

Hacia un enfoque LOCAL



En las economías emergentes y en desarrollo, el gasto público en salud está pasando de los gobiernos centrales a los estados y ciudades

Visita a un hospital construido por la organización Partners in Health para el Ministerio de Salud de Rwanda, en Butaro, Burera, Rwanda.

Victoria Fan y Amanda Glassman

NADA es seguro, excepto la muerte y los impuestos, o así reza el dicho. Los economistas podrían añadir una tercera certeza: el crecimiento del gasto en salud. A medida que los países crecen económicamente, dos importantes tendencias convergen como parte de una *transición en el financiamiento de la salud*: el gasto en salud por persona aumenta y el gasto de bolsillo en servicios de salud disminuye (gráfico 1).

Pero si el aumento del gasto total en salud parece inevitable, la reducción de los pagos por atención sanitaria que empobrecen a la población no lo es. A pesar de la caída del gasto de bolsillo promedio, aún muchos hogares quedan devastados por las facturas médicas, especialmente en los países de bajo ingreso. Según indican estudios sobre el tema, se requiere una mayor movilización gubernamental o pública de recursos para la salud —y políticas que mejoren la eficiencia de los fondos públicos destinados a los sistemas sanitarios— para que el gasto de bolsillo siga disminuyendo.

Sin embargo, gran parte del gasto público en salud no se hace a nivel nacional, especialmente en los grandes países federales que tienen entidades regionales autónomas, como estados y provincias (gráfico 2). Muchas decisiones difíciles acerca de la forma de asignar fondos para la salud pública de manera eficiente y eficaz no son adoptadas en la capital sino en los gobiernos regionales y locales, algo que no es nuevo en las economías avanzadas. A medida que aumentan los ingresos en las economías de mercados emergentes y en desarrollo y estas continúan democratizándose, descentralizándose y urbanizándose, el gasto de los gobiernos subnacionales previsiblemente seguirá creciendo. En Brasil, por ejemplo, el gasto subnacional en salud aumentó de 25% a 55% del gasto total en salud pública entre 1980 y 2009 (gráfico 3).

No obstante, la eficacia del gasto de los gobiernos regionales y locales para mejorar los resul-

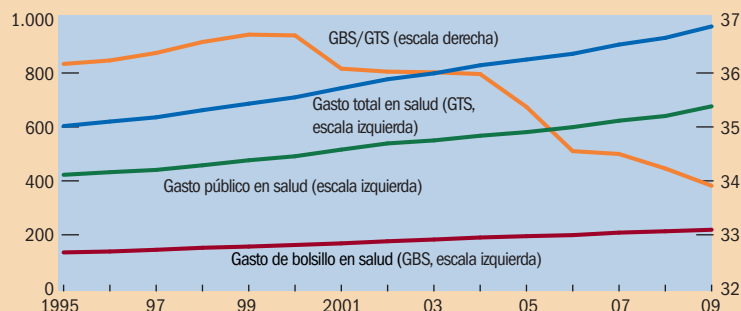
Gráfico 1

Más alto y más lejos

El gasto en salud crece de forma constante en todo el mundo, pero los pacientes pagan de su bolsillo una proporción decreciente de esos gastos.

(gastos anuales en salud per cápita, dólares)

(gastos de bolsillo, porcentaje del total de gastos anuales en salud)



Fuente: Fan y Savedoff (2014).

Nota: Los datos corresponden al promedio de 126 economías avanzadas, de mercados emergentes y en desarrollo. GBS/GTS = gastos de bolsillo como porcentaje de los gastos totales.

tados sanitarios y reducir el empobrecimiento que generan los gastos médicos es muy inconstante. Además, en muchos casos, los sistemas de salud pública —orientados a proteger el bienestar mediante programas de prevención tales como la vacunación y la vigilancia y control de epidemias, como el reciente brote del virus del ébola— pasan a un segundo plano frente a funciones médicas de mayor visibilidad y prestigio que tratan enfermedades, a menudo en hospitales, con tecnologías costosas y escasos beneficios para la salud general.

Estas tendencias justifican analizar el gasto subnacional en salud, incluidas las reformas sanitarias exitosas emprendidas a nivel local en las economías de mercados emergentes y en desarrollo, y los esfuerzos de los gobiernos centrales para fomentar la innovación y el desempeño en el ámbito local.

Medidas a nivel local

Muchas entidades subnacionales han adelantado reformas exitosas en materia de salud, atención sanitaria y bienestar, aun cuando las reformas nacionales fracasaron. Dichas reformas incluyen cambios en los mecanismos de financiamiento y pago, medidas organizativas y regulatorias e intentos de modificar las conductas individuales, al estimular el ejercicio físico o desalentar el hábito de fumar.

Algunos de estos cambios han tenido lugar en economías avanzadas. En Estados Unidos, por ejemplo, el Estado de Massachusetts amplió la cobertura del seguro de salud en 2006, al exigir a quienes carecían de seguro médico que contrataran pólizas privadas para así subsidiar tales compras en el caso de los pobres. El experimento se convirtió en el modelo para una amplia y controvertida expansión nacional del seguro de salud que entró en vigor en 2014.

Pero muchos cambios también están ocurriendo en economías de mercados emergentes y en desarrollo:

China: Shanghái, la principal ciudad comercial del país, emprendió una reforma multidimensional de la atención sanitaria para reducir los gastos de bolsillo y mejorar la salud a un menor costo (Cheng, 2013). Por ejemplo, las clínicas comunitarias ofrecían a los residentes 1.000 *medicamentos esenciales*, incluso antes de que China iniciara una reforma sanitaria nacional en 2009, que puso 307 medicamentos esenciales a disposición de todo habitante del

país. La ciudad quizá tenga el sistema informático de salud más avanzado e integrado de China, que permite a todos los hospitales y médicos acceder a la historia clínica de los pacientes y a los reguladores hacer un seguimiento del comportamiento de los médicos, controlar los costos y, en definitiva, mejorar los resultados sanitarios. La ciudad está también a la vanguardia en el desarrollo de un sistema integrado de prestaciones que abarca la atención primaria, secundaria y terciaria. Las demás provincias de China están observando muy de cerca las medidas que toma Shanghái.

Colombia: En Medellín, la segunda ciudad más grande de este país sudamericano, el gobierno puso en marcha una red unificada de provisión de servicios de salud con el fin de reducir la disparidad en calidad de atención sanitaria en toda la ciudad (Guerrero *et al.*, 2014).

Pakistán: En la provincia de Punjab, el gobierno estableció un modelo de asignación de recursos basado en resultados, destinado a vincular claramente el financiamiento de un distrito con sus necesidades sanitarias. Conforme al modelo, cada uno de los distritos de Punjab recibe automáticamente el 70% de su asignación básica. Para reclamar el 30% restante el distrito debe mejorar su desempeño en función de indicadores definidos, tales como la proporción de bebés que nacen en un establecimiento de salud o con intervención de asistentes obstétricos capacitados y la proporción de niños totalmente inmunizados entre los 18 y los 30 meses. Este enfoque otorga a los distritos de Punjab un claro incentivo para mejorar los resultados sanitarios.

Brasil: La ciudad de São Paulo aplica el programa Agita São Paulo, que promueve un estilo de vida activo mediante su mensaje de que 30 minutos de actividad física por día es un objetivo de salud alcanzable y placentero. São Paulo también organiza megaventos para alentar a las personas a modificar sus conductas y mejorar el bienestar general de la población. Las campañas fueron replicadas por muchas otras ciudades brasileñas (OPS, 2011).

El impulso desde arriba

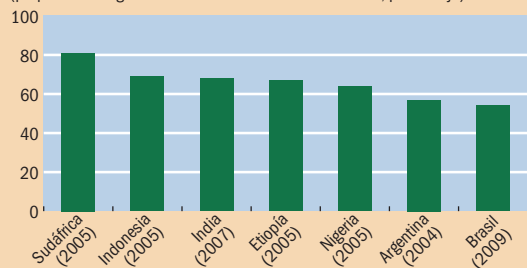
Aun cuando el gasto y la innovación recaigan sobre los gobiernos regionales, los gobiernos nacionales cumplen un papel crucial en cuanto a supervisar y dirigir a las entidades subnacionales y movilizar

Gráfico 2

Gasto local

En muchas economías de mercados emergentes y en desarrollo, el gasto en salud de los gobiernos regionales y locales supera el gasto del gobierno central.

(proporción del gasto total en salud a nivel subnacional, porcentaje)



Fuente: Cálculos de las autoras.

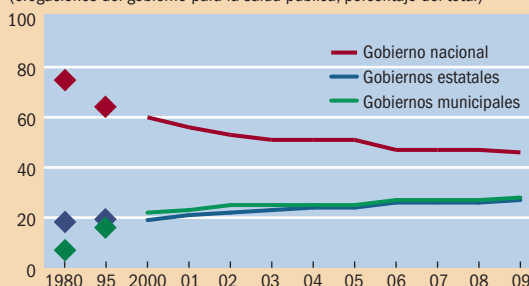
Nota: El año al cual corresponden los datos varía según el país y se indica entre paréntesis.

Gráfico 3

Las regiones en alza

En Brasil, el gasto en salud de los estados y municipios se elevó desde cerca de 25% del gasto total en salud en 1980 a 55% en 2009.

(erogaciones del gobierno para la salud pública, porcentaje del total)



Fuente: Langevin (2012).

transferencias de fondos desde el gobierno central para respaldar sus actividades sanitarias. Los gobiernos centrales pueden decidir cómo transferir fondos a los gobiernos regionales o pagar a los prestadores de servicios de salud para estimular un mejor desempeño en los Estados o en niveles más bajos, como los municipios.

En Rwanda, por ejemplo, el gobierno nacional comenzó a pagar incentivos a los prestadores subnacionales públicos o de organizaciones religiosas sin fines de lucro, entre otros. Los pagos estaban condicionados al logro de mejoras en la cantidad de servicios y la calidad del cuidado brindado a pacientes con VIH/SIDA y de la atención materno-infantil. Los pagos se aprobaban en función de auditorías independientes y representativas de los informes de desempeño. Como resultado del programa, la nutrición infantil mejoró significativamente y la prestación de servicios de salud aumentó un 20% (Gertler y Vermeersch, 2013).

En Argentina, el gobierno federal utiliza incentivos para inducir a las provincias a mejorar los resultados de los nacimientos. Los incentivos se basan en la inscripción de familias sin cobertura de seguro en el programa Plan Nacer, la reducción de la mortalidad de los recién nacidos y la prestación de un cuidado prenatal de calidad. El programa reembolsa a las provincias US\$5 mensuales por cada persona afiliada y otros US\$3 al mes por alcanzar metas tales como la mejora del peso al nacer y la cobertura de vacunación. Es decir, 60% de la recompensa se basa en el número de personas inscritas en el programa y 40% en la ampliación de la cobertura y los resultados sanitarios. Se logró así reducir en un 22% la mortalidad neonatal entre 2004 y 2008 (Gertler, Giovagnoli y Martínez, 2014).

En el marco del programa nacional de seguro de salud para los pobres, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), India estableció incentivos para que los Estados de ese país se adhieran a la iniciativa. En cada Estado, las compañías de seguro privadas compiten anualmente, distrito por distrito. Un organismo designado en cada estado elige la prima más competitiva y de mejor valor para cada distrito. Luego, por cada persona inscrita, los Estados pagan 25% de la prima y el gobierno central sufragó el resto. No existen pagos por resultados. Los aseguradores a nivel distrital son motivados a afiliarse tantas personas como deseen para maximizar los ingresos. El programa, que comenzó en 2007, cubre hoy a más de 100 millones de personas con un paquete relativamente generoso de hospitalización. Los primeros resultados indican que menos personas han quedado empobrecidas por los pagos directos de bolsillo en salud (La Forgia y Nagpal, 2012). El programa RSBY es relativamente económico y representa solo una fracción del gasto público total que India destina a la salud.

El intrincado problema de la capacidad

A pesar de la promesa de la descentralización, sin embargo, traspasar las funciones del gobierno y sus responsabilidades de gasto al nivel subnacional plantea graves desafíos. Aun cuando los gobiernos regionales cuentan con un gran poder de decisión, quizás el Estado o la provincia tengan dificultades para seguir adelante con el programa debido a su escasa capacidad administrativa o la falta de rendición de cuentas, o, como suele suceder, ambas cosas a la vez.

En México, por ejemplo, donde la mayor parte del gasto en salud tiene lugar a nivel regional o local, el gobierno federal trató de medir el desempeño de los estados frente a parámetros relativos a intervenciones sanitarias tales como la detección y el

tratamiento temprano del cáncer de mama (Lozano *et al.*, 2006). Sin embargo, algunos Estados dejaron de presentar información y el gobierno federal no publicó más los resultados después de solo una ronda de evaluaciones comparativas.

En muchos casos, el aumento de las responsabilidades y el gasto a nivel subnacional trae aparejadas grandes diferencias en los niveles de atención, equidad y resultados entre las regiones más ricas y más pobres de un país. Tales brechas obedecen a diversas razones: diferencias en las características de la población, tales como edad, nivel de ingreso, estado de salud general, riesgos y conductas; una base diferente de ingresos públicos, y prioridades de inversión local. Estas brechas también se observan en las economías avanzadas. En el Reino Unido, el informe *NHS Atlas of Variation* de 2011 del Servicio Nacional de Salud reveló grandes diferencias en los servicios de salud según el lugar en que vive la gente.

En India, los Estados de desempeño menor y de mayor pobreza del cinturón centro-norte, como Bihar y Uttar Pradesh, carecen de capacidad administrativa y tienen dificultades para gastar en salud los fondos que a tal efecto les asigna el gobierno central, oscilando esa capacidad de gasto entre 42% (Uttar Pradesh) y 89% (Maharashtra).

Las diferencias en la prestación regional de servicios de salud —resultantes de la diversidad de recursos y prioridades— indican que, no habiendo políticas que garanticen la portabilidad de los beneficios sanitarios desde un Estado o provincia a otros, las familias que se mudan dentro de un país pueden quedar sin cobertura de salud. En China, el acceso de las personas a la atención sanitaria está ligado a la región en la cual está registrado su hogar (Roberts, 2012).

En algunos casos, las funciones que deberían ser desempeñadas a nivel nacional han sido delegadas a organismos regionales, con efectos perjudiciales. Es más lógico, por ejemplo, que los impuestos destinados a mejorar la salud, tales como los que gravan el tabaco o el alcohol, la vigilancia epidemiológica y la respuesta de emergencia y mancomunación de riesgos en caso de enfermedades raras y costosas, correspondan al ámbito nacional. Un único caso de una enfermedad rara y de alto costo puede llevar rápidamente a la quiebra a un sistema local de salud a menos que existan mecanismos apropiados para compartir los riesgos financieros. Una epidemia en rápida expansión que exige ejecutar una respuesta de control en todo el país, por ejemplo, el reciente estallido del virus del ébola en partes de África occidental (donde el gasto público en salud es ya extremadamente bajo), puede desbordar fácilmente la capacidad de las autoridades locales.

En general, las funciones de salud pública —tales como vacunación y servicios preventivos que no son rentables debido a la falta de demanda— no reciben demasiada atención a nivel nacional o subnacional. Los gobiernos regionales y locales de algunos países han reorganizado sus departamentos de salud reforzando un sesgo hacia la medicina (tratamiento de enfermedades y afecciones) y descuidando la salud pública, que se centra en prevenir enfermedades y mantener saludable a la población. En India, solo el estado de Tamil Nadu se abstuvo de fusionar el departamento médico con la unidad dedicada a la salud pública. Quizá como resultado de este enfoque centrado en la prevención, los resultados sanitarios de Tamil Nadu se ubican entre los mejores de todos los Estados del país, mientras que su gasto en atención de salud es uno de los más bajos.

Rara vez los desafíos para las políticas públicas resultan sencillos de resolver; por el contrario, exigen múltiples soluciones

e intentos. Para las autoridades puede ser conveniente adoptar una actitud que promueva la experimentación y el aprendizaje. Pero la experimentación, la innovación y el aprendizaje son procesos técnicamente complejos que requieren un uso intensivo de recursos y a menudo amenazan ideas tradicionalmente aceptadas e intereses muy arraigados.

En algunos países, la experimentación y la innovación son lideradas por los Estados y las provincias, y algunos han procurado institucionalizar la experimentación. En Estados Unidos, el Centro de Innovaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid facilita el desarrollo sistemático de soluciones para abordar problemas de bajo valor y alto costo en el sistema de salud estadounidense. Al garantizar financiamiento para un período de 10 años y con independencia del pagador, Medicare y Medicaid, el Centro de Innovaciones reduce los habituales desincentivos y riesgos que entraña la innovación. El centro ha puesto a prueba una variedad de nuevos modelos y enfoques, como las organizaciones responsables de la atención de la salud y los hogares médicos, cuya finalidad es compartir los riesgos financieros entre los aseguradores y los prestadores para fomentar una mejor coordinación del cuidado de los pacientes y reducir los costos. Medicaid, el programa federal-estatal para la prestación de servicios de salud a los pobres, contempla una variación considerable de la cobertura entre los diversos Estados del país. Con el respaldo financiero y técnico del Centro de Innovaciones, los Estados pueden experimentar y aplicar modelos adaptados a sus necesidades.

China experimenta

La experimentación institucional no se limita a Estados Unidos y otros países de alto ingreso. Históricamente, China también ha experimentado, comenzando generalmente con iniciativas de pequeña escala, en unos pocos de sus aproximadamente 2.800 condados. Su programa insignia de seguro de salud rural, el Nuevo Sistema de Atención Médica Cooperativa (NCMS, por sus siglas en inglés), fue probado en unos pocos condados antes de ser extendido al ámbito nacional en 2003. El sistema NCMS ofrecía esencialmente seguro de salud básico para los residentes rurales, que en gran medida sufragaban por sí mismos los gastos de salud.

En Sudáfrica, el gobierno federal ha alentado proyectos piloto de seguro de salud en 11 de sus 54 distritos, con la intención de adoptar un esquema nacional de seguro para complementar el actual sistema público de centros de salud. Sin embargo, esos proyectos evidenciaron falta de capacidad técnica en los distritos e insuficiente asistencia técnica del gobierno central, y desde su implementación no se ha anunciado ninguna iniciativa importante para implementar el seguro nacional de salud.

Los donantes internacionales pueden cumplir un papel en la promoción de la experimentación a nivel subnacional. Por ejemplo, el Banco Mundial y GIZ, la agencia alemana de cooperación para el desarrollo, brindaron un importante apoyo técnico al sistema RSBY de India. El Banco Mundial otorga préstamos a los gobiernos estatales y provinciales, por montos que en 2008 oscilaron entre 10% de sus préstamos totales al país, en el caso de México, y más del 60% en países como India y Pakistán (Banco Mundial, 2009). Pero esas operaciones exigen una garantía soberana, que puede o no facilitar la innovación en las entidades subnacionales con capacidad

de pago del servicio de la deuda. Los gobiernos subnacionales son teóricamente elegibles, pero rara vez han recibido donaciones de asociaciones público-privadas tales como el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria y GAVI, una alianza que procura promover la salud pública subsidiando la vacunación y la inmunización. Si quienes proveen fondos para la salud mundial prestan más atención a los gobiernos subnacionales, con enfoques más creativos se podrían lograr mayores avances en aspectos sanitarios.

Dado el creciente carácter local de los sistemas de salud, debería modificarse la manera en que las autoridades nacionales e internacionales encaran temas como el financiamiento, las transferencias fiscales y las políticas de pagos y prestaciones. Como mínimo, correspondería dedicar más atención a la forma en que los gobiernos subnacionales gastan en salud y a los mecanismos posibles para transmitir los incentivos por desempeño desde los gobiernos centrales a los Estados.

La promesa de un mayor poder local en materia de salud solo puede hacerse realidad si se armonizan las políticas a todos los niveles para un mejor funcionamiento del sistema sanitario. ■

Victoria Fan es Profesora Asistente de la Universidad de Hawái en Manoa e investigadora del Centro para el Desarrollo Mundial, y Amanda Glassman es Directora de Política de Salud Mundial del Centro para el Desarrollo Mundial.

Referencias:

- Banco Mundial, 2009, "World Bank Engagement at the State Level: The Cases of Brazil, India, Nigeria, and Russia", *Independent Evaluation Group Report* (Washington).
- Cheng, Tsung-Mei, 2013, "Explaining Shanghai's Health Care Reforms, Successes, and Challenges", *Health Affairs*, vol. 32, No. 12, págs. 2199–204.
- Fan, Victoria, y William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence", *Social Science and Medicine*, vol. 105 (marzo), págs. 112–21.
- Gertler, Paul, y Christel Vermeersch, 2013, "Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes", NBER Working Paper No. 19046 (Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli y Sebastián Martínez, 2014, "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer", *World Bank Policy Research Working Paper 6884* (Washington).
- Guerrero, Ramiro, Sergio Prada, Dov Chernichovsky y Juan Urriago, 2014, "La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública", *PROESA Report* (Cali, Colombia: Universidad Icesi).
- La Forgia, Gerard, y Somil Nagpal, 2012, "Government-Sponsored Health Insurance in India: Are You Covered?", *World Bank Policy Note 72238* (Washington).
- Langevin, Mark S., 2012, *Brazil's Healthcare System: Towards Reform?* (Washington: BrazilWorks).
- Lozano, Rafael, et al., 2006, "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage", *The Lancet*, vol. 368, No. 9548, págs. 1729–41.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2011, "Non-Communicable Diseases in the Americas: Cost-Effective Interventions for Prevention and Control", *Issue Brief* (Washington).
- Roberts, Dexter, 2012, "China May Finally Let Its People Move More Freely", *Business Week*, 15 de marzo.