



## Financiamiento de mejor atención de salud para todos

Los informes EQ (*enduring questions* o preguntas permanentes) analizan avances y problemáticas de política actuales, con el objetivo de ayudar a que los formuladores de políticas y profesionales de desarrollo aumenten su impacto a través de evidencia de calidad.

### Prestar atención a las brechas de desarrollo

Hasta hoy día, muchos pobres en África y Asia todavía no tienen acceso a servicios de salud. En el África subsahariana, uno de cada seis niños muere por causa de enfermedades evitables antes de cumplir cinco años. Dos tercios de estas muertes podrían impedirse a través de atención de salud de bajo costo y fácilmente disponible (OMS, 2008). El 60% de las mujeres embarazadas en Asia del Sur dan a luz a sus bebés sin la ayuda de trabajadores de salud calificados. Además, cada año cerca de un millón de personas muere de malaria. Si tal situación continúa, no será posible lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materno infantil, poniendo a millones de vidas en riesgo.

Los pobres a menudo quedan excluidos de la atención de salud de calidad, ya que esta es económicamente inasequible y geográficamente inaccesible. La generación de financiamiento que permita ampliar la atención de salud de manera eficiente, sostenible y equitativa es un gran desafío para los gobiernos. Los sistemas de salud generalmente se financian por medio de cargos por uso, desembolsos del usuario por diferencias no cubiertas, impuestos y planes de seguros de salud formales o comunitarios.

Los gobiernos no solo deben aumentar la oferta de servicios de salud, sino también fomentar entre los pobres que demanden dicha atención. Los programas

### Síntesis

El acceso de los pobres a una buena atención de salud es limitada porque no pueden costearla y porque suelen vivir lejos de los lugares donde se encuentran los servicios de calidad. La evidencia indica que los pobres están dispuestos a pagar por usar los servicios de salud, si la calidad de los mismos es buena. Las transferencias monetarias también han tenido mucho éxito en cuanto a alentar a las mujeres a usar los servicios de atención de salud. Además, la contratación de servicios de salud externos puede ayudar a mejorar la cobertura.

**Palabras claves: financiamiento del sistema de salud, equidad, calidad, acceso.**

de incentivos, tales como las transferencias monetarias condicionadas y la externalización de los servicios, son ejemplos de esfuerzos para hacer que la atención de salud sea asequible, accesible y de mejor calidad. Pero, ¿qué opción realmente funciona? ¿Es más conveniente aumentar la demanda de servicios mediante el mejoramiento de la calidad de los mismos o mediante pagos monetarios a los pobres para que empleen dichos servicios? ¿Deberían pagar los pobres directamente por los servicios o a través de un plan de seguros?

## Lecciones aprendidas

Los cargos al usuario de menores montos aumentan el uso de los servicios de salud: los cargos completos por uso y los desembolsos por diferencias no cubiertas son empobrecedores y constituyen una barrera al acceso a la atención de salud por parte de las personas de menores recursos. A pesar de ello, los gobiernos que enfrentan restricciones de caja tienden a implementar estas medidas para generar financiamiento. Pocos estudios de evaluación de impacto han examinado el efecto que produce la introducción de cargos por uso en contraste con su eliminación en el acceso de los pobres a la atención de salud o en los resultados del área. Pero un estudio experimental de centros de salud en Sudán descubrió que cuando los cargos por uso se reducían para niños y mujeres embarazadas, dichos usuarios recurrían más frecuentemente a los servicios de salud y podían comprar medicamentos (Abdu y otros, 2004).

En Níger, un estudio concluyó que el acceso a los servicios de salud aumentaba a pesar de la introducción de un cargo por uso, solo si a cambio de ello se mejoraba la calidad de los servicios. Sin embargo, el mismo estudio descubrió que el uso de los servicios de salud por parte de los pobres era mayor cuando el mencionado cargo disminuía, como parte de un plan de financiamiento social que combinaba impuestos y cargos mínimos (Diop y otros, 1995).

**Los seguros de salud suelen mejorar el acceso a los servicios de salud, aunque no siempre:** el seguro de salud habitualmente reduce el riesgo de que los hogares pobres deban asumir el pago de grandes diferencias no cubiertas, lo que los alienta a buscar una buena atención de salud. La evidencia demuestra que, en muchos casos, se ha ampliado el acceso a la atención de salud gracias a los planes de seguros, pero los más pobres han quedado al margen provocando que el gasto promedio en salud disminuya.

Estudios realizados en Colombia, México y Vietnam descubrieron que el seguro de salud influyó positivamente en el acceso y el uso de los servicios de salud por parte de los pobres. En Colombia, por ejemplo, permitió aumentar en un 8% las posibilidades de que los niños estuvieran plenamente inmunizados (Giedion y otros, 2007). Los hogares asegurados en México fueron menos propensos a incurrir en gastos “catastróficos” (gastos relativamente pequeños pero capaces de sumir a una familia en la pobreza) para conseguir atención de salud y medicamentos en comparación con los hogares no asegurados. Los desembolsos por diferencias no cubiertas también fueron de menor ocurrencia, particularmente en los hogares más pobres (Galárraga y otros, 2008).

Por el contrario, en China un programa de seguro de salud pública aumentó el uso de la atención

de salud en un 20%, aunque no entre los más pobres. Si bien dicho programa tampoco incidió en los desembolsos del usuario por diferencias no cubiertas, los gastos “catastróficos” de los más pobres se redujeron (Wagstaff y otros, 2007). En Vietnam, la salud nutricional de los niños mejoró significativamente después de que se establecieron sistemas formales de seguros de salud, pero los grupos más pobres no se beneficiaron de estos efectos positivos (Wagstaff y Pradhan, 2005).

El seguro de salud de tipo comunitario parece tener un efecto limitado en cuanto a mejorar el acceso a la atención de salud dentro de los grupos de ingresos más bajos (Gnawali y otros, 2008). Aunque los programas comunitarios logran atraer a los pobres, estos continúan excluidos, como lo han demostrado dos estudios realizados en Burkina Faso (Gnawali y otros, 2008) y en Senegal (Jütting, 2004).

### **Las transferencias monetarias condicionadas motivan a las mujeres pobres a usar**

**buenos servicios de salud:** varios países latinoamericanos -como México, Colombia y Honduras- han sido muy exitosos en su intento de alentar a las mujeres pobres a usar los servicios de salud a través de sus programas de transferencias monetarias. Estas se efectúan a los pobres, especialmente a mujeres pobres, y están condicionadas a ciertos criterios a cumplir, como enviar a los niños a la escuela, buscar atención de salud de manera regular, etc.

El programa Progreso de México ha generado un impacto significativamente positivo en el uso de los servicios de atención de salud (Gertler, 2000), mientras que en Colombia, la proporción de niños inscritos en el monitoreo de crecimiento aumentó en 40% (Attanasio y otros, 2005). En Honduras, las transferencias monetarias incrementaron el uso de la atención prenatal por parte de las mujeres en un 20% y el monitoreo del crecimiento de los niños en un 21%. Sin embargo, la investigación también sugirió la ocurrencia de un efecto no esperado, ya que los pagos monetarios pudieron haber actuado como incentivo para que algunas mujeres quedaran intencionalmente embarazadas (Morris y otros, 2004). Este aspecto podría requerir más investigación.

No obstante, es probable que las transferencias monetarias condicionadas sean efectivas solo cuando los servicios son ampliamente disponibles y de calidad razonable. En el África subsahariana, especialmente en las zonas rurales, donde la oferta de servicios públicos es limitada o es preciso mejorar su calidad, se necesitan otras intervenciones. Los programas de transferencias monetarias condicionadas en dichas áreas deben ser implementados junto con inversiones en infraestructura, con el objeto de contar con una mayor cantidad y una mejor calidad de servicios de salud (Kakwani y otros, 2005).

## Contratar la prestación de servicios de salud

**mejora el acceso:** algunos gobiernos han podido ampliar los servicios de salud a lugares remotos mediante la contratación de proveedores privados. Sin embargo, sigue siendo incierto si tal medida ha alentado o no el uso de servicios de atención de salud. Los servicios de salud pueden ser externalizados a través de proveedores no gubernamentales que tienen la total responsabilidad de la prestación de la atención de salud o pueden ser brindados desde el aparato público mismo, trabajando internamente desde el sistema de salud pública para fortalecerlo. Un estudio realizado en Camboya descubrió que la externalización de servicios de salud prestados por organizaciones no gubernamentales aumentó la cobertura de la atención de salud entre 4 y 29 puntos porcentuales por sobre las prestaciones fiscales para diversos indicadores de salud en las zonas rurales. Por ejemplo, mejoró considerablemente la probabilidad de vacunación de niños. Además, fueron los pobres los que más se beneficiaron de estos servicios (Schwartz y Bhushan, 2004). Se observaron resultados similares en un estudio experimental proveniente de la India, aunque el uso de la atención médica siguió siendo bajo (Baqui y otros, 2008).

## Cerrar la brecha de la evaluación

La evidencia acerca del impacto que provocan los planes de financiamiento y de prestación de servicios de salud en el uso y la calidad de los servicios sigue siendo diversa y poco clara. Una revisión sistemática de la respectiva literatura muestra que la mayoría de los estudios son acotados, ofrecen conclusiones sobre contextos específicos o cubren plazos demasiado breves (Palmer y otros, 2004; Lagarde y Palmer, 2006). Aunque los cargos por uso pueden disuadir a los pobres a acceder a los servicios de salud, todavía no es del todo claro si este efecto se produce en servicios preventivos o curativos. En aquellos casos en que los cargos por uso suelen producirse en conjunto con mejoramientos en la calidad de los servicios, es difícil afirmar qué factor fue el que aumentó realmente el uso de dichos servicios. La mayoría de los planes de seguros de salud no han sido estudiados con el paso del tiempo y se desconoce dónde radica la falla (Palmer y otros, 2004). Aunque las transferencias monetarias parecen un mecanismo prometedor, sus buenos resultados provienen mayoritariamente de América Latina, donde se cuenta con sistemas de salud relativamente aceptables. ¿Produciría tal iniciativa igual impacto en el África subsahariana, donde la infraestructura es más deficiente? ¿Tendría la externalización de servicios el mismo impacto si se hiciera a gran escala?

Es necesario llevar a cabo evaluaciones de impacto rigurosas y a gran escala para examinar las consecuencias producidas por los diferentes planes de seguros, por la externalización de los servicios y, en particular, por las transferencias monetarias no condicionadas que son más populares en el África subsahariana.

## Bibliografía

- Attanasio, O., Gómez, L., Heredia, P. and Vera-Hernández, M. (2005) "The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia." Centre for the Evaluation of Development Policies, Institute for Fiscal Studies. [www.ifs.org.uk/publications/3503](http://www.ifs.org.uk/publications/3503)
- Abdu, Z., Mohammed, Z., Bashier, I. and Eriksson, B. (2004). "The impact of user fee exemption on service utilization and treatment seeking behaviour: The case of malaria in Sudan." *International Journal of Health Planning and Management*, 19, 95-106. [www3.interscience.wiley.com/journal/109857760/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0](http://www3.interscience.wiley.com/journal/109857760/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0)
- Baqui, A., Rosecrans, A., Williams, E. Agrawal, P., Ahmed, S., Darmstadt, G., Kumar, V., Kiran, U. Panwar, D., Ahuja, R., Srivastava, V., Black, R. and Santosham, M. (2008). "NGO facilitation of a government community-based maternal and neonatal health programme in rural India: Improvements in equity." *Health Policy and Planning*, 23, 234–243 <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/23/4/234>
- Diop, F., Yazbeck, A. and Bitran, R. (1995). "The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger." *Health Policy and Planning*, 10 (3), 223-240. <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/10/3/223>
- Galarrága, O., Sosa-Rubí, S., Salinas, A., Sesma, S. (2008). "The Impact of Universal Health Insurance on Catastrophic and Out-of-Pocket Health Expenditures in Mexico: A Model with an Endogenous Treatment Variable." HEDG Working Paper 08/12, Health Econometrics and Data Group, University of York. [http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08\\_12.pdf](http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_12.pdf)
- Gertler, P. (2000). "The impact of Progresá on health, Final report." International Food Policy Research Institute, Washington, D.C. <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/16010/1/mi00ge02.pdf>
- Giedion, U., Díaz, B. and Alfonso, E. (2007). "The Impact of Subsidized Health Insurance on Access, Utilization and Health Status: The Case of Colombia." Mimeo, the World Bank, Washington, D.C.
- Gnawali, D., Pokhrel, S., Sié, A., Sanon, M., de Allegri, M., Soares, A., Dong, H., Sauerborn, R. (2008). "The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso." *Health Policy*, November (Article in Press). <http://ideas.repec.org/a/eee/hepoli/v90y2009i2-3p214-222.html>
- Jütting, J. (2004) "Do Community-based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence from Rural Senegal." *World Development*, 32 (2), 273-288.



Kakwani, N. Soares, F. and Son, H. (2005) "Conditional Cash Transfers in African Countries." International Poverty Centre Working Paper Number 9, UNDP, Brazil. <http://www.undp-povertycentre.org/pub/IPCWorkingPaper9.pdf>

Lagarde, M. and Palmer, N. (2006) "Evidence from systematic reviews to inform decision-making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people" Policy Brief prepared for the International Dialogue on Evidence Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth), Thailand. <http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf>

Morris, S., Flores, R., Olinto, P. and Medina, J. (2004). "Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: Cluster randomised trial." Lancet, 364 (9450), 2030-2037. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2804%2917515-6/abstract>

Palmer, N., Mueller, D., Gilson L., Mills, A. and Haines, A. (2004) "Health financing to promote access in low income settings – how much do we know?" Lancet, 364, 1365-1370.

Schwartz, J. and Bhushan, I. (2004). "Reducing inequity in the provision of primary health care services: Contracting in Cambodia." Mimeo, the World Bank, Washington, D.C.

Wagstaff, A., Lindelow, M., Jun, G., Ling, X. and Juncheng, Q. (2007). "Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme." Policy Research Working Paper No. 4150, Impact Evaluation Series No 12, World Bank, Washington, D.C. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=965078](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=965078)

Wagstaff, A. and Pradhan, M. (2005) "Health Insurance Impacts on Health and Nonmedical Consumption in a Developing Country." Policy Research Working Paper 3563, World Bank, Washington, D.C. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=708444](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=708444)



International Initiative for Impact Evaluation (3ie) es una ONG internacional que brinda subvenciones para la promoción de programas y políticas de desarrollo basadas en evidencias. Somos líderes mundiales en financiamiento y producción de evidencia de alta calidad sobre aquellas iniciativas que sí funcionan, cómo funcionan, por qué funcionan y a qué costo. Creemos que contar con evidencia mejorada y pertinente a cada política hará que el desarrollo sea más eficaz y mejorará la vida de las personas.



Este resumen ha sido traducido del inglés al español por cortesía de CAF – banco de desarrollo de América Latina, un importante miembro de 3ie. CAF y 3ie se disculpan de antemano por cualquier posible discrepancia en el texto.


## Reconocimientos

Este informe fue elaborado por Radhika Menon -con aportes de Zulfiqar Bhutta y Howard White- y editado por Christelle Chapoy.

© 3ie, 2010: los informes EQ son publicados por International Initiative for Impact Evaluation 3ie y se trata de trabajos en curso. Agradecemos sus comentarios y sugerencias para futuros informes y estudios adicionales a incluir en nuevos EQ.

[www.3ieimpact.org](http://www.3ieimpact.org)

Para obtener más información y actualizaciones, escriba a [3ie@3ieimpact.org](mailto:3ie@3ieimpact.org)

 @3ieNews

 /3ieimpact

 /3ievideos

 international-initiative-for-impact-evaluation