Ediciones Especiales 2

Guía básica de política: Toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud

Charlotte Leighton, Ph.D.
Colaboración para la Reforma de la Salud y
Universidad George Washington
Escuela de Salud Pública y Servicios de Salud

Daniel Maceira, Ph.D.
Colaboración para la Reforma de la Salud

Diciembre de 1999

Esta publicación fue producida por Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud), un proyecto financiado por USAID bajo el contrato No. HRN-C-00-95-00024, en colaboración con la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud, financiada por USAID bajo el contrato No. HRN-5974-C00-5024-00. Las opiniones vertidas en este documento pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente la opinión de USAID.

Índice

Introducción 1
Propósito de la guía básica 3
Perspectivas sobre la equidad 4
Problemas de equidad y políticas de acceso, utilización y financiamiento 6
Elementos clave para definir la equidad 8
Marco para vincular la reforma del sector salud a las políticas de equidad 11
- Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Evaluar la evidencia en base a las condiciones del país 13
- Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Entender la vinculación entre la estructura de provisión y financiamiento del servicio de salud, y la equidad 14
- Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Tomar decisiones de reforma para desarrollar estrategias más equitativas en la provisión y financiamiento del servicio 15
- Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Identificar los resultados que desean obtenerse a partir de políticas más equitativas 17
- Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Monitoreo, evaluación y retroalimentación 17

Decisiones específicas de diseño e implementación 19
- Grupos objetivo y servicios 19
- Financiamiento 19
- Roles del gobierno central y local 22
- Proveedores e incentivos 22
- Incentivos para los grupos objetivo 23

Indicadores para monitorear y evaluar las estrategias de equidad 24
Experiencia en el desarrollo de estrategias operacionales de equidad 26
Bibliografía 28

Introducción

Las reformas en el sector salud que están emprendiendo varios países alrededor del mundo tienen a menudo como metas mejorar la equidad, el acceso, la calidad, la eficiencia y/o financiar la sustentabilidad de los sistemas de salud. La equidad ha sido largamente la base de las políticas de gobierno en el sector salud, especialmente en la región de América Latina y el Caribe (ALC) y ha sustentado todos los enfoques tradicionales bajo cuya inspiración los ministerios de salud (MDS) o la seguridad social proporcionan la utilización de servicios gratuitos al momento de su utilización.

En la región latinoamericana la percepción corriente acerca de las reformas más recientes, que ponen énfasis en la descentralización, la asignación costo-efectiva de los recursos de salud del sector público y las fuentes de financiamiento alternativas para los servicios proporcionados por el sector público, es que éstas pueden comprometer, o ser conflictivas con, las metas de equidad más tradicionales. Éstas y otras reformas de salud -cambiar el rol del Ministerio de Salud, definir paquetes de servicios básicos- han hecho que tanto el entendimiento sobre las cuestiones de equidad, como la evaluación de los efectos probables sobre la misma, se tornen mucho más complejos. Existe muy poca evidencia o guía empírica acerca de cómo obtener equidad mientras se intenta, al mismo tiempo, hacer que el conjunto del sistema privado y público de salud sea más eficiente, costo-efectivo y sustentable.

Navegar en la complejidad de estos temas se torna más complejo aún debido a la amplia gama de países y situaciones del sector salud caracterizados por, a modo de ejemplo, diferentes niveles de gasto en salud, varias combinaciones de proveedores públicos y privados, diversidad en las proporciones de la población bajo la línea de pobreza y diferencias en la distribución geográfica de los servicios de salud. El cuadro 1 ilustra esta variedad entre los países de América Latina.

Esta guía básica propone un marco de referencia para que los hacedores de política en la región de ALC piensen sobre temas de políticas de equidad en el contexto de las actuales iniciativas de reforma del sistema de salud y en relación a otras metas de reforma. En este trabajo se sintetizan decisiones claves para la provisión y financiamiento del servicio de salud para el diseño e implementación de programas que, respondiendo a la cuestión de la equidad, prestan también atención a enfoques de costo-efectividad y a la necesidad de adaptar las políticas de equidad a las circunstancias específicas de los países. La guía también identifica indicadores de equidad que podrían usarse en el monitoreo del progreso de programas de salud y subraya lecciones aprendidas en la experiencia del desarrollo operativo de estrategias de equidad.

Cuadro 1. Las Américas, indicadores básicos (circa 1995)

aís	per capita S	astos totales en salud				Mortalidad infantil		Esperanza de vida	Acceso a atención médica	oblación bajo línea de pobreza	oblación urbana
		como	S I	público	privado	1 año	años				
Estados nidos	,	1 .	,				1	.		n.a.	1.
Canada	1 ,	.	1,	1				.		n.a.	.
ahamas	11,	.	1			1	1	.		n.a.	.
Argentina	,1	.						.		1	.
arbados	,	.	1			1	1	.		n.a.	.
ruguay	,1	1 .	1			1		.			.
Chile	,1	.	1			1	1	.			.
rinidad obago	,	.	1			1	1	.			.1
rasil	,	.						.			.1
México	,	.	1					.			.
enezuela	,	.					1	.			.
anama	,	.				1		.			.
elice	,	.	1					.		n.a.	.
Costa ica	, 1	.				1	1	.			.
erú	, 1	.	1	1				.			.
Colombia	1, 1	.	1					1.			.
araguay	1,	.						.		1	.
El Salvador	1, 1	.	1					.			.
amaica	1, 1	.			1	1		.			.1
epública											
Dominicana	1,	.						1.	1		.
Ecuador	1,	.1	1					.	1		1.
uatemala	1,	.				1	1	.			.
Cuba	1,1	.	1		1	1	1	.1		n.a.	.1
olivia		.					1	1.			.1
onduras		.			1			.			.
uyana		.			1			.		n.a.	.1
Nicaragua		.						.			.
aiti		.					1 1	.			.

uente S (1 , 1 y 1).

Propósito de la guía básica

El propósito de la guía básica es proporcionar a los hacedores de política un mapa de ruta para estos temas, antes que discutir alguno de sus componentes particulares en profundidad o de proponer una solución única. Como un mapa de ruta, la guía sugiere un marco, preguntas, pasos y opciones que, quienes hacen e implementan políticas, podrían usar para asegurarse que las políticas de reforma sean equitativas o tengan un impacto equitativo . No se ofrece, sin embargo, una guía operativa detallada que pudiera usarse para evaluar el impacto sobre la equidad de todas las reformas específicas que tienen lugar en la América Latina, tales como el establecimiento o refinamiento de un fondo de seguro de salud público o privado, o el cambio en las formas de pago a los hospitales, o el afinamiento en los procesos de descentralización de los servicios de salud del sector público. Dada la multiplicidad de los actuales enfoques sobre reforma de salud, la complejidad de las situaciones en cada país y la falta de claridad en el mundo sobre el tema de la equidad , el enfoque de mapa de ruta se ha diseñado como un primer paso en el proceso de cubrir una brecha e intentar contribuir al desarrollo de políticas de equidad más especificas y efectivas que se adecuen a las circunstancias de los países latinoamericanos.

En general, esta guía básica se preocupa por las políticas equitativas en el contexto de la reforma de la salud, es decir, por políticas que podrían producir resultados más equitativos en la provisión y financiamiento del servicio de salud. La guía también se preocupa por el modo en que las condiciones de los países y las políticas de reforma afectan la equidad específicamente entre los pobres, aunque también hace referencia a otros grupos focalizados (ej. individuos de alto riesgo, niños, mujeres). A menudo, en las discusiones sobre políticas tanto en la región como en otros países del mundo, el término equidad o política de equidad se utiliza principalmente para denominar políticas y prácticas destinadas a asegurar la equidad para los pobres y la necesidad de garantizar que las familias más pobres no sean excluidas del sistema de salud ya sea porque no pueden afrontar el gasto o porque carecen de acceso a servicios de salud.

Esta guía, entonces, se enfoca en los pobres, ya que este grupo es central en la preocupación por la equidad en el sector salud en muchos países, y porque los pobres son a menudo el grupo más populoso entre los desfavorecidos. Adicionalmente, la equidad para los pobres en el contexto de las presentes reformas en el sector salud ha ocasionado algunas de las mayores controversias, y se presenta como uno de los desafíos más importantes en relación a otras reformas del sistema que tienen por objetivo aumentar la eficiencia y la sustentabilidad financiera en los servicios privados y públicos del sector.

Perspectivas sobre la equidad

La equidad en el sector salud tiene muchas caras diferentes. A algunos hacedores de política les preocupa más que las unidades familiares rurales tengan menos acceso a los cuidados sanitarios básicos y a la atención hospitalaria que las unidades familiares urbanas. Muchos proveedores de salud se interesan por las diferencias en el status de salud de los niños o de los adultos, o por las altas tasas de mortalidad que enfrentan las mujeres desde su nacimiento. tros se preocupan mucho más, y de manera frecuente, para que los más pobres tengan mayor acceso a la atención de la salud, puedan costearse los servicios disponibles y tengan menor probabilidad de contraer problemas básicos de salud que sean posibles de prevenir. En esta línea, también se plantean temas sobre factores externos al sector salud que afectan a los pobres, tales como el ingreso monetario, la educación, la nutrición, el agua y las condiciones de higiene.

Los economistas a menudo señalan los aspectos equitativos de formas alternativas de generar fondos para la atención de la salud, indicando las diferencias entre varios métodos impositivos, de seguridad social, seguros privados y otros modos de compartir el riesgo y de desembolsos directos. El *staff* del Ministerio de Economía y los organismos internacionales de préstamo, interesados con la eficiencia y la efectividad en los gastos del Ministerio de Salud, generalmente se concentran en la necesidad de asegurar modos costo-efectivos de provisión para los pobres y otros grupos focalizados, más que en proporcionar atención gratuita para todos con independencia de su capacidad pago.

Los ejecutivos de las compañías aseguradoras, confrontados con las desigualdades en el status de la salud, se esfuerzan por afiliar a pacientes más jóvenes y saludables en los planes grupales y sistemas de atención, establecen períodos de espera para sus afiliados y construyen sistemas complejos de primas, deducciones y co-pagos, con el propósito de reducir sus riesgos y costos. or otra parte, los hacedores de política en los ministerios de salud pueden preocuparse de que tales requisitos de la seguridad privada no generen iniquidades mayores en el financiamiento y acceso entre aquellas unidades familiares con y sin cobertura, siendo éstas últimas por lo general las más pobres y sin participación en el sector formal de empleo remunerado. En esta dirección, puede existir la preocupación de que tales características provoquen problemas de equidad aún más complejos para el sector público que es el último recurso para quienes no tienen cobertura los más pobres y los miembros más enfermos de la población.

tras perspectivas sobre la equidad en el sector salud se basan en las diferencias que se perciben entre la atención sanitaria proporcionada por proveedores públicos y privados. Los funcionarios de los ministerios de salud se interesan frecuentemente por la existencia de dos tipos de atención uno, el de los pacientes más pobres, que utilizan los servicios públicos de salud, que son gratuitos, y otro de los pacientes que pueden pagar por la atención ofrecida por los proveedores privados. Este grupo sabe que los ingresos más altos le permiten a los proveedores privados ofrecer mejor atención, en tanto que los presupuestos ajustados del sector público dejan a los MDS con servicios superpoblados y con largos tiempos de espera, *stocks* deficitarios de medicamentos, sub-equipamiento y necesidad constante de reparaciones.

Los ministerios pueden también preocuparse de que, cuando la calidad de atención es baja en los servicios públicos, incluso los más pobres desechan la atención gratuita de baja calidad para buscar -y pagar por- atención sanitaria privada. Este sector también gasta importantes sumas en medicamentos en farmacias privadas. n resultado de este fenómeno, especialmente en los países más pobres, es que la gente de menores recursos termina por lo general gastando proporciones más altas del presupuesto familiar en atención sanitaria (ej. 1 -1 por ciento) de las que efectivamente gastan las personas con mayores recursos (ej. - por ciento). La baja calidad en los servicios de salud del sector público afecta de este modo la equidad para los pobres no solo porque los pacientes públicos sean personas de bajos ingresos, sino también porque fuerza a las familias más pobres a elegir entre gastar proporciones importantes de sus ingresos en servicios de salud o a renunciar completamente a la atención sanitaria y a la medicación.

Algunos analistas se centran principalmente en indicadores generales de equidad a nivel de los países y ponen énfasis en indicadores estadísticos (ej. curvas de ingreso, coeficientes de ini) que evalúan las diferencias en el status de la salud de distintos grupos socioeconómicos y la cuestión de quién paga por, y recibe los beneficios de, la atención de la salud. Estos estudios a nivel macro pueden ser útiles en los esfuerzos de reforma del sector salud como un modo de determinar la situación presente y de identificar si puede necesitarse el emprendimiento de nuevas opciones programáticas o de financiamiento para mejorar la equidad en el acceso y/o financiamiento. ambién pueden emplearse para monitorear el impacto de las reformas de financiamiento y de los programas sobre equidad distributiva en servicios de salud.

tros analistas estudian temas más específicos con énfasis en investigaciones sobre estructuras de ingreso de la población usuaria de servicios de salud. Estos estudios a nivel más micro a menudo evalúan la efectividad de mecanismos focalizados alternativos para mitigar las barreras financieras en la utilización del servicio de salud y otros métodos para proteger a los pobres y a otros grupos desprotegidos (niños, madres, ancianos, etc.)

No existe una vara común para medir o evaluar estas dimensiones de equidad. Los temas vinculados a las variaciones en el status de la salud, las condiciones de enfermedad, la utilización de los servicios de salud, el ingreso de quién está pagando y beneficiándose de los servicios privados y públicos de salud, son todos aspectos importantes del problema de la equidad que enfrentan los hacedores de política. tales problemas son más o menos prominentes dependiendo de la estructura del sistema de salud del país.

Estos ejemplos también sirven para ilustrar que existen presiones en pugna incluso dentro de las propias metas de equidad. Definir las metas de equidad y establecer un consenso viable acerca de lo que constituye una política equitativa depende de los valores y normas de una sociedad. anto la definición como el logro de las metas de equidad involucran un equilibrio de intereses entre diferentes grupos geográficos, demográficos, de ingresos, comerciales y de proveedores del servicio de salud. Debido a estas características, definir y obtener metas de equidad es centralmente un proceso político que requiere liderazgo y capacidad de negociación, así como sistemas de compromiso sobre las diferencias de opinión e intereses.

Problemas de equidad y políticas de acceso, utilización y financiamiento

El cuadro sintetiza los problemas de equidad típicos de varios grupos poblacionales que se consideran comúnmente en situación de desigualdad o desventaja con respecto al status de salud y al sistema de servicios de salud. Muchos hacedores de política preocupados con la equidad toman centralmente en consideración los temas que enfrentan estos grupos, vinculados al acceso, utilización y financiamiento de los servicios de salud. ara remediar el problema de la equidad, algunas políticas de los países se esfuerzan por obtener acceso geográfico equitativo para todos (ej. dentro de un radio de m. alrededor de los domicilios), igualdad en la utilización a través de diferentes grupos de ingreso, o igual calidad de tratamiento para todos los pacientes. tras políticas a nivel de los países se proponen gastar, en términos relativos, más dólares en salud para los pobres, o más en los grupos de alto riesgo o grupos vulnerables , o más en servicios costo-efectivos que benefician al bien público. tros, finalmente, buscan salud para todos o atención gratuita para todos como la meta de equidad principal.

Cuadro 2. Problemas de equidad comunes en diferentes grupos poblacionales

rupos focalizados tipicos	roblemas comunes de equidad		
	Acceso	tilización	inanciamiento
ngreso los más pobres Status sanitario los más enfermos Edad niños, ancianos énero mujeres esidencia rural	No tienen acceso a atención sanitaria que cubra sus necesidades	san menos servicios de los que necesitan	Costos monetarios y no monetarios pagos de bolsillo primas de seguro transporte, espera por atención y barreras a los medicamentos a utilizar en la atención requerida
rupos superpuestos Mujeres pobres y niños ersonas ancianas en medios rurales ersonas pobres con enfermedades crónicas	Menos servicios disponibles que en el caso de sus contrapartes en otros grupos	san menos servicios que sus contrapartes en otros grupos	Los costos de la atención en salud absorben proporciones más altas del ingreso que sus contrapartes en otros grupos

aramente, sin embargo, tales metas de equidad se especifican claramente en los documentos oficiales y se ponen a disposición de todos los trabajadores de la salud y al público en general. A menudo, una afirmación única en la ley, decreto ministerial o pronunciamiento de los funcionarios públicos sirve como la política explícita principal de un país acerca de la equidad en el sector salud, tal como odo el pueblo tiene derecho a la salud , o odas las familias deben tener acceso a un servicio de salud barato y de calidad , o Los servicios del sector público se proveerán gratis a los pobres . Algunos países van más allá

de estas afirmaciones y especifican, quizás en regulaciones o guías operacionales de los ministerios, criterios para identificar acceso equitativo , igual calidad , o los pobres .

En la mayoría de los casos, sin embargo, en América Latina y en otras partes del mundo, la política de equidad para la salud de un país está contenida implícitamente en un amplio espectro de políticas y regulaciones que afectan el acceso, calidad, utilización y financiamiento de los servicios de salud. Este punto es verdad incluso en países latinoamericanos y otras regiones del globo que se han apoyado en una estrategia de equidad amplia y única la provisión de servicios de salud públicos gratuitos al momento de su utilización. sualmente, esta estrategia se basa en el supuesto de que, al menos mínimamente, todos los habitantes de un país, con independencia del ingreso, estado de salud y otros criterios, tendrán acceso financiero (equitativo) a los mismos servicios de salud.

no de los puntos principales que esta guía básica busca ilustrar es que la mayoría de las políticas y prácticas en el sector salud tienen un efecto en o implicancias sobre la equidad. La simple mención de que los servicios de salud deben ser públicos gratuitos al momento de su utilización no servirá para asegurar un acceso equitativo a la calidad de atención para los pobres u otros grupos focalizados en posiciones de desventaja. esulta importante, como se muestra en secciones subsecuentes de esta guía, evaluar el impacto sobre la equidad de un conjunto vasto de políticas y prácticas en el sector salud, para examinar si son internamente consistentes y si producen o refuerzan incentivos conflictivos para los proveedores, consumidores y otros grupos que participan en el sistema.

Elementos clave para definir la equidad

ara diferenciar las diferentes perspectivas y prácticas vinculadas a la equidad resulta útil pensarla en dos dimensiones una horizontal (de qué modo la gente es igual) y otra vertical (de qué modo la gente es diferente). Los hacedores de política que se preocupan más por la equidad de acceso y utilización tienden a concentrarse en la dimensión horizontal, es decir, en obtener igual acceso de acuerdo a las necesidades . En otras palabras, las personas con las mismas necesidades de salud deberían tener el mismo acceso y recibir igual tratamiento. El supuesto aquí es que si esta dimensión de la equidad se lograra, el sector salud estaría desempeñando su rol de reducir las desigualdades del sistema. or su parte, aquellos interesados en la equidad en el financiamiento tienden a centrarse en la dimensión vertical, servicios financiados de acuerdo a la capacidad de pago , es decir, que las personas con diferente capacidad de pago deberían hacer, correspondientemente, pagos diferenciales. La figura 1 ilustra este concepto.

Figura 1. Dos dimensiones de la equidad en el sector salud



uienes han usado este enfoque tienden a acordar que el acceso igualitario a los servicios de salud de acuerdo a la necesidad y financiado de acuerdo a la habilidad de pago es un buen punto de partida para definir la equidad en el sector salud. Este punto de partida debe tomarse como una definición central para establecer criterios mínimos contenidos en una política equitativa.

Con respecto a la dimensión de acceso (horizontal) una definición más expandida podría ir más allá de la simple disponibilidad de los servicios de salud para incluir referencias a la *utilización* igualitaria de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades. ajo esta definición más amplia,

para que una política mejore la equidad podría buscar, por ejemplo, desarrollar intervenciones que cierren la brecha entre las unidades familiares más ricas y las más pobres (u otros grupos focalizados) en la utilización de servicios de salud. El énfasis en la brecha de utilización podría asociarse con intervenciones activas y de amplio alcance para mejorar el status de salud de los grupos focalizados, por contraposición a una política más pasiva que asegure, meramente, que hay disponibilidad de servicios. tras definiciones más expansivas del acceso equitativo podrían incluir la noción de igual acceso a igual calidad de la atención en salud , o la proveer igualdad de tratamiento para todos . ales definiciones podrían adoptarse bajo el reconocimiento de que se necesita dar solución a los desequilibrios en la calidad de la atención, con el objeto de mejorar la efectividad y, consecuentemente, el status sanitario.

Con respecto a la dimensión de financiamiento (vertical) de la equidad, la definición mínima no distingue entre (1) los desembolsos que se efectúan en el momento de la utilización de los servicios de salud (ej. a través de aportes, o co-pagos para servicios, o para medicamentos) y ( ) los desembolsos que se hacen por adelantado (ej. por medio de impuestos que financian los servicios de salud del sector público, primas de seguros, y otros arreglos pre-pagos). Como mínimo, la base de la equidad en el financiamiento se refiere usualmente a la capacidad de pago *al momento de la utilización.* Las políticas de atención gratuita que se han adoptado en los servicios proporcionados por el sector público que muchos países de América Latina, frica, Asia, Cercano riente y Europa, constituyen ejemplos comunes de políticas que reflejan esta noción mínima. La provisión de atención gratuita al momento de su utilización es también, administrativamente, el modo más simple de tomar en cuenta la capacidad de pago y de asegurarse de que los aportes no constituyan un obstáculo para la utilización de los servicios requeridos. Maneras más complejas de considerar la capacidad de pago en el momento de la utilización podrían incluir el cambio de las escalas de aportes acorde con el ingreso, liberación o eximiciones en los aportes, o subsidios para co-pagos.

ncluso las definiciones más complejas y expansivas de la equidad en el financiamiento deberían asociarse a políticas que tomen en cuenta todos los pagos que la realiza para la atención en salud, incluyendo los aportes por servicios y co-pagos (o la inexistencia de los mismos), las primas de las aseguradoras privadas o los seguros basados en el empleo, las contribuciones de esquemas pre-pagos, las contribuciones a la seguridad social y los impuestos generales que financian los servicios de salud del sector público. ajo esta concepción más amplia sobre el financiamiento, un país podría tratar de garantizar la equidad de acuerdo a la capacidad de pago por medio de una política de atención gratis en el momento de su utilización , combinada con el financiamiento a través de una estructura impositiva progresiva que demande mayores tasas impositivas a los niveles más altos de ingreso. En estos casos, la definición de los requisitos para hacer que la política de financiamiento de la salud sea más equitativa en un país determinado se extiende al análisis acerca de cuán progresiva es su estructura impositiva, cuán equitativamente se distribuyen el empleo y los beneficios de los seguros de salud, qué proporción del ingreso total de las unidades familiares se gasta en salud en diferentes grupos socioeconómicos, y/u otras maneras más elaboradas de evaluar si las personas están pagando por servicios de salud preventivos y curativos proporcionales a su capacidad de pago.

El cuadro ilustra de qué modo estas dimensiones horizontales y verticales de la equidad en el financiamiento y provisión de la atención sanitaria podrían aplicarse en la definición de temas de equidad para los pobres. La celda número (acceso combinado a los servicios para personas con las mismas necesidades de salud, pero con diferente capacidad de pago) ilustra los ejes básicos de equidad más comunes y que se aplican con mayor frecuencia en los diferentes países. Los hacedores de política le prestan menor atención a la celda número , que da cuenta de diferentes necesidades de salud entre los pobres (personas con la misma capacidad de pago).

Las celdas número 1 y ilustran temas que podrían ser más importantes en algunos países que en otros. En la celda número 1, el eje se centra en la equidad entre los pobres, esto es,

Cuadro 3. Elementos clave para definir temas de equidad en el sector salud: Temas de política ilustrativos para los pobres

	Necesidades de salud iguales (ema de equidad horizontal odas las personas con las mismas necesidades de salud comparadas entre ellas)	**Necesidades de salud diferentes** (ema de equidad vertical ente con necesidades individuales de salud comparadas con otras necesidades individuales)
Capacidad de pago igual (ema de la equidad horizontal odas las personas pobres comparadas entre ellas)	I Existe cobertura total para los pobres, para necesidades focalizadas, ej. inmunización, atención obstétrica de emergencia, prevención y tratamiento de /S DA Están todos los pobres efectuando pagos similares por necesidades de atención en salud similares Se están beneficiando todos los pobres de mecanismos que existen para protegerlos contra los costos de la atención sanitaria	Se están atendiendo todas las necesidades individuales de salud de todos los pobres, ej. para las personas pobres con diferentes combinaciones de problemas de salud, infecciosos, crónicos y agudos Están todos los pobres efectuando pagos similares por necesidades de salud similares Están beneficiándose todos los pobres de mecanismos existentes para protegerlos de los costos de la atención sanitaria
Capacidad de pago diferente (ema de equidad vertical ersonas pobres comparadas con personas en mejor situación económica)	Están usando los pobres servicios de salud en la misma medida que otros grupos de ingreso para problemas de salud en común, ej. inmunizaciones, planeamiento familiar, atención a la maternidad, , /S DA Están pagando los pobres proporciones más altas de sus ingresos para la atención en salud que necesitan, en comparación a otros grupos de ingreso	Están siendo atendidos los problemas especiales de salud de los pobres en la misma medida que en el caso de otros grupos de ingreso Ej. en casos de una mayor incidencia de enfermedades infecciosas entre la población pobre debido a condiciones de higiene y/o condiciones de provisión de agua inadecuadas Están los pobres pagando proporciones más altas de sus ingresos para la atención en salud que necesitan, en relación a otros grupos de ingreso

si la mayoría de los pobres tienen un acceso similar, y pagan sumas similares por la atención de la salud. La celda número se concentra en iniquidades que pueden existir tanto en el acceso como en el financiamiento entre los pobres y otros grupos de ingreso.

eneralmente, incluso utilizando las definiciones más razonables, se reconoce que ningún país llegará a lograr la equidad perfecta en su sistema de salud. Las afirmaciones de política que definen las metas de equidad en términos generales sobre el acceso, utilización y/o financiamiento constituyen, sin embargo, lineamientos y objetivos importantes en los que el país intenta trabajar. asar de las afirmaciones de política a la implementación y los resultados requiere decisiones y lineamientos más específicos. La experiencia mundial ha demostrado que la construcción específica de definiciones de políticas para su implementación es una tarea que necesita del análisis del contexto del país y de su sistema de salud como un todo. Ser más específicos sobre la equidad también involucra el establecimiento de lazos con otros objetivos de la reforma en el sector salud para mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia, o la sustentabilidad.

Marco para vincular la reforma del sector salud a las políticas de equidad

Cualquiera sea la definición o las metas de las políticas de equidad de un país, la implementación y evaluación de políticas de equidad en salud demandan el entendimiento de las características del sistema de atención de la salud en su conjunto y de los lazos entre sus numerosos componentes. Esta tarea también requiere el entendimiento del rol que juegan los factores externos al sistema de atención sanitaria, tales como la nutrición, el abastecimiento de agua, la educación, el estilo de vida y las condiciones políticas y socioeconómicas de la población. or ejemplo, las evaluaciones de las condiciones de equidad en el sector salud de un país, o de cuán equitativas son sus políticas de salud, deben ir más allá del análisis de los pagos de los usuarios en la atención sanitaria del sector público, para examinar un conjunto diverso de características del sector salud, tales como la coordinación entre los proveedores públicos y privados de la atención, la descentralización, los acuerdos contractuales y pólizas de seguros y los mecanismos de incentivos para el personal del sistema de salud, de modo que ellos proporcionen una atención de alta calidad dirigida a las personas que utilizan esos servicios.

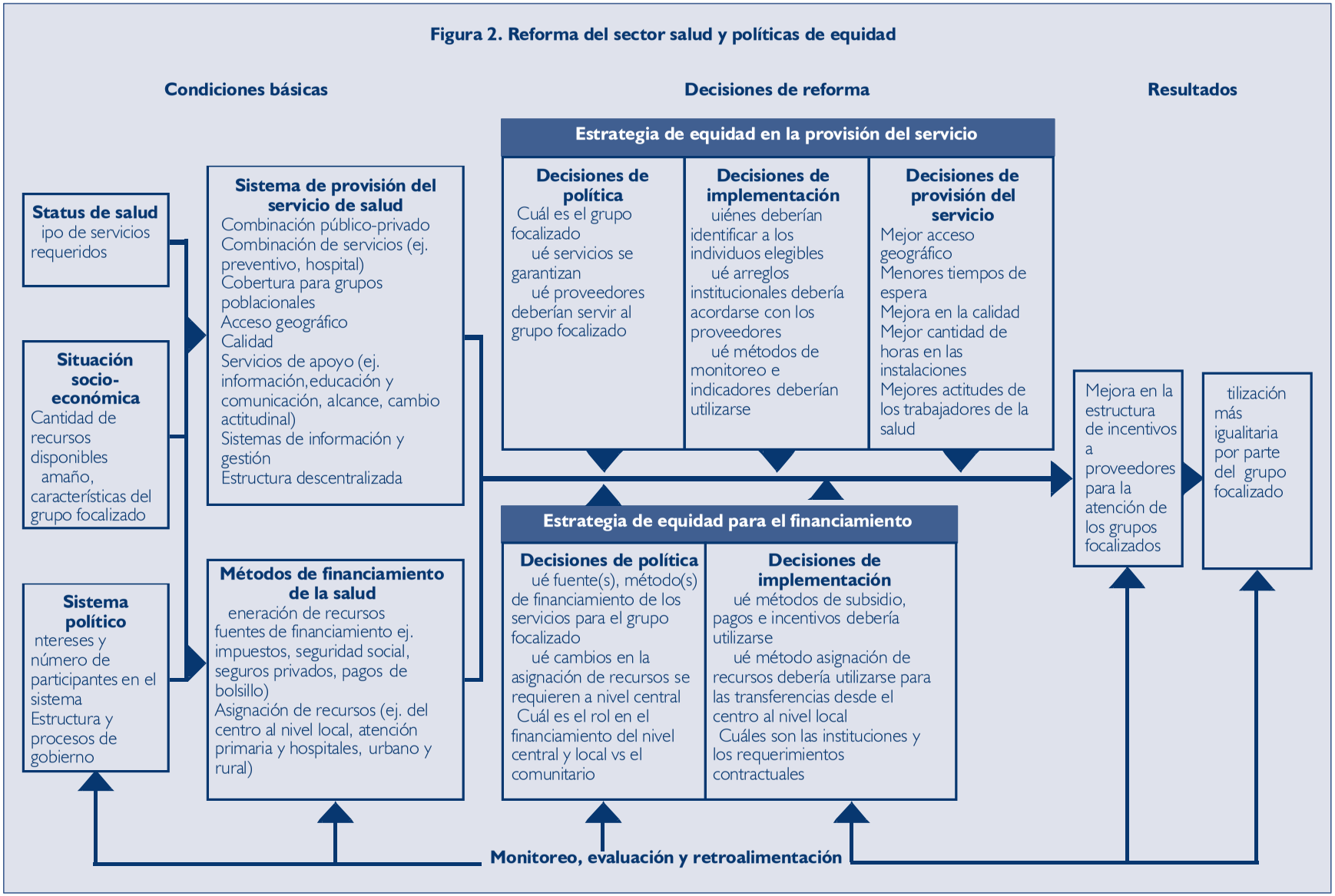
Del mismo modo, las decisiones que se toman sin apuntar centralmente a causas de equidad sino, por ejemplo, a mejorar el crecimiento económico tienen también un impacto en la mejora (o no) de la situación de la salud de los pobres y otros grupos desfavorecidos. Entre estas medidas de política que mejoran indirectamente los indicadores de salud de la población se encuentran una educación más abarcativa de las mujeres, la extensión de las redes de caminos o del sistema de agua potable, o inmunizaciones masivas para enfermedades infecciosas. De esta forma, virtualmente todas las decisiones e iniciativas de la reforma del sector salud que pueden estar emprendiendo los países, involucran un componente de equidad, y la política de equidad de un país tiene que vincularse integralmente con otras iniciativas de reforma.

La figura ilustra estas interrelaciones y coloca a la equidad en el contexto más amplio de la reforma sanitaria y de la situación específica de un país. Allí se muestra cómo, bajo condiciones específicas en un país dado, el flujo de decisiones, el cambio de los mecanismos de incentivos y de la tasa de utilización, monitoreo, evaluación de los servicios y la retroalimentación entre los resultados de política y la definición de metas futuras, pueden conducir a resultados más equitativos (en este ejemplo utilización más equitativa por parte del grupo focalizado).

Como lo indica la figura , ciertas condiciones (en la parte izquierda del cuadro) -el status sanitario, la situación económica y el sistema político de un país- crean los parámetros básicos para la provisión y el financiamiento de los servicios de salud. La evaluación de estas condiciones desde la perspectiva de la equidad (o eficiencia, o calidad, o sustentabilidad) conduce, a menudo, a que un país tome decisiones o emprenda reformas en la estrategia de provisión y financiamiento.

El sector medio de la figura proporciona ejemplos de algunas de estas decisiones clave de diseño de política, implementación y provisión de servicios de salud, para desarrollar una estrategia de reforma que mejore la equidad. La interacción de las estrategias de financiamiento y provisión (señaladas por las flechas verticales en la parte central) crea los resultados indicados en la parte derecha de la figura un resultado intermedio -mejora en la

Figura 2. Reforma del sector salud y políticas de equidad



estructura de incentivos a proveedores para la atención de grupos focalizados- que produce como resultado final una utilización más equitativa por parte del grupo focalizado. En última instancia, se espera que la utilización más equitativa tienda a mejorar el status sanitario del grupo focalizado.

La figura simplifica sensiblemente muchos de los procesos de retroalimentación que realmente tienen lugar en el desarrollo y refinamiento de una política de equidad como parte de la agenda de reforma de la salud en un país. De todos modos, está diseñado para mostrar los principales elementos del proceso, así como las decisiones que deben tenerse en cuenta para producir los resultados que el diseño de la política espera alcanzar. En la sección siguiente se realiza una descripción de cómo funciona ese proceso.

Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Evaluar la evidencia en base a las condiciones del país

Ninguna política de equidad puede generalizarse para todos los países. Cada país tiene una configuración particular en sus condiciones políticas, económicas y de salud que determinan qué tipo de mejoras en la equidad pueden necesitarse y qué tipo de políticas de equidad y estrategias de implementación pueden ser aceptables y sustentables. La información en el recuadro 1 ilustra descubrimientos típicos vinculados a la equidad en los sectores de salud de la región latinoamericana, junto a sugerencias sobre el espectro de causas posibles por las que los hacedores de política podrían requerir análisis adicionales al desarrollar políticas para alcanzar resultados equitativos.

or ejemplo, la configuración del status sanitario entre varios grupos poblacionales y su distribución geográfica determina la naturaleza de los servicios de salud requeridos por la población en su conjunto, así como por el grupo focalizado. La situación socioeconómica del país proporciona las posibilidades y las limitaciones de los recursos disponibles para abordar el problema de la equidad. El caso de los pobres, las condiciones socioeconómicas determinan también, y de un modo directo, el tamaño y características del grupo focalizado. na tercera condición clave para determinar la política de equidad en salud de un país es el sistema político, su estructura de gobierno, los roles y responsabilidades del ministerio de salud, los procesos de toma de decisiones, y el número y naturaleza de los participantes y grupos de interés del sistema que pueden estar involucrados en la política de equidad. El sistema político y de gobierno también afecta el grado de complejidad que asumirá el proceso de construcción de consenso.

Como lo muestra la figura , varios elementos en la provisión del servicio de salud y en los métodos de financiamiento y asignación de recursos también afectan los tipos de reforma requeridas y las clases de reformas que serían efectivas. Algunos componentes clave de la provisión del servicio que los hacedores de política deben tomar en cuenta son la combinación privada y pública en la provisión de servicios, la cobertura de los grupos poblacionales, la calidad, y la estructura de la descentralización. Los aspectos importantes del financiamiento que deben considerarse incluyen las fuentes principales de fondos para la atención de la salud (ej. impuestos, fondos de seguridad social, ingresos locales) y la asignación de fondos para diferentes tipos y niveles de servicios.

or ejemplo, el rol y la distribución de los proveedores privados en varios países de América Latina ilustra de qué modo diferentes combinaciones entre el financiamiento y provisión pública y privada de los servicios de salud pueden afectar la equidad. rganizaciones no gubernamentales como la unta de eneficencia de uayaquil, en Ecuador, o la estructura de la Misión en Surinam, constituyen ejemplos de cómo los proveedores privados pueden ayudar a cubrir a los pobres en aquellas áreas donde el sector público no tiene suficientes instalaciones. ajo un marco diferente, los acuerdos contractuales entre los institutos de Seguridad Social y los proveedores privados en Argentina y ruguay le han permitido a los institutos extender el acceso a sus afiliados.

Recuadro 1. Equidad, acceso, calidad de la atención y elección del proveedor por parte del paciente

Numerosos estudios en América Latina y el Caribe (ej. olivia, El Salvador, uatemala, amaica, Nicaragua, araguay, erú) muestran que las poblaciones urbanas, dado el mismo nivel de ingreso, exhiben mayores tasas de consulta que las rurales. De igual modo, los grupos de mayores ingresos tienen coberturas más altas que los grupos de ingresos menores. Estos descubrimientos contribuyen a la percepción de que los sistemas de atención de la salud de la región no son equitativos.

n estudio reciente en cuatro departamentos de uatemala, proporcionó algunos detalles con respecto a este punto. Allí se muestra que entre las personas que reportaban una enfermedad, más del por ciento no buscaba atención en absoluto, cerca del por ciento se automedicaba, el por ciento prefería utilizar curanderas y medicina tradicional y solo el l por ciento acudía a una instalación de atención sanitaria. Dentro del grupo que buscaba atención en instalaciones de salud formales, cerca de dos tercios (por ciento) prefería proveedores privados. En consecuencia, solo el por ciento elegía servicios públicos de salud. El cuadro muestra la desventaja relativa de las poblaciones rurales y urbanas en la utilización de servicios de atención en salud, comparada con sus contrapartes más aventajadas.

uatemala	uintiles	
orcentaje población urbana que busca atención en caso de enfermedad		l
orcentaje población rural que busca atención en caso de enfermedad		

esulta necesaria una investigación más a fondo para identificar las fuentes de esas desigualdades y el porqué de la baja utilización del sector formal de servicios de salud. Entre las posibles causas se encuentran

- ***falta de incenti os a a los consumido es*** que podría mejorar el uso y la efectividad de las instalaciones de salud existentes
- ***falta de acceso f sico*** a los servicios debido a la distancia
- ***dise o deficiente de la est uctu a de a onos a a a o el usua io*** en el sector público
- ***o e ece ción*** de los pacientes por parte de los trabajadores de la salud
- ***a a calidad en la o isión lica*** que lleva a los pacientes de menores recursos a pagar por atención privada, en lugar de utilizar esos fondos para costear sus necesidades básicas.

Cada uno de estos factores podría proporcionar una posible explicación de la iniquidad en el ejemplo de uatemala y en otros casos. Sin embargo, es importante identificar qué causa(s) podrían ser más relevantes, debido a que las políticas requeridas para solucionar cada una de ellas son diferentes.
uente basado en itrán et al. (l)

Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Entender la vinculación entre la estructura de provisión y financiamiento del servicio de salud, y la equidad

El desarrollo de evidencia específica acerca del funcionamiento de la estructura de provisión y financiamiento del servicio en un país es clave para establecer lazos efectivos entre las reformas de equidad y las reformas de salud en general. Las mismas condiciones de provisión del servicio de salud que generan la necesidad de reformar el sistema de salud son, usualmente, aquellas que generan la necesidad de mejorar la equidad. Del mismo modo, las condiciones que generan o resultan en iniquidades, se asocian también con frecuencia a ineficiencias, baja calidad, acceso inadecuado, y situaciones de financiamiento no sustentables. Esta interacción se despliega a través del proceso de reforma en salud. Los cambios en aspectos principales del financiamiento o provisión de servicio que se hacen a través de reformas más amplias tienen implicancias para la situación de equidad del país y cualquier

decisión de equidad debe ser compatible con la reforma de la organización, gestión y financiamiento de la provisión del servicio en el país. El recuadro proporciona una ilustración de esta interacción.

Recuadro 2. Ejemplo sobre los lazos entre la reforma en salud y los cambios en las situaciones de equidad

En muchos países de América Latina, donde los sistemas de salud se caracterizan por una gama de proveedores públicos (MDS), privados y de seguridad social, las reformas que producen mejoras en la calidad (ej. disponibilidad de drogas) o en la eficiencia (ej. menores tiempos de espera, incremento del número de pacientes atendidos por día) de un proveedor público o privado conduciría, probablemente, a que a un mayor número de personas utilicen esta nueva fuente de atención de mayor calidad. Algunos de los nuevos usuarios habrán cambiado fuentes previas de atención, quizás privadas o de seguridad social otras serán personas que nunca con anterioridad habían buscado atención el sector formal de la salud. Estos cambios en los patrones de utilización, consecuentemente, alteran las perspectivas de eficiencia y la sustentabilidad no solo para los proveedores nuevos y más calificados, sino también para aquellos que hubieran perdido pacientes.

Dependiendo del nuevo mapa de utilización de servicios el acceso más equitativo de los pobres al sistema de salud puede mejorar al recibir una atención efectiva en el hospital público o el puesto sanitario, sin necesidad de tener que abonar un precio más alto en una consulta en el sector privado, o una droga más costosa en una farmacia La equidad para los pobres puede también disminuir si el aumento de la calidad depende de un proveedor privado o de seguridad social con precios prohibitivamente altos y no existe un proveedor público de calidad accesible. De modo similar, la equidad del financiamiento puede disminuir si, por ejemplo, los grupos en mejor situación económica optan por dejar de utilizar servicios privados de salud -cuyos precios pueden afrontar- y demandan atención gratuita en el sector público, sin contribuir impositivamente acorde con sus mayores niveles de ingreso.

Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Tomar decisiones de reforma para desarrollar estrategias más equitativas en la provisión y financiamiento del servicio

esulta útil agrupar las decisiones de reforma en la política de equidad en dos grupos aquellas vinculadas a las estrategias de provisión del servicio de salud para aquellos incluidos en el grupo focalizado, y aquellas relacionadas con la estrategia financiera para proveer esos servicios. al como las flechas de la figura indican, estos conjuntos de decisiones interactúan entre sí creando incentivos (o falta de incentivos) para alcanzar resultados equitativos de política. Como se indicó arriba, la evidencia sobre las condiciones existentes en el sistema de provisión y métodos de financiamiento del servicio de salud, determinarán las áreas específicas en las cuáles pueden requerirse decisiones y cambios de políticas.

En general, las decisiones claves sobre la estrategia de provisión del servicio giran alrededor de tres aspectos (1) políticas que determinan el tamaño y la composición del grupo focalizado, ( ) los servicios que ese grupo recibirá bajo la nueva estrategia de equidad, y ( ) las decisiones de implementación sobre detalles relacionados con los criterios de elegibilidad, gestión y arreglos institucionales. Se requieren considerar, asimismo, aquellas decisiones vinculadas con aspectos más generales del sistema de provisión del servicio de salud, tales como el acceso geográfico, la calidad del servicio y las actitudes y motivaciones de los trabajadores de la salud.

Las decisiones clave sobre las estrategias de financiamiento determinan la combinación de las fuentes de recursos a utilizarse y los posibles cambios en los métodos y montos en la asignación de recursos. ambién involucran decisiones sobre detalles de implementación vinculados con subsidios, métodos de pago e incentivos específicos, junto a arreglos institucionales y contractuales.

or ejemplo, los sistemas de seguridad social que proveen servicios de salud por medio de deducciones salariales al sector formal de empleados y trabajadores por cuenta propia constituyen una característica central en los países latinoamericanos. Estos programas generalmente coexisten con servicios de los MDS, los que se financian impositivamente, se encuentran disponibles para la población en general y sirven como una red de contención para las personas que no están cubiertas por la seguridad social. Aunque el grado de independencia-versus-coordinación de estos dos programas varía en la región, existe un rango de opciones a tomar en cuenta de modo tal de trabajar hacia una mayor equidad.

En Costa ica, por ejemplo, la coordinación integrada de responsabilidades de la Caja de Seguridad Social y el sistema público de servicios del MDS ha mejorado muchos aspectos de la equidad en el sector salud (ver el recuadro). Arreglos menos comprehensivos entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social en México y anamá también han permitido a esos países proveer servicios a poblaciones pobres rurales y urbanas respectivamente. La reforma colombiana, basada en la descentralización de los servicios públicos y la adopción de principios de seguro social con compañías privadas, representa otro intento de extender la cobertura de atención de la salud y proveer un acceso más igualitario.

Recuadro 3. Costa Rica: Acceso equitativo en un modelo público integrado

Costa ica es un ejemplo de cómo un país latinoamericano de ingreso medio puede diseñar y gestionar un sistema de atención de salud equitativo y costo-efectivo, con un status de salud comparable a los países de ingresos más altos, y con gastos per cápita de atención en salud de solo el por ciento de los de Estados nidos (A , I).

El proceso de reforma en Costa ica se extendió durante varias décadas. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), fue creada en I para proporcionar cobertura a los trabajadores formales urbanos. En los años siguientes, el CCSS expandió sus servicios e incrementó su coordinación con el Ministerio de Salud. En I , El rimer lan Nacional de Salud redefinió las funciones de cada institución el Ministerio de Salud se transformó en el responsable por la atención preventiva para la población en su conjunto, mientras que al CCSS se le asignó la responsabilidad sobre todos los servicios curativos para toda la población. La política proporcionaba cobertura universal para la atención preventiva y curativa -gratuita al momento de la utilización de los servicios- por medio de la coordinación de programas públicos y de seguridad social, junto a la incorporación del gerenciamiento de la infraestructura de agua potable y cloacas como parte de la estrategia de atención de la salud. Esta nueva organización de la provisión de los servicios de salud tuvo un impacto importante sobre la equidad.

or ejemplo, en I la ed Nacional de ospitales proporcionaba atención al por ciento de la población, incrementando de este modo el acceso a una porción substancial de las unidades familiares del país. Adicionalmente, la política de integración y coordinación del sector público y de seguridad social resultó en una distribución de los beneficios en favor de los pobres (Sauma, I). Así, sobre una base per cápita, el por ciento del subsidio gubernamental se destinaba al quintil de los más pobres y el I por ciento al segundo quintil más pobre. Menos del por ciento del subsidio iba al I por ciento más rico de la población.

Tendencias en el sistema y status de la salud en Costa Rica: 1950-1990.

ndicador	
Esperanza de vida	
asa de mortalidad infantil	I I
astos en salud pública per cápita (S I)	. . . I I
astos en salud pública como del	. . . . .
Atención profesional en los partos ( )	I
oblación con seguro de salud ( )	I n.a.
oblación con agua potable ( )	
oblación con agua potable ( )	

uentes endel y rejos, I Sauma, I .

Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Identificar los resultados que desean obtenerse a partir de políticas más equitativas

Como se muestra en la figura , el resultado buscado por la política de equidad es aumentar la utilización de los servicios de salud entre los pobres , para posicionar esta utilización en concordancia relativa con los niveles evidenciados en el resto de la población. Estos servicios de salud podrían constituir un paquete de cuidados esenciales, atención preventiva selectiva, o una combinación de atención primaria y hospitalaria, dependiendo de las prioridades de un país y de otras necesidades particulares no satisfechas entre el grupo focalizado en ese país.

or lo general, uno de los resultados intermedios clave necesarios para alcanzar una utilización más equitativa es, como sugiere la figura , un cambio en los incentivos. n país que busca incrementar la utilización de sus servicios de salud necesita usualmente cambiar los incentivos para motivar a los proveedores a proporcionar servicios a los grupos de bajos ingresos que buscan satisfacer sus necesidades de atención. gualmente importante es diseñar incentivos para motivar a los grupos de menores recursos a usar los servicios de salud, reduciendo los obstáculos que éstos enfrentan. Los incentivos ofrecidos a los proveedores privados pueden servir para promover el uso de aquellos que pueden costear sus precios, o bien para servir a los pacientes más pobres bajo varias formas de subsidios gubernamentales, al mismo tiempo que se reserva la mayor parte de los fondos públicos para mejorar la calidad de atención, remover obstáculos y extender el acceso a quiénes no pueden afrontar pagos de bolsillo. Como se indicó arriba, se requiere una variedad de decisiones sobre las reformas en el sistema de provisión y financiamiento del servicio para producir la transformación en la estructura de los incentivos. La información del recuadro proporciona un ejemplo de cómo la reforma chilena alteró la combinación público-privada, a través de incentivos a proveedores y consumidores en la prestación de servicios.

Pasos en el proceso de decisión para la equidad: Monitoreo, evaluación y retroalimentación

Como en cualquier política de reforma, el monitoreo y la evaluación son claves para conocer si la política está obteniendo los resultados deseados y asegurando la implementación efectiva y el subsecuente éxito de la estrategia. Como lo indica la figura , la información proporcionada por el sistema de monitoreo y evaluación puede utilizarse para poner al día componentes específicos, tanto de las estrategias de provisión y financiamiento del servicio que constituyen partes de la política de equidad, como de sistemas más amplios de provisión y financiamiento del servicio. Si la estrategia es exitosa, los resultados de la política de equidad probablemente mejorarán el status sanitario y las condiciones socioeconómicas del grupo objetivo. La transformación de las condiciones de equidad van a cambiar, presumiblemente, el alineamiento de los intereses de los participantes del sistema y van a demandar ajustes en las estrategias políticas para mantener el consenso.

Recuadro 4. Chile: Efectividad pública en un sistema dual, público-privado, de salud

Las SA ES, el grupo de compañías privadas de aseguramiento en salud formadas en los ochenta, cubren cerca del treinta por ciento de la población chilena. El afiliado típico es de ingresos medios-altos y entre los l y años. Como muestra la tabla de abajo, el l por ciento del quintil de ingresos más alto y el por ciento del quintil más alto siguiente está enrolado en alguna SA E, y la mayoría de esos afiliados se encuentran debajo de los años. Casi todas las familias en los dos grupos de ingresos más bajos (- por ciento) y casi todas las personas ancianas (por ciento el quintil de ingresos más altos y - por ciento en todas las otras unidades familiares) usan los servicios del sector público. En l , la contribución per cápita a las SA ES era de , casi cuatro veces más alta que el promedio del gasto público per cápita chileno.

De acuerdo a esta información, Chile proporciona un ejemplo de un sistema de atención dual en salud, donde las aseguradoras privadas se llevan la crema del mercado, dejando a un sector público menos financiado a cargo de prestar servicios para los grupos de mayor riesgo de la población. Sin embargo, el Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de asegurar la equidad del sistema y, a pesar de las brechas en las transferencias de fondos entre las municipalidades, los indicadores clave de salud a nivel nacional han mejorado. Entre l y l , la tasa de mortalidad infantil cayó del al l por mil (anco Mundial, l)

Uso de los servicios del sector público y afiliación en aseguradoras privadas (ISAPRES) en Chile: 1994

	Quintiles de ingreso									
Edad	más pobres								más ricos	
	Sector úblico	SA ES	Sector úblico	SA ES	Sector úblico	SA ES	Sector úblico	SA ES	Sector úblico	SA ES
-				l		l	l			
l -				l		l				
l -						l	l	l	l	
		l								
otal				l						l

uente Larrañaga (l).

Decisiones específicas de diseño e implementación

El cuadro identifica en más detalle aquellas decisiones claves que los ministerios han tenido que tomar al diseñar una estrategia operativa de equidad y el programa para su implementación. A modo ilustrativo, el cuadro se concentra en los pobres como el grupo objetivo para el que deben corregirse las iniquidades. Las decisiones incluyen

- *ecisiones de dise o* dentificar al grupo focalizado, los servicios que se proporcionarán, los mecanismos de financiamiento, los proveedores del servicio y el rol de los gobiernos central y local.
- *ecisiones de im lementación* Especificar los criterios de elegibilidad para el grupo objetivo, el proceso para determinar elegibilidad, los incentivos para los proveedores del servicio, y los incentivos al grupo objetivo para que utilice los servicios.

El cuadro también identifica opciones típicas de políticas y programas para cada una de estas decisiones, los temas que deben tomarse en cuenta al decidir entre diferentes opciones, y la información y análisis requeridos para cada caso. Este cuadro se basa en la experiencia de muchos países del mundo que han intentado desarrollar estrategias de equidad específicas. A continuación se ofrece una breve descripción de las principales decisiones de equidad presentados en el cuadro , y que se apoyan en tales experiencias.

Grupos objetivo y servicios

Las decisiones sobre los criterios que identifican quién es pobre deben ajustarse a la noción propia de cada país sobre lo que es justo y equitativo. En el caso especial de la equidad para los pobres, es también importante decidir si el país desea proporcionar políticas focalizadas para todos los pobres o sólo para un sub-conjunto (ej. el quintil de ingresos más bajos). Este punto es especialmente relevante en países donde una gran proporción o más de la mitad de la población está por debajo de la línea de pobreza - l países de la región indicados en el cuadro l caen dentro de este grupo- y allí donde los recursos gubernamentales son escasos. Si el Ministerio de Salud adopta una política de equidad que cubra a la mayoría de la población, puede enfrentar trueques (*t ade offs* en términos de cobertura o calidad que pueda asegurar los servicios para ese grupo. En estos casos, los ministerios pueden asegurar, como mínimo, cobertura para los pobres en los servicios preventivos costo-efectivos (ej. inmunización contra enfermedades infantiles) y/o en servicios que atiendan causas importantes de mortalidad (ej. cuidado obstétrico de emergencia)

Financiamiento

ara que una estrategia de equidad sea efectiva y sustentable, es esencial que los hacedores de política estimen los costos de los servicios a proveer y consideren de qué modo esos servicios serán financiados. Esta decisión debe basarse en la configuración existente de fuentes y métodos de financiamiento para los servicios de salud en el país (ej. seguridad social, seguros privados, presupuesto del Ministerio de Salud, desembolsos de los consumidores). Los criterios principales para realizar esa elección se vinculan a la disponibilidad y sustentabilidad de

Cuadro 4. Decisiones de diseño y opciones para mejorar la equidad en la provisión y financiamiento del servicio de salud: Ilustración para los pobres

Diseño de estrategia			
Decisión de equidad	pciones de política y programas	emas	nformación y análisis requeridos
Grupo Focalizado ué grupo(s) deberían focalizarse uiénes son los pobres que necesitan arantía de acceso por parte del gobierno para la atención de la salud	acientes que, basado en conocimiento local, informal, no pueden pagar oblación con el ingreso más bajo en el percentil (ej. l , ,) oblación bajo el umbral de pobreza oblación residiendo generalmente en áreas pobres (ej. barrios urbanos seleccionados, etc.) oblación con ciertas características demográficas, socio-económicas (ej. analfabetos, mujeres jefe de familia, ancianos)	ué grupo de bajos ingresos tiene las cargas más altas de gastos en salud/problemas de salud ué porción del los pobres focalizados están siendo corrientemente subsidiados Cuál es el tamaño del grupo que puede subsidiarse con los recursos disponibles	Datos nacionales y regionales sobre la utilización de la atención en salud por nivel de ingreso Datos nacionales y regionales sobre el ingreso de las unidades familiares y los gastos en salud Datos nacionales sobre la incidencia de los subsidios Datos nacionales sobre la utilización de la atención de la salud en relación a características demográficas
Servicios A qué servicios debería tener acceso garantizado los pobres	aquete básico de atención de la salud Servicios prioritarios Servicios preventivos Cuidado hospitalario	ué servicios de salud son más costo-efectivos ué servicios de salud son prioritariospara resolver los problemas de salud de los pobres ué servicios de salud presentan las mayores barreras financieras para los pobres	Datos sobre pso de la enfermedad Costos de los servicios erfil epidemiológico de los grupos de menores ingresos atrón de utilización y gasto en el servicio por parte de los pobres para los tipos principales de servicios de salud
Financiamiento Cuál debería ser la fuente de financiamiento en los servicios cubiertos y no cubiertos para los pobres	mpuestos directos (ingresos) mpuestos indirectos (ej. A, impuesto al tabaco, al alcohol, etc.) seguridad social/seguro social Desembolsos directos (ej. contribuciones por los servicios, co-pagos de seguro y/o deducciones Combinación de los anteriores	Cuál es la combinación presente para los servicios de salud Cuáles son los ingresos potencialmente disponibles por cada fuente para financiar a los pobres ué fuentes de financiamiento son más compatibles con las capacidades administrativas disponibles	Cuentas nacionales de salud Datos de encuestas de gastos en salud en hogares pobres, y porcentaje del ingreso representado Cobertura actual alcanzada por los pobres y otros grupos de ingreso por fuente de financiamiento
Proveedores uiénes deberían proveer cobertura de servicios para los pobres	roveedor público Ministerio de salud, centralizado roveedor público gobierno local, autoridad local de salud. roveedor de seguridad social/seguro social roveedor privado con fines de lucro u N Combinación de los anteriores	Cuál es la actual combinación público/privado en el país Cuál es la calidad de proveedores alternativos Cuál es la capacidad potencial de los proveedores públicos para servir a los pobres Cual es la implicancia de la práctica dual público/privado en los servicios prestados por los médicos y/u otros trabajadores de la salud Desean los proveedores privados atender a los pobres	Cuentas nacionales de salud nventarios/encuestas de proveedores públicos y privados atrones de utilización actual por parte de los pobres y los no pobres en el sector público y privado Distribución geográfica de los proveedores y de la población de bajos ingresos
Rol del gobierno central y local Cuál es el rol de los niveles centrales y descentralizados en el inanciamiento y provisión de servicios para los pobres	inanciamiento total a nivel central y provisión por el ministerio de salud inanciamiento total a nivel central y provisión total pública a nivel local inanciamiento total a nivel central sin provisión directa del MDS (ej. contratos con proveedores privados) Combinación de provisión y financiamiento local y central Coordinación inter-institucional (MDS-Seguridad Social)	Cuáles son los roles y la estructura actual de la descentralización Cuáles son los mecanismos actuales de asignación de recursos de salud desde el nivel central al local Cuál es la capacidad financiera y de gestión de las autoridades locales de la salud ué conjuntos de incentivos y pagos se necesitan para servir a los pobres en el contexto de la descentralización	Cuentas nacionales de salud. Leyes impositivas centrales y locales istoria del financiamiento central y local para los servicios de salud Evaluaciones de gestión a nivel local Análisis de la estructura de pagos y financiamiento Entrevistas a los participantes del sistema

Cuadro 4. Decisiones de implementación y opciones para mejorar la equidad en la provisión y finaciamiento del servicio de salud: Ilustración para los pobres

Diseño de estrategia			
Decisión de equidad	pciones de política y programas	emas	nformación y análisis requeridos
Criterio de elegibilidad del grupo objetivo uiénes son los pobres Cómo medir su habilidad de pagar (criterios para controlar sus medios)	ersonas que se autoseleccionan utilizando servicios o bienes gratuitos disponibles ngreso y ganancias ropiedades y/o bienes (ej. tierra, tipo de vivienda, , etc.) Elegibilidad para otros subsidios públicos Criterios informales (ej. apariencia personal, conocimiento comunitario) Status de empleo Mujeres jefe de familia	Cuán exactos son los diferentes modos de testear los ingresos or ejemplo, evitar error tipo (identificar como pobre a quien no lo es) o tipo (no lograr identificar a quien lo es) Cuáles son las complejidades administrativas y las capacidades requeridas por cada método Cuál es el entrenamiento y los requerimientos para el almacenamiento de la información demandados por cada método	Evaluación de las prácticas actuales, utilizando encuestas en unidades familiares o en pacientes dados de alta, y archivos de las instalaciones de salud, con respecto a las contribuciones y eximiciones en el pago de los servicios por parte de los pobres y no pobres Evaluación de otras experiencias de programas de subsidios para los pobres (ej.suplementos alimenticios) Evaluación de la experiencia en otros países
Proceso de elegibilidad uién debería determinar la elegibilidad	Criterios y archivos a nivel central (ej. impuestos al ingreso, elegibilidad para otros servicios sociales) A nivel del gobierno local, utilizando criterios y archivos locales o centrales (ej. propiedad de terrenos, pago de impuestos locales, status de empleo) A nivel de servicios de salud usando criterios promulgados a nivel central o local A nivel de servicios de salud usando la opinión de los trabajadores de la salud o de la comunidad Autoselección (ej. consultas gratuitas en hospitales públicos)	Cuán exactas y accesibles son las fuentes Cuáles son las complejidades administrativas y las capacidades requeridas por cada método Cuál es el entrenamiento y los requerimientos para el almacenamiento de la información demandados por cada método	Evaluación de las prácticas actuales, utilizando encuestas en unidades familiares o en pacientes dados de alta, y archivos de las instalaciones de salud, con respecto a las contribuciones y eximiciones en el pago de los servicios por pobres y no pobres Evaluación de otras experiencias de programas de subsidios para los pobres (ej.suplementos alimenticios) Evaluación de la experiencia en otros países
Incentivos para los proveedores ué arreglos institucionales y financieros debería utilizarse	Subsidios directos para los pobres (ej.vouchers, escalas de contribución decrecientes, liberaciones, eximiciones en el pago de servicios) Subsidios directos por medio de resupuesto anual o local asignados a unidades descentralizadas del MDS o a unidades del gobierno local. Contratos basados en los resultados con proveedores públicos, de seguridad social o privados, basados en licitaciones competitivas o fuente única. Contribuciones monetarias a proveedores (por ejemplo, basadas en número de camas, presupuestos históricos). Asignación de trabajadores de la salud pública a las instalaciones de seguridad social o privadas. Acuerdos informales con los proveedores.Combinación de métodos de pago (ej.asignación de presupuesto, contrato de capitación basado en casos médicos (módulos), pagos por prestación)	Cuál es la manera más costo-efectiva de focalizar el subsidio, dada la stiuación presente del país ué mecanismos de pago proporcionan el mejor incentivo para que los proveedores atiendan a los pobres ué mecanismos incorporan incentivos más efectivos para que los pobres utilicen los servicios ué estructuras son administrativamente más compatibles con los arreglos vigentes para los pacientes no pobres ué capacidad de monitoreo y regulación se necesita	Análisis de costo-efectividad de las experiencias actuales o simulaciones de situaciones posibles Evaluación de la experiencia actual de pago a los proveedores Mapeo de los proveedores públicos y privados y distribución geográfica de la población evisión y evaluación de las experiencias presentes en el país y en otras naciones Costo de los mecanismos de incentivos/subsidios Costos/factibilidad administrativa de las opciones
Incentivos para el grupo objetivo ué incentivos no financieros se requieren para alentar la utilización de los servicios con cobertura por parte de los pobres	Mejor acceso geográfico Menores tiempos de viaje y espera roporcionar servicios móviles de salud enerar incentivos para recibir atención (ej.coordinación con escuela) rovisión de alimentos nformación, educación y difusión Ampliar el horario de atención en los servicios de salud Motivación de los trabajadores	Cuáles son otras barreras importantes para la utilización de los servicios de salud por parte de los pobres, adicionalmente a las barreras financieras	Mapeo de los proveedores públicos y privados y distribución geográfica de la población Encuestas a unidades familiares o pacientes dados de alta Entrevistas a proveedores o informantes expertos

los fondos correspondientes a esas fuentes, junto a la cuestión de cuán equitativa es la combinación de los métodos de financiamiento. Si bien la elección de las fuentes de financiamiento y la proyección de los costos en escenarios alternativos pueden resultar una tarea compleja, es importante revisar cada alternativa de financiamiento y hasta diseñarse nuevas combinaciones que satisfagan las circunstancia particulares y los objetivos de reforma de un país.

Como todo proceso de reforma al implementar políticas de equidad para los pobres y otros grupos objetivo, es importante construir incentivos para la eficiencia y la provisión de una atención costo-efectiva. En general, los incentivos de eficiencia aumentan cuando el método de pago incluye algún riesgo financiero para el proveedor, y cuando el mismo está vinculado con resultados, al tiempo que permita flexibilidad en la utilización de los recursos.

Roles del gobierno central y local

En el presente contexto de descentralización que tiene lugar en buena parte de la región latinoamericana, la decisión sobre los roles del gobiernos central y local en la provisión y financiamiento del servicio, constituye un componente clave de una política de equidad. Existe un intenso debate acerca de cómo las políticas de descentralización -tanto en América Latina como en otras partes- impacta en los pobres y en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud proporcionados y financiados previamente por los MDS centrales. La descentralización puede ser una estrategia para aumentar la equidad cuando alienta a las autoridades descentralizadas a hacer un uso más efectivo de los recursos focalizándolos en comunidades con necesidades específicas. Sin embargo, la descentralización también puede también conducir a una administración inadecuada, a una distribución menos equitativa de los recursos de atención sanitaria, y a pérdidas en la cobertura.

En tanto que un proceso de descentralización puede tener grandes variaciones en cuanto a su alcance y contenido, y dado que la evidencia sobre sus resultados es incierta, las generalizaciones sobre su impacto en la equidad, o entre los pobres específicamente, son difíciles de hacer. Sin embargo, la experiencia sugiere que para evitar impactos negativos en la equidad, el acceso, la calidad y la sustentabilidad, es importante que las autoridades centrales y locales acuerden sobre sus respectivas responsabilidades, de modo que aseguren el financiamiento, la capacidad de provisión del servicio, la calidad, el monitoreo del funcionamiento y una adecuada retroalimentación para refinar la política y su implementación siempre que sea necesario

Proveedores e incentivos

La experiencia muestra que las políticas de equidad demandan decisiones explícitas sobre la gama de proveedores de servicios de salud que van a atender a los pobres u otros grupos objetivo. En general, los países de la región latinoamericana asumen que los grupos de menores recursos usarán las instalaciones de los MDS y que estas instalaciones constituirán su fuente primaria, cuando no única, de atención. En los años recientes se ha acumulado evidencia que demuestra, sin embargo, que tanto los pobres como los grupos poblacionales mejor situados están gastando grandes sumas de dinero en servicios de salud y medicamentos en el sector privado. Más aún, en América Latina y otras regiones, los países con ingresos per cápita más bajos tienden a exhibir los porcentajes más altos de gastos en el sector privado. Estos grandes desembolsos privados -a menudo más de la mitad del gasto en el rubro salud en su conjunto- evidencian una utilización substancial por parte de los pobres y los más favorecidos por igual del sector de farmacias y proveedores de servicios privados.

Los ministerios deben considerar el diseño de estructuras de incentivos, el desarrollo de capacidades locales en la gerencia y toma de decisiones, y los patrones de utilización de servicios que se espera que abastezcan a los pobres bajo un enfoque de costo-efectividad.

ara el sector de proveedores públicos de salud, los MDS pueden requerir que se exploren nuevos criterios en la definición de currículas, condiciones de trabajo, incentivos monetarios y de otra índole para motivar a los trabajadores de la salud a mejorar la capacidad operativa del sistema. Si bien los prestadores públicos y otros proveedores no gubernamentales están acostumbrados a proporcionar atención sanitaria a los pobres, puede necesitarse apoyo adicional para asegurar que éstos cuenten con la capacidad de administrar y de proveer el servicio requerido para gestionar una mejor política de equidad en todos los niveles de descentralización.

ara los proveedores privados con fines de lucro es probable que se necesiten incentivos especiales para que atiendan a los pobres o para que se radiquen en zonas con atención deficitaria. anto los proveedores privados como los de seguridad social requerirán de fondos confiables vía subsidios directos o mecanismos de reembolso que les garanticen que recobrarán, como mínimo, los costos de proveer un servicio de una calidad preestablecida como también de medicamentos para los pobres. Las fórmulas de pago diseñarse especialmente para asegurar que los proveedores no discriminarán a los pacientes con enfermedades complejas y necesidades de tratamiento costosos.

Incentivos para los grupos objetivo

emover las barreras financieras es una de las estrategias que se proponen con mayor frecuencia para que los pobres aumenten el uso de los servicios de salud tanto curativos como preventivos. Comúnmente, el eje de la estrategia se centra en liberar o eximir a las personas de los pagos al servicio. ajo esta opción, el prestador puede cubrir los costos de atención con fondos obtenidos de otras fuentes. El prestador puede también recibir contribuciones de la comunidad, de contratos o donaciones basadas en pagos por capitación u otros métodos de reembolso, o de una línea especial de presupuesto de los MDS para los proveedores del sector público. Algunos países han establecido mecanismos de solidaridad entre hospitales o áreas geográficas que permiten sistemas de subsidios cruzados entre zonas más ricas y las más pobres.

tras opciones para remover las barreras financieras a los pobres, u otros grupos objetivo, incluyen comprobantes (*ouc e s* financiados por el gobierno que los consumidores pueden usar para pagar al prestador de servicios que ellos elijan. pciones más amplias consideran remover las barreras impuestas por los costos de transporte o la pérdida de ingreso por los tiempos del viaje y la espera. Cada una de esas opciones proporciona diferentes incentivos y tiene implicancias diferentes en cuanto a su implementación por parte del proveedor.

Adicionalmente, muchos estudios han demostrado que los impedimentos financieros constituyen solo una de las razones en la utilización diferencial de los servicios entre los pobres y los no-pobres. eneralmente, los grupos de menores recursos enfrentan mayores barreras, tanto financieras como de otra índole, para buscar y usar los servicios de salud en comparación a otros grupos más favorecidos. Las barreras no financieras incluyen aquellas relacionadas al acceso geográfico, a las diferentes percepciones de la utilidad de los varios tipos de servicios de salud, y/o a las diferencias culturales (ej. grupos indígenas) en el reconocimiento de la enfermedad. Es tan importante intervenir en la reducción de estas barreras no-financieras como reducir los obstáculos financieros. La implementación de la liberación o eximición en los pagos de bolsillo no es el único instrumento para expandir el acceso o incrementar la utilización de servicios de salud entre los pobres. Las acciones para expandir el alcance via móviles sanitarios, disminuir los costos de los viajes y tiempos de espera, proporcionar servicios de información, educación y comunicación, mejorar la calidad y/u otros incentivos para alentar la utilización entre los pobres son también, por lo general, necesarias.

Indicadores para monitorear y evaluar las estrategias de equidad

esulta importante construir un sistema de monitoreo en el diseño de un estrategia de equidad e identificar indicadores de evaluación simultáneamente a los objetivos de política y a la implementación de la estrategia. No existe un conjunto único de indicadores de equidad cada país necesita confeccionar indicadores para sus programas y objetivos específicos de equidad, así como para sus metas más generales de reforma.

En términos generales, los países deberán identificar indicadores de gestión que permitan correcciones en el proceso de implementación, es decir, indicadores que apunten a los elementos claves y a los procesos esenciales para alcanzar los objetivos de equidad a lo largo del tiempo. Numerosas agencias y proyectos (ej. la rganización anamericana de la Salud, la rganización Mundial de la Salud y la Colaboración para la eforma de la Salud) han identificado indicadores para monitorear la reforma de salud en general, que podrían adaptarse para medir los impactos en la equidad del sistema de salud y sus vinculaciones con las reformas de salud (ver referencias bibliográficas).

esulta útil, por lo general, identificar los indicadores en los que se interesan los participantes claves del sistema tales como los ministerios de finanzas y los ministros de salud, tales como medidas de eficiencia, sustentabilidad financiera y efectividad de la estrategia de equidad. Algunos países pueden también descubrir la utilidad de tener indicadores de interés general para la prensa, el parlamento y el público. Esta información asociada con las relaciones públicas de la reforma, puede ayudar a mantener el consenso y apoyo para el programa.

ara construir estos indicadores es importante contar con información que muestre la situación previa a la introducción de la nueva política de equidad, y compararlas con medidas periódicas de la situación inmediatamente posterior. otografías , que muestren una situación en un momento determinado pueden resultar equívocas porque no reflejan si la equidad está mejorando en relación al pasado o si, por el contrario, las iniquidades están creciendo.

El cuadro proporciona indicadores ilustrativos para monitorear la equidad en el sector salud en términos del ingreso de los pacientes. No es una lista exhaustiva, muchos indicadores requieren una interpretación cuidadosa y no existe una norma internacional para cada uno de los valores numéricos, tasas o porcentajes. n país en proceso de reforma en su sistema de salud debería evitar el uso de una extensa lista de indicadores y seleccionar un conjunto limitado que resulte relevante para sus objetivos específicos de equidad en la reforma del sector salud.

Cuadro 5. Indicadores ilustrativos para dar seguimiento del progreso de las mejoras de equidad en términos de ingreso en el sector salud

esultado de equidad	ndicador (para pobres, comparados con otros grupos de ingreso)	uentes de datos
Mejorar el status de la salud	ndices de nutrición asas de fertilidad asas de mortalidad maternal asas de mortalidad infantil Esperanza de vida al nacer ndicadores de morbilidad	Encuestas de hogares
Mejoras en el acceso a salud	orcentaje de la población con acceso a agua potable por grupo de ingreso orcentaje de la población con acceso a instituciones de salud adecuadas por grupo de ingreso orcentaje de las mujeres pobres con acceso a atención obstétrica de emergencia orcentaje de las mujeres pobres con acceso a métodos modernos de planificación familiar	Encuestas de hogares
	orcentaje de la población de menores ingresos rural/urbana residiendo dentro de los ilómetros de un hospital que provea horas de atención orcentaje de la población de menores ingresos rural/urbana residiendo dentro de los ilómetros de una institución de salud que provea un paquete básico de servicios de atención de la salud orcentaje de la población de menores recursos rural/urbana residiendo dentro de los ilómetros de una institución de salud dirigida por un médico	Datos censales y mapas de instalaciones de salud
	Disponibilidad regular de medicamentos básicos en las instalaciones de salud que atienden una alta proporción de pacientes pobres	Mapa de instalaciones de salud
Mejoras en el uso de los servicios	orcentaje de la población de menores recursos que busca y utiliza servicios de salud cuando están enfermos Cambio porcentual y per cápita del número de consultas por grupo de ingreso asas de cobertura de inmunización por grupo de ingreso orcentaje de nacimientos entre las mujeres pobres atendidas por un trabajador de la salud entrenado	Encuestas de hogares
Mejoras en el financiamiento	asto de bolsillo mensual en salud como porcentaje del gasto total mensual de la unidad familiar orcentaje de la población de menores recursos con cobertura de seguros de salud Monto promedio pagado por la población de menores recursos por consultas (y transporte) en instalaciones de salud públicas/privadas comparado con el ingreso mensual per cápita en estas unidades familiares Monto promedio pagado por la población de menores recursos en medicamentos (y transporte) para enfermedades ambulatorias típicas, como porcentaje del ingreso mensual per cápita en estas unidades familiares Monto promedio pagado por la población de menores recursos en una estadía hospitalaria típica, como porcentaje del ingreso mensual per cápita en estas unidades familiares orcentaje de la población de bajos recursos que acuden a instalaciones sanitarias públicas orcentaje de la población de bajos recursos que acuden a instalaciones sanitarias públicas y reciben exenciones de pago	Encuestas de hogares
	orcentaje de las exenciones de pago en instalaciones públicas que son otorgadas a grupos de menores ingresos	Encuestas en instituciones de salud
	elación entre el gasto público total en salud (central, provincial, municipal) dirigido a la población de menores recursos, y el gasto total en salud de dicho grupo de ingreso (ej. el más pobre de la población) elación entre el coeficiente de ini para los subsidios de salud pública y el coeficiente de ini para el ingreso total	Encuestas de hogares astos gubernamentales por tipo de proveedor Datos de servicios en las instalaciones de salud

Experiencia en el desarrollo de estrategias operacionales de equidad

Algunos temas comunes han surgido en las experiencias de los países, que son especialmente aplicables en el contexto de los presentes esfuerzos de reforma del sector salud. Estos temas son también centrales para desarrollar estrategias que puedan moverse más allá de las declamaciones de política, hacia una efectiva implementación y, en última instancia, hacia la mejora del status sanitario de los pobres y otros grupos objetivo.

- Establecer consenso político

  ara ayudar a garantizar una estrategia de equidad efectiva y políticamente sostenible es importante que la estrategia se base en la evidencia, siguiendo objetivos claros y a través de la construcción de consenso.

- dentificar la magnitud del problema de la equidad

  El primer paso en el diseño de una política de equidad es identificar, cuantificar y alcanzar consenso sobre el problema de la equidad en el país, ej. cuál es exactamente el grupo no favorecido , de qué servicios carecen o no usan, cuáles son las causas principales de la iniquidad que el grupo objetivo enfrenta en relación al acceso, utilización y/o financiamiento de los servicios de salud. El paso siguiente consiste en alcanzar consenso entre los grupos relevantes que participan en el sistema de salud sobre los objetivos específicos de una política de equidad para resolver el problema.

- Compatibilizar los objetivos con la evidencia

  Dependiendo de la evidencia acerca de la magnitud y alcance de los problemas de equidad encontrados, una amplia gama de objetivos son posibles, ej. encontrar proveedores más apropiados, de calidad superior o más efectivos en términos de costos para proveer de servicios al grupo objetivo incrementar la utilización de servicios de salud por parte del grupo objetivo hacer que cuenten con similar nivel de acceso que aquel que tienen otros grupos remover las barreras financieras y reducir los desembolsos de dinero para la atención de la salud que debe pagar el grupo objetivo.

- Explicitar los criterios de elegibilidad

  Los temas de implementación vinculados a la elegibilidad del grupo objetivo son comúnmente tan difíciles de resolver como los del diseño de la estrategia de equidad en su conjunto. or ejemplo, las decisiones de implementación para identificar a los pobres contienen elementos técnicos relacionados a la disponibilidad y confiabilidad de las bases de datos disponibles y la capacidad administrativa para su implementación. Estas decisiones, las cuales tienen también implicancias culturales y políticas, proporcionan menor o mayor espacio para los juicios subjetivos en la determinación de la elegibilidad y requieren de incentivos que motiven a los proveedores a implementarlas de un modo efectivo.

- Estimar los costos y la efectividad de la estrategia propuesta

  na parte esencial del desarrollo de una política de equidad consiste en efectuar proyecciones para las varias opciones bajo consideración, junto a la identificación de la(s) fuente(s) de financiamiento para esos costos. Este paso es esencial para la sustentabilidad

financiera de la política y evitará costos inesperados o imposibles de afrontar. Adicionalmente, si el diseño de una política de equidad no presta atención a los enfoques de costos-efectividad en la provisión y financiamiento de servicios para el grupo objetivo, los ministerios de finanzas no podrán otorgarle su apoyo. La elección de un método costo-efectivo con capacidad de ser llevado a cabo y el diseño de incentivos a la calidad son importantes para asegurar que los recursos públicos requeridos para financiar el programa se utilicen adecuadamente.

- dentificar las fuentes y métodos de financiamiento

  Muchas políticas para asegurar la equidad para los pobres u otros grupos objetivo han fracasado en lograr impacto porque los hacedores de política han fallado en considerar cómo se financiaría la estrategia de equidad y qué combinación de fuentes de ingreso y métodos de recolección de fondos se utilizarían. Los países con métodos de financiamiento complejos ya en funcionamiento pueden integrar el financiamiento de los servicios del grupo objetivo. aíses con limitaciones presupuestarias severas en los Ministerio de Salud deben decidir qué servicios se financiarán con sus recursos escasos y para qué grupos poblacionales, con el objetivo de alcanzar metas de equidad, eficiencia y sustentabilidad financiera simultáneamente.

- Coordinar los objetivos de equidad con otras metas de reforma e incentivos

  ara ser efectivo, el diseño completo de la estrategia de equidad debe tomar en cuenta la estructura financiera, organizativa y de provisión del servicio de salud en el país, e integrarse con otros esfuerzos de reforma que el país pueda estar emprendiendo. Este punto es también crítico para asegurar que las políticas de equidad contribuyan a otras metas de reforma y no compitan con éstas. n trabajo de diseño cuidadoso puede asegurar que las metas de equidad sean satisfechas simultáneamente con las metas de eficiencia, calidad y sustentabilidad.

  or ejemplo, si el diseño de política ignora las nuevas municipalidades y distritos descentralizados, es posible que no se logre la cobertura del grupo objetivo como se había planeado. La estrategia también fracasará para servir a los grupos objetivo al menos que se construyan incentivos para asegurar que tanto los proveedores públicos como los privados quieran y puedan emprender su parte en el programa de equidad. El diseño de la estrategia de equidad puede incorporar a la población objetivo dentro de nuevas estructuras organizativas, contractuales, de recursos e incentivos para la población en su conjunto.

- Monitorear, evaluar y hacer correcciones durante el proceso de reforma

  ocos países pueden conseguir políticas de equidad correctas en el primer intento y las condiciones del sector salud cambian continuamente transformando las situaciones y el comportamiento de proveedores y consumidores. ara mantenerse alerta de los impactos imprevistos y las condiciones cambiantes, es importante tener sistemas de evaluación y monitoreo en funcionamiento que puedan medir el progreso del plan hacia los objetivos específicos de equidad. esulta también útil mantenerse informado de la experiencia internacional, de modo de poder incorporar las lecciones aprendidas por otros países. El proceso de implementación de políticas debe basarse en la evidencia aprendida en los estadíos iniciales de la reforma, retroalimentando el proceso, brindando información y creando consenso sobre las correcciones en el plan inicial de la reforma.

Bibliografía

itrán, ., billa . y rieto L. (1 *uit of ealt ecto e enue ene ation and llocation in uatemala*. Major Applied esearch , or ing aper 1. ethesda, MD artnerships for ealth eform, Abt Associates nc. (August).

irdsall, N. y echt, . (1) S imming against the ide Strategies for mproving Equity in ealth . or ing aper No. . orld an , uman esources Development and perations olicy.

raveman, . y arimo, E. (1) ealth Screening, Development, and Equity . *ou nal of u lic ealt olic* 1 (1) 1 - .

Carr- ill, . (1) Efficiency and Equity mplications of the ealth Care eforms . *ocial cience and edicine* ( ) 11 -1 1.

Creese, A. (1 1) ser Charges for ealth Care A evie of ecent Experience . *ealt olic and lannin* ( ) - 1 .

Culyer, A. y agstaff, A. (1) Equity and Equality in ealth and ealth Care . *ou nal of ealt conomics* 1 1- .

ilson, Lucy (1) hat is the uture for Equity in ealth olicy *ealt olic and lannin* ( ) - .

ovindaraj, ., Murray, C. y Chellaraj, . (1) ealth Care Expenditures in Latin America . or ing aper No. . ashington, DC orld an .

rosh, M. (1) *dministe in a eted ocial o ams in atin me ica. om latitudes to actice*. ashington, DC orld an .

endel, L. y rejos, . (1) eformas ecientes en el Sector Salud de Costa ica . Serie eformas de olítica ública, no. 1 . CE AL.

amison, D., Mosley, ., Measham, A. y obadilla, .L. (1) *isease ont ol io ities in e elo in ount ies*. Ne or xford niversity ress for the orld an .

no les, . y Leighton, C. (1) *easu in esults of ealt ecto efo m fo stem e fo mance and ook of ndicato s*. Special nitiative eport 1. ethesda, MD artnerships for ealth eform, Abt Associates nc. (September). (Also in Spanish *edición de esultados de la efo ma del secto salud en cuanto al desem e o del sistema uia de indicado* es.)

orte, ., ichter, ., Mer le, . y orgen, . (1) inancing ealth Services in Sub-Saharan Africa ptions for Decision Ma ers during Adjustment . *ocial cience and edicine* (1) 1- .

Larrañaga, . (1) Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno . Serie eformas de olíticas úblicas, no. . CE AL.

Leighton, C. y Diop, ., (1) *otectin t e oo in f ica m act of eans estin on uit in t e ealt ecto in u kina aso i e and ene al*. echnical Note . ethesda, MD ealth inancing and Sustainability roject, Abt Associates nc.

Maceira, D. (1) ragmentation and ncentives in Latin American and Caribbean ealth Care Systems (in Spanish), anco nter-Americano de Desarrollo, ffice of the Chief Economist. Serie de Documentos de rabajo no. .

Mooney, ., all, ., Donaldsen, C., y erard, . (1 1) tilization as a measure of equity eighting heat . *ou nal of ealt conomics* 1 .

Mooney, . y an. S. (1) ertical Equity eighting utcomes r Establishing rocedures . *ealt olic* - .

an American ealth rganization (rganización anamericana de la Salud). (1) *ealt in t e me icas*. ashington, DC.

an American ealth rganization (rganización anamericana de la Salud). (1) uidelines for the reparation of the ealth Service System rofile for Countries of the egion. or ing aper. ashington, DC.

an Doorslaer, E. y agstaff, A. (1) Equity in the Delivery of ealth Care Some nternational Comparisons . *ou nal of ealt conomics* 11 - 11.

an Doorslaer, E., agstaff. A. y utten, . (1) *uit in t e inance and eli e of ealt a e. n nte national e s ecti e.* Ne or xford niversity ress.

alt, illian y Lucy ilson. (1) eforming the ealth Sector in Developing Countries he Central ole of olicy Analysis. *ealt olic and lannin* - .

orld an . (1 , 1) *o ld e elo ment e o t*. ashington, DC. (Also in Spanish anco Mundial. *nfo me so e el esa ollo undial*.)

orld ealth rganization. (1) ndicators reference to be supplied.

illis, C. (1) Means esting in Cost ecovery of ealth Services in Developing Countries . Major Applied esearch aper . ethesda, MD Abt Associates nc, for the nited States Agency for nternational Development. (November).

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe

1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los rocesos de eforma Sectorial en América Latina y el Caribe (español/inglés)

- Línea asal para el Monitoreo y la Evaluación de las eformas Sectoriales en América Latina y el Caribe (español/inglés)
- Análisis del Sector Salud en araguay e *sión elimina*
- Centro de nformación y Análisis sobre eforma del Sector de la Salud (español/inglés)
- nforme de elatoría oro egional sobre Mecanismos de ago a roveedores (Lima, erú, 1 -1 de Noviembre de 1) (Español/ nglés)
- ndicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud
- Mecanismos de ago a restadores en el Sistema de Salud ncentivos, esultados e mpacto rganizacional en aíses en Desarrollo
- Cuentas Nacionales de Salud olivia
- Cuentas Nacionales de Salud Ecuador

1 - Cuentas Nacionales de Salud uatemala

11- Cuentas Nacionales de Salud México

1 - Cuentas Nacionales de Salud erú

1 - Cuentas Nacionales de Salud epública Dominicana e *sión elimina*

1 - Cuentas Nacionales de Salud Nicaragua

1 - Cuentas Nacionales de Salud El Salvador e *sión elimina*

1 - ealth Care inancing in Eight Latin American and Caribbean Nations he irst egional National ealth Accounts Net or

1 - Decentralization of ealth Systems Decision Space, nnovation, and erformance

1 - Comparative Analysis of olicy rocesses Enhancing the olitical easibility of ealth eform

1 - Lineamientos para la ealización de Análisis Estratégicos de los Actores de la eforma Sectorial en Salud

. Strengthening N Capacity to Support ealth Sector eform Sharing ools and Methodologies

1. oro Subregional Andino sobre eforma Sectorial en Salud. nforme de elatoría. (Santa Cruz, olivia, a de ulio de 1)

Ediciones Especiales

1- Cuentas Nacionales de Salud esúmenes de cho Estudios Nacionales en América latina y el Caribe

- uía ásica de olítica oma de Decisiones para la Equidad en la eforma del Sector Salud

ara obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la ágina Electrónica de la niciativa http // .americas.health-sector-reform.org y seleccione nventario de roductos de la niciativa LAC SS