo, inducir una producción insuficiente de los servicios necesarios y un aumento de los pacientes remitidos.
- ⁸⁸ En la práctica, sin embargo, los contratos o convenios de gestión están a veces más relacionados con las actividades que los organismos debían de todos modos realizar y no incorporaron mecanismos de bonificación u otros tipos de incentivos. En consecuencia, el “incentivo” dado era cumplir el contrato para evitar sanciones (generalmente mediante la retención o reducción de las transferencias).
- ⁸⁹ Pink *et al.* (2006) señalan también algunos de los riesgos relacionados con el pago por desempeño: *Primero, las medidas actuales de desempeño no pueden tener una sensibilidad y una especificidad suficientemente elevadas para identificar con exactitud la atención más segura cuando se usan en informes de resultados o planes de reembolso. Segundo, puede que no haya un número suficiente de medidas validadas para tener un impacto suficientemente sustancial e integral sobre la seguridad o el propio reembolso. Tercero, cabe presumir que el pago por desempeño, como los demás métodos de reembolso, tendrá sus propios incentivos perversos, imprevistos, que quizá obren en detrimento de su eficacia* (página 11).
- ⁹⁰ Para un excelente examen de la lógica, los temas y los riesgos de la iniciativa de pago por resultados, véase Miraldo, Goddard y Smith (2006).
- ⁹¹ *El financiamiento comunitario, en la forma de tasas de uso y planes de seguro de prepago, se ha convertido en una necesidad en algunos países de bajos ingresos. Sin embargo, el financiamiento comunitario es también una necesidad virtuosa, pues puede ayudar a mejorar la calidad y la fiabilidad de los servicios, en parte porque hace que los trabajadores de salud sean más responsables ante su clientela* (Banco Mundial (1993), página 159).
- ⁹² Si bien el usuario puede iniciar el contacto con el sistema, el modelo de utilización final es determinado casi enteramente por los médicos.
- ⁹³ En el caso del Brasil, por ejemplo, la naturaleza descentralizada del Sistema Único de Salud ha llevado a la creación de comités —en cada estado hay un comité bipartito de representantes del estado y los municipios y en el plano nacional un comité tripartito con representantes de los tres niveles del gobierno— para la aprobación de ciertas políticas y otros asuntos sistémicos. Los temas se aprueban por consenso. En Brasil estas decisiones se denominan decisiones consensuadas (*pactuadas*).
- ⁹⁴ La propuesta de descentralizar el sector de la salud en Belice, por ejemplo, un país pequeño con capacidad técnica limitada y una población en gran parte geográficamente concentrada, fue acogida con fuerte oposición en el Banco.
- ⁹⁵ Hemos observado que los aumentos del financiamiento estarían vinculados con aumentos de la utilización, y que la brecha en los gastos de salud per cápita entre los municipios ricos y pobres se estaría reduciendo, en lugar de ampliarse con el transcurso del tiempo, tanto en Chile como en Colombia (Bossert (2000), página 41).

Endnotes (continued)

- ⁹⁶ No hay una correlación entre los gastos públicos en salud per cápita y el PIB per cápita a nivel de cada estado. Tampoco hay una correlación entre las transferencias federales y el PIB per cápita a nivel de cada estado. Por lo tanto, no hay prueba alguna de equidad en las transferencias vinculadas con los gastos en salud del Estado federal para los estados realizadas hasta 1996 (Medici (2002), página 118).
- ⁹⁷ La autonomía hospitalaria también puede considerarse una modalidad de contratación. Sin embargo, las iniciativas de autonomía de los hospitales recibieron apoyo de proyectos del Banco como medio de trasladar facultades y capacidad de decisión a esas instituciones.
- ⁹⁸ Es importante observar que las organizaciones sociales se distinguen del hospital público típico en varios aspectos, además de su autonomía para contratar personal, invertir y contratar servicios: (i) son hospitales públicos construidos recientemente; (ii) la administración se ha confiado a entidades públicas o privadas sin fines de lucro al amparo de un contrato de gestión (el régimen jurídico entre estas entidades y la institución pública se ha denominado organización social); y (iii) el reembolso se basa en un presupuesto global determinado por los costos (aunque los hospitales públicos dependen de un mecanismo de reembolso de pago futuro y de algunas transferencias presupuestarias, en ambos casos desvinculadas de los costos efectivos). En este sentido, las diferencias en el desempeño no pueden atribuirse exclusivamente a la naturaleza autónoma de estas instituciones. Debe señalarse, sin embargo, que la organización social tiene todavía que conformarse a los principales principios del Sistema Único de Salud brasileño, incluida la atención médica gratuita.
- ⁹⁹ El análisis de las tasas de uso en la última subsección ha mostrado también el impacto negativo de estos instrumentos sobre las instituciones autónomas (Fiedler y Suazo (*op. cit.*)).
- ¹⁰⁰ En el proyecto de República Dominicana (DR-0078, 1047/OC-DR.) se reconocen los límites del financiamiento de los programas de seguro social mediante impuestos sobre nóminas cuando se dice que *“no es factible desde el punto de vista económico incrementar el impuesto sobre la nómina aplicable a los trabajadores del sector formal para otorgar subsidios cruzados del costo del mismo conjunto general de servicios para el resto de la población (principalmente de bajos ingresos y no asalariada)”* (PR-2227 Rev, páginas 43 y 44), creando así un régimen de contribuciones (financiado con impuestos sobre la nómina de sueldos) y un régimen subsidiado (financiado con rentas generales).

Capítulo 5

- ¹⁰¹ El índice es el promedio de las clasificaciones de países respecto de 11 indicadores de impacto/efectos directos: esperanza de vida al nacer; tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años; porcentaje de mortalidad de menores de cinco años por enfermedades intestinales infecciosas e infecciones respiratorias agudas; tasas estimadas de mortalidad por enfermedades transmisibles ajustadas por edad; porcentaje de menores de un año inmunizados contra la poliomielitis, el sarampión y DPT; porcentaje de embarazadas atendidas por personal calificado durante el embarazo; y porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.
- ¹⁰² Uruguay tuvo el mejor índice compuesto de todos los países miembros del Banco en ambos períodos. Los países de más baja clasificación fueron Bolivia en 1995 y Haití en 2004.
- ¹⁰³ Es obvio que se precisarían evaluaciones y estudios empíricos para determinar mejor la medida en que se han alcanzado los tres objetivos principales que se definen en los proyectos del Banco.
- ¹⁰⁴ Uno de los instrumentos usado con mayor frecuencia para cuantificar la carga de morbilidad y mortalidad es el de años de vida ajustados en función de la discapacidad, que se usó en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993. La bibliografía en que se examina este instrumento y su utilidad para la determinación de prioridades es extensa y no tenemos intención de enumerarla; sin embargo, cabe mencionar como buenos ejemplos a Murray y Acharya (1997), Williams (1999), Murray y López (2000) y Mooney y Wiseman (2000).
- ¹⁰⁵ Con fines ilustrativos, véanse Almeida *et al.* (2001); Musgrove (2003); Brundtland, Frenk y Murray (2003).

Endnotes (continued)

- ¹⁰⁶ En este sentido, la ideología desempeñó un papel en la acción del Banco. En verdad, podría señalarse que fue inevitable porque las recomendaciones normativas no pueden estar exentas de juicios de valor. Como señala Williams (2005, página 8), las *recomendaciones normativas no pueden dimanar directamente de un análisis positivo: sólo pueden dimanar de un análisis normativo*. Ni siquiera el análisis de los sistemas de salud puede estar enteramente exento de juicios de valor: *sea cual fuere el grado de satisfacción de algunos respecto del desempeño de un sistema de atención de salud, siempre adolecerá de fallas a juicio de otros* (Oliver, Mossialos y Maynard (2005b), página S3). Además, por cuanto la salud, de la misma manera que otros recursos, no se distribuye por igual entre personas o grupos, y por cuanto sus determinantes son influidos por la acción política, las medidas relacionadas con la salud necesariamente forman parte de la esfera política. Véase Bamba, C., Fox, D. y Scott-Samuel, A. (2005).
- ¹⁰⁷ En verdad, RE3/SO3, el Gobierno de Colombia y OVE están actualmente estudiando una posible evaluación conjunta de los sistemas e instrumentos de seguimiento y regulación de Colombia.
- ¹⁰⁸ Por ejemplo, proyectos preparados en 2006 en Nicaragua y Guatemala.
- ¹⁰⁹ Como se observó en el Capítulo III, el Banco sólo ha aprobado un proyecto independiente en la esfera de los recursos humanos para el sector de la salud (BR-0305).