PN-ABJ-309

THE JOURNAL OF

HEALTH ADMINISTRATION EDUCATION

Vol. 1, No. 4 Fall 1989
Part II

SPECIAL SUPPLEMENT

HEALTH CARE FINANCING IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

SUPLEMENTO ESPECIAL

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Gretchen Gwynne, Ph.D.
and
Dieter K. Zschock, Ph.D.

WITH THE SUPPORT OF
THE U.S. AGENCY
FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

PN-ABJ-309

THE JOURNAL OF

HEALTH ADMINISTRATION EDUCATION

Vol. 8, No. 4

Fall 1990
Part II

WITH THE SUPPORT OF
THE U.S. AGENCY
FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
SUNY Contract No. LAC-0632-C-00-5137-00

ASSOCIATION OF UNIVERSITY PROGRAMS IN HEALTH ADMINISTRATION

EDITOR
GARY L. FILERMAN, Ph.D.

MANAGING EDITOR
DONNA F. ROYSTON

CONTRIBUTING EDITORS
DOUGLAS A. CONRAD, Ph.D.
Health Services Research
JEPTHA W. DALSTON, Ph.D.
Management Practice
BERNARDO RAMIREZ, M.D.
La Revista de Educación en Administración de Salud
JAMES D. SUVER, D.B.A.
Software Review

The Journal of Health Administration Education (ISSN 0735-6722) is published quarterly by the Association of University Programs in Health Administration, 1911 North Fort Myer Drive, Suite 503, Arlington, Virginia 22209. Subscription rates: individual subscriptions, $45 (1 year); libraries in U.S., Canada, and Mexico, $50 (1 year); all other libraries, $55 (1 year). Second class postage paid at Arlington, Virginia and additional mailing offices. POSTMASTER: Send address changes to *The Journal of Health Administration Education*, 1911 North Fort Myer Drive, Suite 503, Arlington, Virginia 22209.

Manuscripts, correspondence on editorial issues, and submission of books for review should be directed to the editor. Guidelines for authors in preparing manuscripts for submission are located in the concluding pages of the *Journal*. Subscriptions and notice of change of address should be addressed to the *Journal* at the above address. Allow 6 weeks for change of address; submit old as well as new address, including zip code.

© 1990 by the Association of University Programs in Health Administration, all rights reserved.
The *Journal* is produced by Princeton University Press, 41 William Street, Princeton, New Jersey 08540.

Authorization to photocopy items for internal or personal use, or the internal or personal use for specific clients, is granted by the Association of University Programs in Health Administration for libraries and other users registered with the Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Services, provided that the base fee of $2.50 per article is paid directly to CCC, 21 Congress Street, Salem, Massachusetts 01970. 0735-6722/87 $2.50

. 2'

EDITORIAL BOARD

Charles J. Austin, Ph.D. (Chairman)
Chairman
Department of Health Services Administration
University of Alabama–Birmingham

S. E. Berki
Professor
Department of Health Services
Management and Policy
University of Michigan

David E. Berry, Dr.P.H.
Professor and Chairman
Department of Health Care Administration
University of Nevada–Las Vegas

Jack O. Bovender, Jr.
Group President, Eastern Operations
Hospital Corporation of America

Gordon D. Brown, Ph.D.
Professor and Director
Health Services Management Program
University of Missouri–Columbia

Edwin Chown
Director
Health Insurance Services
Government of the Northwest Territories

Robert Douglass
Partner
Deloitte, Haskins and Sells

Barry R. Greene, Ph.D.
Professor and Chairman
Graduate Program in Health and
Hospital Administration
University of Florida

Ralph E. Hall
Executive Vice President
Morningside House Nursing Home

Clarke B. Hazlett, Ph.D.
Professor and Chairman
Department of Health Services
Administration and Community Medicine
University of Alberta

John C. Hershey, Ph.D.
Professor
The Wharton School
University of Pennsylvania

Marc D. Hiller, Dr.P.H.
Associate Professor
Department of Health Management
Policy
University of New Hampshire

Nancy E. Hinkley, Ed. D.
President
The Hillhaven Foundation

Naoki Ikegami, M.D.
Assistant Professor
Department of Hospital and
Medical Administration
Keio University

Daniel A. Kane, Dr.P.H.
President
Montefiore Hospital

Charles Kerr, Ph.D.
Professor
Department of Public Health
University of Sydney

Marcos Kisil, M.D.
Program Director
W.K. Kellogg Foundation
Brazil

Samuel Levey, Ph.D.
Professor and Head
Graduate Program in Hospital and
Health Administration
University of Iowa

Robert J. Maxwell, Ph.D.
Secretary
King Edward's Hospital Fund for London

Ira Moscovice, Ph.D.
Professor and Assistant Director
Division of Health Services Research
and Policy
University of Minnesota

Jay Noren, M.D., M.P.H.
Vice Chancellor for Health Sciences
University of Wisconsin–Madison

R. F. Ola, Ph.D., D.P.A.
Director
Institute of Public Administration
and Extension Services
University of Benin-Nigeria

Lawrence D. Prybil, Ph.D.
Executive Vice President
Daughters of Charity Health System

Ronald W. Richards, Ph.D.
Evaluation Specialist
W.K. Kellogg Foundation

Cynthia C. Scalzi, Ph.D.
Associate Professor and Director
Nursing Administration Program
University of Pennsylvania

David B. Starkweather, Dr.P.H.
Professor and Director
Graduate Program in Health Services
Management
University of California–Berkeley

John D. Thompson
Professor
Program in Hospital Administration
Yale University

Gail L. Warden
President and Chief Executive Officer
Henry Ford Health Care Corporation

Vernon E. Weckwerth, Ph.D.
Professor
Program in Hospital and Health Care
Administration
University of Minnesota

THE JOURNAL OF
HEALTH ADMINISTRATION EDUCATION

Vol. 8, No. 4

Fall 1990
Part II

SPECIAL SUPPLEMENT
HEALTH CARE FINANCING IN
LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

EDITORIAL 743

HEALTH CARE FINANCING IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
Gretchen Guynne, Ph.D., and Dieter K. Zschock, Ph.D.

Introduction 745
Context 749
Research Methods of HCF/LAC Studies 767
Costs of Health Care 777
Demand for Health Care 783
Health Care Financing Alternatives 791
Conclusions and Recommendations 807
Glossary of Acronyms 817
Bibliography of Selected Sources 821

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE 831

ANNUAL INDEX 931

REFEREE ACKNOWLEDGMENTS 941

GUIDELINES FOR CONTRIBUTORS 943

'H'

EDITORIAL

The past decade has been a period of increasing economic pressure on the health care delivery systems of most countries. In every country, growth in demand stimulated by a constantly broadening technology has raised the cost of care. For industrialized countries, this has meant an ever-increasing share of national resources devoted to the production and distribution of health services and growing debate on how these costs might be contained.

For the less developed countries, the option of increasing public resources has not been available. Rather, declining overall resources and competing pressures in national priorities have led to limitations in the quality and availability of care and in some cases an increasing dependence on donor support for the achievement of fundamental health care goals.

Developing countries are responding to these growing economic pressures by reexamining the ways in which health services are financed and by exploring alternatives which might strengthen the financial and economic base of the sector. These explorations have been stimulated by significant pressure from external funding sources such as the World Bank, the regional development banks, and the International Monetary Fund which have linked economic reform of the health sectors to economic reform for the countries as a whole.

For many developing countries, these are new issues for the health sector. Contemporary health care systems often incorporate infrastructures and public financing institutions inherited from a colonial period with very different social and economic conditions. Management and administrative structures also reflect this legacy. The information and experience required to develop policies to mobilize new resources or to use existing resources more efficiently are often nonexistent.

This reality has generated a need for analysis and research which explores the current experience in the production and distribution of services, the use of resources, and other characteristics of the market for health services. A growing body of studies are providing the empirical basis for the process of policy change. Gwynne and Zschock summarize

recent analytic experience for the Latin American and Caribbean region. They describe the overall patterns of health care financing in the region and present the results of studies undertaken as a part of a USAID-supported program directed by Professor Dieter Zschock of the State University of New York at Stony Brook.

A wide variety of policy changes are being considered throughout the developing world. Evolving strategies include looking for new sources of revenues for the public provision of services, exploring means to limit the public responsibility for the provision of health care by strengthening the role of the private sector, and attempting to improve the efficiency with which available resources are used. In every case, the performance of the health sector is being linked more closely to the overall economic context of the country. The allocation of health care resources will more and more reflect economic criteria as well as social objectives.

These changes present important challenges for the health services administrator. Changes in the financing of health care will inevitably change the options for managing resources and the criteria for performance faced by administrators. Understanding the economic context of the health system and the nature of the economic choices being reflected is essential if health resources are to be used effectively to support health goals.

Recognition of this reality is reflected in a growing interest in incorporating more health economics into the training of health service administrators for the developing world. While the need is clear, both the form and content of such training need to be based on a realistic appraisal of how the promise of economic analysis can be incorporated into the administrative process. An upcoming special issue of this journal will be devoted to exploring these issues. Specifically, the issue addresses the role of economics in health services administration and strategies for incorporating economic training in the learning experience of future administrators. Its aim is to share the evolving experience in economics training for health service administrators and to stimulate efforts to strengthen the management of health resources in the developing world by making more effective use of economics in practice. The paper by Gwynne and Zschock provides background for this discussion.

GERALD ROSENTHAL
June 30, 1990

.6

I. INTRODUCTION

This paper reflects work under a four-year (1985–1989) research and technical assistance project entitled **Health Care Financing in Latin America and the Caribbean** (HCF/LAC). Funded by the LAC Regional Bureau of the U.S. Agency for International Development (AID), the project carried out research and provided related technical assistance in eight Latin American and Caribbean countries, where it focused on three topics: the fully-accounted-for costs of health care, household demand for health care, and the feasibility of alternatives to the financing of health care from general tax revenues. These topics, all of them AID policy priorities, reflect two major convictions of the Agency: first, that resources limitations and organizational inefficiency have imposed severe constraints on the effective expansion of public health services in the LAC region; and second, that cost containment measures, together with increased cost recovery through user fees and prepaid risk-sharing mechanisms, will be needed to help the region's lower-middle-income countries achieve the universally accepted goal of "Health for All by the Year 2000."

USEFULNESS OF HEALTH CARE FINANCING STUDIES

COST STUDIES

Typically, cost studies create databases for use by institutions (*e.g.*, health ministries), programs (*e.g.* mass vaccination campaigns), or individual facilities (*e.g.*, public clinics). The costs of institutions, programs, or facilities (or the services they provide) should be "fully accounted for," that is, they should include physical capital, administrative overhead, and operating costs. The resulting estimates of total costs—including the costs of inputs (such as personnel and supplies) and the average and marginal costs of service outputs—have many applications: for example, user fee

Address communications and requests for reprints to AUPHA, Latin American Development Program, 1911 North Fort Myer Drive, Suite 503, Arlington, Virginia 22209

schedule revision (based on the average costs of services), staff productivity assessment (based on comparisons of factor input with service output costs), or budget preparation (based on the identification of controllable *vs.* noncontrollable cost at each level of authority).

More broadly, cost studies can yield data on cost variation (among institutions and/or for the same institution over time) and their determinants. Identifying these is essential for improving financial management and implementing cost control measures. Finally, cost studies provide a context within which the financial implications of specific policy options—for example, whether or how to expand population coverage—can be assessed at the national, sectorial, subsectorial, or institutional level.

DEMAND STUDIES

Demand studies, based on household survey information, not only help to identify current utilization of health services; through computer simulations, they also estimate changes in demand in response to changes in the variable that affect it. Health officials can use this information to determine what additional resources (real and financial) are needed to meet policy objectives, how best to allocate existing and/or additional resources, and how consumers' perceptions of the quality of the services offered affect their use.

The increasing policy interest in the issue of user charges, especially for currently free public health services, provides a good example of the practical usefulnesss of demand analyses: they can simulate the effects, on both consumers' utilization of services and health facilities' direct revenue generation, of price changes—before policy decisions are made. Other potential policy decisions, affecting (for example) the quality of care or the location or staffing of facilities, can also be tested—prior to their implementation—through demand analysis.

ALTERNATIVE FINANCING STUDIES

Alternative financing studies are needed because of the limited availability of general tax revenues for health care financing. Such studies can assess the efficiency and equity of different ways of allocating public and private resources, define the respective responsibilities of the public and private health subsectors in the financing and delivery of health care, and identify and evaluate new sources of health financing, including ways to

encourage users to pay directly for their health care. Examples of alternative financing mechanisms fall into four broad categories: social insurance, private insurance, other prepayment arrangements, and user fees.

THE HCF/LAC PROJECT

The HCF/LAC project began its work in 1985 with a survey of the health care financing literature relating to the three priority topics listed above (Russell and Zschock 1986). Subsequently, project staff and consultants visited eight LAC countries (**Belize, Bolivia, the Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Peru, and St. Lucia**). In each, they provided short-term technical assistance and identified research studies in support of specific host country and AID objectives. These visits resulted in the design and implementation of eight research studies—two in the Dominican Republic and one in each of the other countries visited except for El Salvador, where a study identified under the HCF/LAC project is being carried out under another AID centrally-funded project. The eight HCF/LAC studies add up to a well-balanced menu of studies in AID's three priority areas: three are on the costs of health care, two on household demand for health care, and three on alternative health care financing mechanisms.

The present paper, drawn from the final HCF/LAC report (Gwynne and Zschock 1989), focuses on research studies carried out in 10 countries: the seven in which the project implemented its eight country studies, plus El Salvador, Honduras, and Jamaica. For our purposes, these countries are readily and usefully comparable. All are lower-middle-income, as defined by the World Bank (see Table 1)—that is, their *per capita* incomes range between about US $500 and US $1500. All suffered severe economic recession in the early to mid-1980s. With the exception of Peru, all have small populations, which is generally assumed to leave them even more exposed to the vicissitudes of international economic conditions than larger contries that can rely to a greater extent on domestic market demand to stimulate economic growth.

A synthesis such as this one cannot possibly purport to be (much less to remain) completely up-to-date. In general, this paper reflects the "ethnographic present"—the facts at the time of fieldwork. In some instances, new data have become available since the distribution of the original documents on which this paper is based. We have changed or updated our information only in those cases in which there is some important policy implication to be drawn from the new data.

9'

TABLE 1: Population and Economic Indicators for Selected LAC Countries

Country	*Population Size (1)*	*Population Growth (2)*	*GNP/ Capita (3)*	*Change in GDP/Capita (4)*		
				1981-84	*1985*	*1986*
Belize	0.2	n.a.	1,170	...	2.2 (1965-86)	...
Bolivia	6.6	2.7	600	−5.2	−2.8	−5.5
Dom. Rep.	6.6	2.4	710	0.4	−6.4	0.3
Ecuador	9.6	2.9	1,160	−1.3	1.6	−0.1
El Salvador	4.9	1.2	820	−3.8	0.7	−1.0
Guatemala	8.2	2.9	930	−4.0	−3.7	−2.4
Honduras	4.5	3.6	740	−3.1	−0.3	−0.6
Jamaica	2.4	1.5	840	−0.1	−5.9	0.7
Peru	19.8	2.3	1,090	−3.5	−0.1	5.8
St. Lucia	0.1	n.a.	1,320	...	2.3 (1965-86)	...

(1) in millions, mid-1986; (2) annual average, in percent, 1980-86; (3) in US dollars, 1986; (4) average annual rate of change. Sources: Data for columns (1)-(3) from World Bank, *World Development Report 1988*, Tables 1 and 27; also, Box A, p. 289, for columns (1), (3) and (4) for information on Belize and St. Lucia. Data in columns (4), except for Belize and St. Lucia, from Inter-American Development Bank, *Economic and Social Progress in Latin America, 1988 Report*, Table II-5.

II. CONTEXT

Over the period 1985–1989, when most of the research studies reviewed in this paper were carried out, the 10 countries on which this paper concentrates continued to experience the effects of the serious economic crisis that has affected the whole LAC region since the early 1980s. Yet very few of the research studies reviewed here were explicitly designed to analyze their topics with reference to the economic crisis and its impact on the health sector; only the regional studies sponsored by PAHO (Musgrove 1987a, 1988) and the USAID-funded 1985-1986 Health Sector Analysis of Peru (Zschock 1988) specifically deal with the impact of the crisis on the health sector. It is clear, however, that—among the reasons for carrying out most of these studies—the impact of the crisis on health care financing was an important one. Another reason was a pervasive sense that the organization of the health sector in LAC countries was changing (or should change), and that the corresponding implications for the financing of health services needed to be better understood.

This chapter provides the context in which the research studies reviewed here were carried out. It outlines macro-economic conditions, organizational changes within health systems, and the health policies of international donor agencies—specifically those of the World Bank and AID—that have guided health sector support over the past decade.

ECONOMIC CONTEXT

Resource constraints and problems of inefficiency affecting public health services became a growing concern during the 1980s, as LAC countries—with the assistance of international donor agencies—sought to expand PHC coverage at the same time that national economies were beset by declining growth of output and increasing domestic and international debt. Economic growth, which had averaged 5.9 percent annually between 1971 and 1980 for the LAC region as a whole, became negative in the early 1980s, and has only partially recovered in recent years (Table 2).

Among the Andean countries, Bolivia and Peru suffered severe

TABLE 2: Growth of GDP, Selected LAC Countries, 1971–86
(Average annual rates, in percent)

	1971–80	1981–83	1984	1985	1986
Bolivia	4.5	−3.4	−0.3	−0.2	−2.9
Dom. Rep.	6.9	3.7	0.5	−4.2	2.6
Ecuador	8.9	0.7	4.2	4.5	2.8
El Salvador	3.2	−4.4	2.3	2.0	0.6
Guatemala	5.7	−1.8	0.5	−1.0	0.4
Honduras	5.5	−0.2	2.8	3.2	2.7
Jamaica	−0.8	2.0	−0.9	−4.5	2.1
Peru	3.8	−2.8	4.8	2.5	8.5
LAC*	5.9	−1.0	3.6	3.4	3.9

Source: Inter-American Development Bank, *Economic and Social Progress in Latin America, 1988 Report*, Table II-5.

*Average of 25 LAC countries.

Note: The source from which this table is drawn does not include data for Belize and St. Lucia. While other sources provide corresponding data, inconsistencies among sources are such that combining them in one table is not advisable.

recessions in 1981-83. By 1986, the economy of Bolivia had still not recovered, and Peru's brief economic upswing was cut short by the onset of hyperinflation. Ecuador's oil boom of the 1970s ended at the turn of the decade, and economic growth has been sluggish since then, with a reversal in 1987 as a result of the severe damage caused by an earthquake in January of that year. The Dominican Republic and three Central American countries—El Salvador, Guatemala, and Honduras—also experienced declines in GDP at the outset of the 1980s, as world market prices for several of their agricultural products dropped sharply. El Salvador also suffered the economic consequences of an earthquake in 1986. None of these four countries has seen any real recovery since then. Jamaica's economy has performed poorly throughout the past two decades.

In most of these countries, unfavorable economic conditions have undermined the public policy objective of expanding primary health care through ministries of health, and have also caused the deterioration of many existing public health services. Levels of public health care spending (defined, in national income accounts, as spending primarily through ministries of health; medical care programs funded under social security are not included) are shown in Table 3, in the form of health expenditures as a proportion of GDP. A comparison of Tables 2 and 3 suggests

-12

TABLE 3: Public Health Expenditure as a Percentage of Gross Domestic Product, Selected LAC Countries, 1976–86

	1976	*1980*	*1981*	*1982*	*1983*	*1984*	*1985*	*1986*
Bolivia	1.0	1.7	1.0	0.4	0.4	0.5	0.4	n.a.
Dom. Rep.	1.8	2.0	2.1	1.2	1.1	1.2	1.0	1.0
Ecuador	1.4	1.8	2.1	2.2	2.0	1.9	1.1	1.1
El Salvador	1.4	1.5	1.6	1.4	1.4	1.4	1.2	n.a.
Guatemala	0.8	1.6	1.1	1.4	0.7	0.8	0.7	1.0
Honduras	1.9	1.4	1.5	1.6	1.6	1.5	2.0	2.6
Jamaica	3.1	3.8	3.6	3.8	3.5	2.9	2.9	n.a.
Peru	1.1	1.1	1.1	0.9	1.0	1.0	1.0	n.a.

Source: Inter-American Development Bank, *Economic and Social Prog ess in Latin America, 1988 Report*, Table IV-8.
n.a. = not available.
Note: The source from which this table is drawn does not include data for Belize and St. Lucia. While other sources provide corresponding data, inconsistencies among sources are such that combining them in one table is not advisable.

that this proportion has tended to decline as countries' GDP growth rates slowed and turned negative in various years. It should also be noted that the effect of declining financial commitments to public health is further aggravated by population growth, which reduces per capita health care expenditures, in absolute terms, even more than these relative data indicate.

Bolivia, whose public health expenditures averaged slightly more than one percent of GDP throughout the 1970s, reduced this amount to less than half of one percent in the 1980s. Peru—its economic crisis notwithstanding—has maintained public health expenditures at about one percent of GDP throughout the two decades. Ecuador, which had made a major policy commitment to public health starting in the mid-1970s, sustained a two percent level of expenditure until the mid-1980s, but has recently reduced public health spending to only one percent of GDP.

Guatemala's financial commitment has fluctuated considerably, but also averages around one percent of GDP, while in the Dominican Republic, public health exenditures have declined recently from the 1.5 to two percent range to one percent. El Salvador and Honduras, however, have fairly consistently spent the equivalent of about 1.5 percent of GDP on public health (with a recent increase to two percent in Honduras).

Jamaica's relatively high levels of public health expenditures (Table

13

3) cannot be compared with the Latin American countries' lower levels, since Jamaica does not provide health care through social security arrangements. Each of the Latin American countries, in addition to supplying health services through its ministry of health, also provides medical care through its social security system, at a level of financing approximately equivalent to its public health expenditures (Zschock 1986). Thus, with a few exceptions, combined public sector spending on health has tended to be between two and four percent of GDP. (Jamaica spent between three and four percent of GDP on public health in the early 1980s, but these outlays have declined in recent years and now approximate the country's three percent level of the late 1970s.)

The data in Table 3 show that during the 1970s—a period of strong economic growth—public health spending tended to account for a relatively high proportion of GDP in the LAC region, but during the 1980s—a period of economic recession—public health spending has tended to fall as a proportion of GDP. Comparable trend data for medical care expenditures under social security are not available. One can assume, however, that these are even more directly affected than public health spending by changes in economic conditions. The reason is that social security revenues—mandatory wage-based contributions by employers and employees—probably vary more sharply with changes in economic output than the general tax revenues that fund public health services.

The effects of economic recession on health care financing involve a chain reaction, with some lags. Typically, reductions in economic output result initially in investment cutbacks, temporarily cushioning the effect of recession on consumption (*i.e.*, recurrent) expenditures (this tends to be true of the economy as a whole as well as the health sector). In the long run, however, decreased investment has a greater negative effect on economic growth—and on health services expansion—than a temporary reduction in recurrent expenditures in a period of adverse economic conditions. As unemployment rises and household incomes decline, the demand for public health services provided free or at nominal user fees may increase. At the same time, however, public services may deteriorate as maintenance of hospitals and PHC facilities, as well as equipment repairs or replacements, are postponed. Recurrent expenditures are also curtailed—primarily, however, at the expense of facilities maintenance and supplies rather than wages, benefits and pensions. The quality of services is thus likely to deteriorate even more than recurrent expenditures decline.

-14'

The impact on public health expenditures of the LAC countries' economic recession of the early 1980s has been analyzed by Musgrove (1987a) under PAHO auspices. His conclusions reflect the expected pattern:

— overall, as well as in the health sector, public investment expenditures were curtailed more sharply than recurrent expenditures, cushioning the immediate impact of the region-wide recession on health services delivery;

— on a *per capita* basis, however, recurrent public health expenditures declined in most LAC countries;

— among recurrent expenditues, salaries, fringe benefits and pensions for public health employees increased proportionately, while the budget shares of pharmaceuticals and other expendable supplies shrank;

— although little is known about the impact of economic recession on private health expenditures, it appears that "when income declines, private total medical spending falls more than proportionately" (*ibid.*:431), thus increasing the demand for public health services.

In 1985-86, the impact of the economic recession on health care expenditure in Peru was analyzed, in detail, in a USAID-funded, sector-wide study, the Health Sector Analysis of Peru (HSA-Peru) (Zschock 1988). In general, the findings from this study support Musgrove's conclusions for the LAC region as a whole:

— recurrent expenditures, as a proportion of total ministry of health spending, increased from 86 percent in 1980 to 90 percent in 1984, while investment in health facilities and equipment declined from 14 to 10 percent of the total;

— wages, benefits and pensions, as a proportion of total MOH recurrent expenditures, increased from 62 percent in 1980 to 78 percent in 1984, while the proportion of supplies (including pharmaceuticals) dropped from 24 to 17 percent;

— total pharmaceutical sales (public and private) dropped by 18 percent in value and by 37 percent in terms of units sold between 1980–1984, and sales of essential medicines to the public health and social security medical care programs—about a fourth of total pharmaceutical sales in Peru—dropped by half;

— social security expenditures for medical care, which represented about a third of total health sector spending in Peru, were more volatile than public health spending: they declined more sharply than public health

15

spending, but recovered their pre-recession level sooner than did those of the MOH. (This finding is supported by a subsequent study that shows social security revenues and expenditures in Peru to be highly cyclical; see Petrera Pavone 1987.)

One important finding of the HSA-Peru, however, diverges from Musgrove's observation that private health expenditures decline even more than public health spending in times of economic recession:

— private health care expenditures in Peru were estimated, in the HSA-Peru, to have increased, in both relative and absolute terms, during the country's economic recession in the early 1980s. While public health spending declined from 37 to 33 percent of the health sector total between 1980 and 1984, the private subsector's share of total health sector expenditures increased from 29 percent in 1980 to about 33 percent in 1984. Even in absolute terms, private sector spending for health care increased during Peru's economic recession.

A more recent PAHO analysis of the recession's impact on public health expenditures (Musgrove 1988) concludes that public health expenditures in the LAC region contracted roughly in parallel with overall central government expenditure reductions during the economic crisis. This suggests that—during this time of presumably increased basic human need for public health services—such services were considered neither less important than other public services nor deserving of relatively greater allocations.

HEALTH SYSTEM CONTEXT

THE PRIVATE SUBSECTOR

While some private medical services have always been available in the urban areas of the LAC region, expansion of these services was given impetus in the 1970s in several countries by the introduction of private health insurance and other collective arrangements. These prepayment mechanisms have now reached significant levels of private health care financing and population coverage in several metropolitan areas.

Private ambulatory care as a proportion of total outpatient services far exceeds the use of private hospitals as a proportion of total inpatient care, because inpatient care is much more costly than outpatient care; users of private ambulatory services may thus resort to public facilities when they require hospitalization. Because they have had to recover most

of their cost through direct user charges, private hospital facilities have been relatively few. Over the past decade, however, the demand for private hospital care has increased as a result of the growth of private health insurance, health plans operated directly by major employers, and a few prepaid provider plans. These third-party payment mechanisms reduce the prices paid by beneficiaries for inpatient care, although the cost of insurance coverage still limits access to private facilities to those with relatively high incomes.

In Colonial times, private charitable organizations, called *beneficencias* in Latin American countries, established hospitals at which the poor received care at no charge. Today, the private health subsector still includes a nonprofit component, whose services are provided through a proliferation of NGOs and PVOs. Most are funded by international charitable organizations; others by indigenous cooperatives. Some of these services, however, have become quasi-public operations, in that their medical staffs are paid by ministries of health, although other recurrent costs are typically paid from international donations and user fees (see, *e.g.*, Zschock 1988).

Most sales of pharmaceuticals also take place through the private sector. Public sector essential medicines programs generally account for only a small proportion of total production and sales of pharmaceuticals, leaving most users of public health services with only one option: to purchase their medicines from private sector pharmacies that primarily sell brand-name products.

In the rural areas of the Latin American countries, the private sector also includes many practitioners of "traditional" medicine—healers and midwives—for whose services households pay directly, either in cash or in kind.

THE SOCIAL SECURITY AND PUBLIC SUBSECTORS

In most Latin American countries, the beginnings of medical care programs funded and operated by social security institutions date back to the period after World War I, while most ministries of health were created only after World War II. Today the former, funded by wage-based contributions, cover employees working in the modern sector, while the latter, funded from general tax revenues, have a three-fold responsibility: to serve as policy-making and regulatory bodies for the health sector as a whole, to promote and deliver preventive health care for the entire pop-

17

ulation, and to provide free curative health services for low-income population segments (Roemer 1986).

General revenue taxes (levied on imports and exports, domestic sales, and personal and corporate incomes) are the single most important source of financing for health services in the LAC region. As mentioned earlier, however, spending under the medical care components of social security programs in the lower-middle-income Latin American countries nearly equals public health expenditures, although the target populations of social security programs are much smaller than those of ministries of health. In the English-speaking Caribbean countries, social security programs have a more limited role in health care financing. Some make payments to the ministry of health, while others provide no medical care benefits at all. Like Great Britain, these countries have opted for a predominantly public sector health services system, funded primarily from general tax revenues (Hoare and Mills 1986).

The expansion of primary health care, a policy developed and pursued under PAHO auspices in all LAC countries since the early 1970s, is generally regarded as a responsibility of ministries of health (Zschock 1980). In addition, in several Latin American countries, hospitals for the poor, supported by *beneficencias*, also became the responsibility of the public sector when they were given over to newly-formed ministries of health in the 1960s and 1970s. These twin burdens—to expand primary health care and also support secondary and tertiary health care facilities—have caused ministries of health in most of the Latin American countries to become increasingly inefficient, particularly as they have had to cope with severe budget constraints at the same time that the costs of many health services inputs (*e.g.*, wages and benefits, pharmaceutical supplies) have greatly increased.

NATIONAL HEALTH SYSTEMS

The very generalized profile of LAC health systems provided above varies from country to country (see Zschock 1980, 1986, and country-specific sources where noted). For some countries, very little health system documentation is available; except for Belize, El Salvador, Honduras, Jamaica, and Peru, where USAIDs have sponsored recent health sector resources analyses, there have been no international donor-sponsored health financing assessments in the countries reviewed here, during the

present decade. The following summaries briefly describe health sector characteristics in the ten countries that provide the foci for this paper.

— **Bolivia** provides health services under social security and ministry of health programs. The private health sector still lacks prepayment plans, except for health services provided by large employers such as some of the extractive industries. Many small NGOs and PVOs provide primary care, and an experimental network of private PHC services in Santa Cruz, whose development has been supported by USAID, is increasingly successful in self-financing from user fees; this model is being considered for implementation in several other urban centers (Rosenthal *et al.* 1988).

— In **Peru**, MOH services account for slightly less than a third of total health sector expenditures. The medical care program of the country's social security institute accounts for another one-third. A diversified private sector consists of various NGOs (many of which are heavily dependent on public subsidies and international support), many individual fee-for-service practitioners, and an expanding segment of private risk-sharing plans in the Lima/Callao area. Together, these private sector alternatives account for most of the balance of total health sector expenditures (Zchock 1988).

— During the 1970s, **Ecuador** made a strong commitment to public health care with the construction of a network of regional and local hospitals operated by the MOH. Together with the even more recent expansion of PHC, this growth explains the increase in public health expenditures as a proportion of GDP noted above. Medical care is also provided under two social security programs—an urban program and a semi-autonomous rural program that provides basic health services funded, in part, by user prepayments. In the country's two principal cities, private sector care is beginning to include prepayment arrangements. NGOs play only a minor role in the Ecuadorian health sector.

— Both **El Salvador** and **Honduras** have relatively large public health programs, but only very limited provision of medical care under social security. Both have received large foreign aid infusions over the past decade to help expand public health services. Individual private practice medicine is limited to the major urban areas, with no risk-sharing arrangements yet in evidence. In both countries, many NGOs provide primary and hospital services (USAID/Honduras 1980; for El Salvador, see Fiedler 1986).

— **Guatemala's** health system is predominantly public, with 90 percent of the country's health services provided by the MOH and social security

19

institute. However, government financing of health care is limited, and services are concentrated in the capital and major cities. Private health services now include an emergent health insurance industry and many NGOs, but their physical facilities are concentrated in the capital city. In rural agro-export areas, some private health services are provided through producers' organizations (Gwynne 1988).

— The **Dominican Republic** has extensive public health services, but only a relatively small medical care program under social security. There is an unusually large for-profit private sector in Santo Domingo, the capital, offering fee-for-service care as well as prepayment plans. Health insurance coverage is expanding in Santo Domingo (see Ramirez *et al.* 1986; Gomez 1988).

Central government expenditures in the English-speaking Caribbean countries tend to be larger shares of GDP because of these countries' predominantly public health care systems. Correspondingly, public health expenditures also represent more sizable proportions of GDP (as is evident in Table 3 for Jamaica). Most of these countries have social security organizations, but only some of them provide medical care benefits. Private health insurance is available, but most of the Caribbean countries are too small to sustain extensive prepayment arrangements (Jeffers *et al.* n.d.).

— In **Jamaica**, the public sector accounts for two-thirds of total health expenditures, but most of the MOH budget is spent on secondary and tertiary care. In 1981, private spending for health care represented about one-third of total health sector spending. Most of this spending was for PHC and most was out-of-pocket, but approximately one-fourth represented health insurance payments. Since then, there has been some expansion of private alternatives, including at least one HMO. The government of Jamaica—facing deteriorating public health facilities and insufficient funding because of declining general tax revenues, and encouraged by foreign donor agencies—has begun to implement privatization of public hospital support services (*e.g.*, laundry, catering), and to charge user fees in public hospitals. Social security funds in Jamaica do not provide medical services (see Garrison *et al.* 1985; Rice *et al.* 1985; Hamilton and Hinchcliffe 1988; Lewis 1988b).

— In **Belize**, the public and private sectors account for almost equal proportions of estimated total health sector expenditures. A social security program makes a small annual lump-sum contribution to the public health budget for medical care coverage of enrollees injured on the job. The MOH operates the country's only large hospital, as well as several small rural hospitals. There are currently two small private hospitals

20

operating in Belize City. Agro-export interests (*e.g.*, the Banana Control Board) operate PHC services for their workers and families (USAID/PAHO 1982; Raymond *et al.* 1987; Colon *et al.* 1989).

— In **St. Lucia**, public health services represent about five percent of GDP, an amount that includes an annual lump-sum contribution from the country's social security program to provide coverage for its enrollees. Public funds support the national hospital and two smaller hospitals, and provide a substantial subsidy of about half the budget (including staff salaries) of a quasi-public hospital—a government-owned facility run privately by a religious organization. The relatively small private health subsector consists of physicians who see patients at private offices (and sometimes at the national hospital) on a fee-for-service basis; private health insurance is available, but has limited coverage (see Russell *et al.* 1988; Jeffers *et al.* n.d.).

Several general observations can be made on the basis of this brief review of LAC health systems:

— the post-World War II evolution of the health sector in the 10 LAC countries on which this paper focuses has tended to favor a dominant public sector. Ministries of health are responsible for sector-wide planning, policy formation, and regulatory functions, as well as for the general promotion of preventive health services, and for personal health services for the medically indigent;

— however, ministries of health are insufficiently funded for fulfilling these responsibilities, especially in recent years of economic crisis and dwindling general tax revenues, during which they have also been saddled with heavy cost burdens of hospital care;

— in the Latin American countries, although the financing of medical care under social security approximately equals the amount of general tax revenues allocated to ministries of health, social security beneficiaries represent a smaller proportion of the population than the MOH target population. Of the English-speaking Caribbean countries, several use social security revenues to help fund health services through ministries of health (*e.g.*, Belize, St. Lucia); others (*e.g.*, Jamaica) do not;

— in Latin America, coordination between public health services and medical care under social security, promoted by PAHO, has been effectively implemented in several of the more advanced countries of the region (*e.g.*, Brazil, Costa Rica, Panama), but it has not progressed in the lower-middle-income countries reviewed here;

— private health services began to expand, appreciably in some countries, in the mid 1970s. In part, this expansion has been due to deficiencies

21

in social security medical care programs, and in part it has been in response to perceptions of poor quality care in public health facilities. To a considerable extent, however, the expansion of private health care has also been the result of expanding employment and rising incomes in the modern sector—and, HCF/LAC studies suggest, of the imposition of user fees in the public sector (see Chapter V, below);

— private health insurance and other prepayment plans, sponsored by employers or health services providers, have emerged in the last decade as important sources of financing and coverage in several urban areas (*e.g.*, Lima, Santo Domingo);

— NGOs and PVOs, some sponsored internationally and others indigenously founded by cooperatives, have taken the place of the *beneficencias* that in earlier decades were important sources of privately-funded health care for the poor. Like the *beneficencias*, however, many NGOs/PVOs have become dependent on national governments or international donor agencies for much of their support, thus limiting the extent to which they represent private sector alternatives to government financing of health care. Also, since most NGOs/PVOs require user payments or membership contributions, they are not likely to be financially accessible to the countries' medically indigent populations, unless they are heavily subsidized.

DONOR HEALTH POLICY

Both AID and the World Bank initiated their support for health services development in the mid-1970s. AID began to provide direct support for primary health care programs at that time; the Bank limited its support to the inclusion of health components in loans in other sectors until 1980, when it changed its policy to include direct health sector lending. Meanwhile, AID's support for public health programs continued, but the Agency also increasingly promoted cost recovery (*e.g.*, user fees, prepayment plans) as alternatives to the predominant reliance, in LAC countries, on general tax revenues for the expansion of PHC. Throughout the last two decades, the Interamerican Development Bank (IDB) has also been a source of loans and technical assistance grants in the health sector, but the IDB has not contributed to the policy debate on health sector priorities.

AID HEALTH FINANCING POLICY

By 1982, AID had concluded that comprehensive PHC programs were not improving coverage or achieving reduced morbidity and mortality,

22

particularly among children. It therefore instituted its own more narrowly focused child survival strategy, emphasizing a few specific interventions but also continuing general health systems support. AID policy mandates, however, that health financing concerns should be addressed in all health projects.

According to the 1986 AID health policy statement (AID 1986a), the maintenance of child survival gains requires revising national policies to promote two financing goals: cost containment through increased efficiency in public health services delivery, and greater involvement of the private sector in the mobilization of financial resources and delivery of child survival services. Beyond its priority concern for child survival and directly related financing issues, AID also envisions using health financing alternatives to help support the development of sustainable health care systems. Toward this end, "the Agency is giving special attention to research on improved approaches to financing health care . . . ," particularly in middle-income countries (AID 1986a:7).

Another AID document, *Health Financing Guidelines* (1986b), provides more detail on the Agency's policy concerns with cost containment, resources mobilization, resources allocation, and health sector organization. The guidelines' primary objective is to encourage LDCs to develop sustainable, cost-effective health programs in response to three basic problems: inefficient use of existing health resources (financing, facilities, personnel, and supplies), inadequate domestic financial resources mobilization, and inequitable distribution of existing resources. The guidelines do not attempt to pinpoint the causes of insufficient public sector resources, but do specifically identify user fees and insurance mechanisms as the means to supplement public health care financing from general tax revenues. They note, however, that "full cost recovery" (*i.e.*, the total financing of health services from sources other than general tax revenues) is not the goal of AID's health financing policy.

To accompany the mobilization of financial resources other than general tax revenues, the AID guidelines call for several specific measures, including greater cost containment based on improved cost-effectiveness of health services delivery; reduced delivery of PHC at hospitals and greater reliance on health centers and posts; and introduction of cost accounting mechanisms at health care facilities. Potentially the farthest-reaching measure to contain public health expenditures (though not necessarily unit costs) is "to shift the responsibility and costs of providing most personal curative services from the public sector to those willing and able to pay in the private sector" (AID 1986b:11).

Many of the practical issues involved in implementing the AID health financing guidelines were discussed at the Agency's bi-annual LAC region health officers' meetings in 1984 (MSH 1984) and 1986 (Birch and Davis 1986). The 1984 meeting aired concerns that user fee and community financing requirements would have a limited impact on public health budgets, and might possibly interfere with the implementation of child survival program objectives. These concerns notwithstanding, the AID health officers agreed that greater reliance on social security and private sector financing and health care delivery alternatives were crucial to the implementation of the Agency's health sector assistance strategy in the LAC region.

Meeting again in 1986, the LAC region health officers agreed that user fees should be promoted only if their expenditure can be directly linked with improvements not just in the quantity but also in the quality of care provided, and again expressed concern that the implementation of the recently-issued health financing guidelines, because of their emphasis on cost recovery through user fees, might conflict with the implementation of the child survival strategy. In view of the general lack of information in the LAC region on households' health care seeking behavior and willingness to pay for services, either directly or through insurance mechanisms, the health officers identified a need for health care demand studies. The experience with AID projects that address health financing objectives, reflected in the health officers' observations at these two meetings, is summarized in two recent surveys (Lewis 1987a; REACH 1989).

WORLD BANK HEALTH FINANCING POLICY

In 1980, in conjunction with its decision to lend directly for health sector projects, the World Bank initiated a series of policy studies on health care financing. Its 1980 *Health Sector Policy Paper* (World Bank 1980) called attention to the typically low levels of efficiency and effectiveness of public health services in developing countries.

Soon afterwards, the director of the Bank's newly-formed Population, Health and Nutrition Department, Dr. John R. Evans (Canada's former Minister of Health), together with two advisors, prepared a far-ranging diagnosis of LDC health problems and needs (Evans *et al.* 1981). Going beyond the earlier policy document, Evans *et al.* focused on opportunities for central governments—in the face of a "continuing scarcity of public resources" (*ibid.*: 1122)—to supplement current sources of

24

health services financing by mobilizing support from other sources. For middle-income countries, Evans recognized social security institutions as integral to the financing of health care, particularly in Latin America. He also viewed user fees as important means of supplementing financing from tax revenues, noting that in the private sector, even in lower-income countries, health programs sponsored by religious organizations recover a considerable part of their operating costs in this way. While warning that "multiple independent initiatives may complicate the evolution of a rational system unless they are developed within a general framework," Evans *et al.* nevertheless called for "mobilization of resources for health from the widest spectrum of alternative sources . . . , ensuring that these resources are a net addition to public funding rather than a substitute for it" (*ibid.*: 1123).

The World Bank subsequently developed an economic rationale for the distribution of health care financing responsibilities (de Ferranti 1985). Using the economist's distinction between public and private goods (the benefits of the former are generally shared, while those of the latter are enjoyed individually), the Bank advocated assigning responsibility for payment accordingly. Applying this principle to health care, preventive services should be publicly funded through the tax system, while curative services should be financed by their users, who could pay for these services either directly or through participation in prepaid risk-sharing plans. In most LDCs, however, public health services are predominantly curative rather than preventive, and expenditures for hospital care far exceed funds allocated for primary care. Present policies thus need to be "substantially reoriented," and the "growing faith that health care should be totally paid for and administered by government needs to be vigorously challenged" (de Ferranti 1985).

In 1987, based on its earlier analyses and several years of health sector lending experience, the Bank issued its widely-circulated policy study, *Health Care Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform* (World Bank 1987). Employing its classification of health services along a private goods/public goods spectrum, the Bank proposed four policy reforms:

— charging user fees at public health facilities, especially for curative care and drugs. Fees should be scaled to protect the poor, and the revenues thus collected should be used to improve and expand health services for the poor;

25

— facilitating the development of social and private health insurance, without which public hospital charges, in particular, cannot be increased;

— encouraging nongovernmental providers of health care to charge prices that consumers are prepared to pay, so as to allow public health services to concentrate increasingly on preventive care; and

— decentralizing government health services, particularly those for which user fees can be collected, and using local decision-making power and revenue collection as incentives for improving quality and efficiency at the point of service delivery.

The Bank's "agenda for reform"—in particular, its call for the imposition of user fees—is by no means universally embraced (see, *e.g.*, Gilson 1988, who criticizes the Bank's policy on equity grounds). In 1987, this "agenda" was submitted to a critique, at the invitation of PAHO, by several Latin American public health authorities, and their comments, both in support of and critical of the Bank's policy, were subsequently published (see "Mesa Redonda" in Musgrove 1987b).

— Dr. Abraham Horwitz, Director Emeritus of PAHO, observed that the World Bank's position fails to take into account the consequences of this decade's economic recession and subsequent adjustment policies, and the effects of both on health care financing. He also warned that the study's conceptual distinction between curative and preventive care, suggesting private and public payment obligations respectively, should not be construed as a recommendation to separate these types of care, which health professionals consider to be mutually supportive activities. Horwitz went on to note that the public sector, before instituting (or increasing) user fees, must recognize that as much as a third of total health care spending in the region is already accounted for by direct household payments for health services.

— Dr. Julio Frenk, Director of Mexico's Institute of Public Health, questioned the Bank's public/private goods distinction as largely inapplicable to health services, inasmuch as most curative care has important social as well as private benefits. Implementation of the study's recommendations, in Frenk's opinion, would tend to lead countries toward a fragmentary health care model, while most countries in the region are working toward an integral organization of the health sector. He also questioned private alternatives—aside from the health sector's fragmentation, to which they may contribute—because he believes them to be inherently more costly than public health services, even among nonprofit providers.

26

— Dr. David Tejada de Rivero, Peru's former Minister of Health, pointed out that it is the "political demand" for government-funded curative care, on the part of both users and providers, that undermines attempts to reallocate public sector resources toward preventive care and inhibits the expansion of private sector alternatives. Public sector decision-makers, he advised, should recognize that charging user fees—with exemptions for the indigent—would in effect reduce the implicit subsidy that free care represents for those who are able to pay for services. He noted that "no government will be able to achieve the goal of health for all" without increasing private sector participation in health services financing and delivery.

— Dr. Antonio Ordonez Plaja, former Minister of Health of Colombia, found the Bank's policy study lacking in guidance on the relative roles of the public and private sectors, and on the legal and administrative reforms necessary to implement its recommendations for reform. While accepting the study's contention of widespread public sector inefficiency as generally applicable within the region, he warned that health insurance schemes also have a poor record of cost containment. Ordonez also called attention to the effects of the region's economic crisis on the population's ability to pay for health services.

The reservations expressed by these commentators about the validity and acceptability of the World Bank's policy study on health care financing apply equally to AID's health financing guidelines. These reservations basically fall into two categories: those that fault donors' policies in this area for failing to consider the impact on health financing of the economic recession and subsequent adjustment policies, and those that question donors' preferences for private sector alternatives on equity, efficiency, or political grounds.

27

III. RESEARCH METHODS OF HCF/LAC STUDIES

COST STUDIES

The HCF/LAC project carried out cost analyses in two different types of settings: national hospitals (in Belize and St. Lucia) and public and social security PHC facilities (in Ecuador). In each case, "cost" was defined as the fully-accounted-for expenditures used to produce final health services.

In the **Belize** and **St. Lucia** hospital cost studies (Raymond *et al.* 1987; Russell *et al.* 1988), the research methods used were nearly identical. Each study involved the use of five steps to identify total costs and unit costs for all departments in the two national hospitals studied.

— For each hospital, the most recent line item expenditure report was assembled, primarily from hospital and MOH records.

— In discussions with hospital employees, "cost centers," representing all hospital departments and other discrete units, were identified. These cost centers were separated into those providing patient-related services, either directly or indirectly, and those providing non-patient-related services.

— The line items in the hospital expense report were assigned to these cost centers. The resulting figures were further adjusted to include costs incurred by the hospital but not reflected in its budget or expenditure report (*e.g.*, prorated shares of MOH central administration), and to exclude costs incurred elsewhere but recorded in the hospital's expenditure report (*e.g.*, time spent by hospital maintenance personnel at other facilities).

— The costs of indirect departments were allocated across the direct service departments using the "step-down" procedure.[1] Briefly, all the costs of the indirect department providing the highest volume of services to the widest range of other departments (*e.g.*, Administration) were allocated to the remaining indirect departments, direct service departments, and other departments. The costs of the other indirect departments were then allocated similarly, until all such costs had been allocated to direct service and other departments. The allocation was

performed using indices called "allocation statistics." For example, for depreciation and annuitization the allocation statistic was the square footage occupied by each department; for administration, direct expense per department; for hospital stores, supplies expense per department; for nursing administration, nursing staff per department.

— Finally, the total (direct plus indirect and overhead) costs per unit of service were calculated for the direct service departments. Total costs were divided by total service volume to arrive at the unit costs of providing services (*e.g.*, bed days).

In Ecuador, the HCF/LAC project analyzed the costs of 18 primary health care establishments and the direct services they offered. The quality of services at the 18 facilities, and the equity of their distribution, were also studied (Gomez 1987).

The case studies included eight public health (MOH), seven rural social security (SSC), and three PVO facilities, located in two provinces—one in the mountains and one on the coast. Over 90 percent of Ecuadorians live in these two regions. Selection of cases for study was based on geographical and subsectorial comparability; the proportion of the target population at a low socioeconomic level; and data availability.

This study used a greatly simplified version of the step-down method (see above) to allocate system-wide overhead and indirect service costs to the level of primary health care centers. Overhead is defined here as the cost of national and provincial-level health system administration; indirect services include those that support the delivery of direct services, such as laboratory tests, maintenance, transportation, training, etc. Most of these services are provided for health centers by higher levels of care (typically provincial hospitals), but some are produced at a health center as part of its staff's responsibilities. If support services were provided at the provincial level, they were included in the overhead cost estimate; if they were part of a center's staff responsibility, they were allocated to final services in accordance with the study's allocation of staff time to each final service.

— Overhead costs for MOH centers were estimated at the central and provincial levels, based on estimates of the respective proportions of overhead that should be allocated to each institution's levels of services delivery.

— The same approach was used to calculate SSC overhead cost allocations to health centers. The overhead percentages were larger, however, because the SSC delivers primarily basic health services, with

-29'

only limited provisions for hospital care, whereas the MOH carries a major hospital cost burden.

— The recurrent costs of resource inputs directly identifiable with each center were extracted from provincial and health center records.

— The costs of most health center buildings and equipment were calculated based on their replacement cost at current market values, and then amortized with reference to the useful life-spans of these facilities. In some cases, rental cost was used.

— Each center's total resource input costs were then allocated to each category of final services, proportional to the distribution of staff time devoted to each category, except that certain costs (such as food supplements and vaccinations) were allocated wholly to those respective services.

— The unit costs of final services were calculated by dividing the number of services delivered over one year by the expenditures identified with that category of services for the same year.

The study also attempted to assess the quality of health services, the equity of their distribution, and the relationship of quality and equity to costs. Quality was assessed by

— identifying existing standards for care and evaluating health facility employees' knowledge of these standards;

— evaluating the degree to which the standards were being applied at each establishment; and

— reviewing the supervision process at different levels.

Equity was measured simply, and only at the regional and provincial (as opposed to the individual facility) levels, by examining data on the distribution of real and financial resources across the population. The relationships between the distribution of these resources and population distribution provided the basis for equity analysis. The variables were:

— human resources (*e.g.*, physicians, nurses);

— outpatient health care facilities (*e.g.*, health centers, health posts);

— complementary physical resources (*e.g.*, x-ray equipment, laboratories); and

— corresponding financial resources.

DEMAND STUDIES

The data needed for health care demand analyses are usually collected in household surveys. The HCF/LAC project's analysis of the demand for

30'

health care in Santo Domingo, Dominican Republic (Bitran 1989), was based on data collected in such a survey, undertaken under HCF/LAC auspices (Gomez 1988).

A probabilistic household sample survey was selected as the best mechanism for obtaining information on the behavior of the population of Santo Domingo vis-à-vis available health services, and on the determinants of this behavior. A fundamental premise of the effort was that an analysis of health services utilization must systematically consider the relative importance of various factors that can affect demand by households. Some of these factors pertain to individuals; some are attributes of the surrounding environment; and some reflect the supply of services available. The survey thus took into account

— demographic factors (*e.g.*, age, sex, labor force participation);
— biological factors (*e.g.*, pregnancy and the perceived presence of illness);
— sociocultural factors (*e.g.*, educational attainment and respondents' knowledge of available services);
— economic factors (*e.g.*, household income and assets); and
— institutional factors (*e.g.*, the distance of health services and perceptions of the accessibility and quality of different types of health care providers).[2]

The design of the survey instrument was based on other surveys, particularly the Peruvian household survey of health and nutrition (Gertler *et al.* 1987), and on the recommendations of the study's Advisory Committee, made up of representatives of the health subsectors in Santo Domingo and USAID officials. This process also guided preparation of a fieldwork manual for the conduct of interviews, which set standards for interview quality and efficiency and discussed concepts and definitions pertaining to the interview procedure. Data for all members of selected households were included in the questionnaire (although not all questions were asked of all persons). The questions were to be answered by every adult in each household, or by the head of the household or his/her spouse, or by an adult familiar with all members of the household.

The survey population was divided into three socioeconomic residential strata (low, middle, and high), based on household characteristics such as the proportion of a household's income spent for food, the presence or absence of running water in the home, and appliance and automobile ownership. The probabilities that any given household within a

31

stratum would be selected were equal, but differed from stratum to stratum since the sizes of the strata varied, and since—for sampling efficiency—samples of similar size were required from each stratum.

Within each stratum, "clusters" of dwellings containing households to be interviewed were defined, based on "supervision areas" identified for the 1981 national census. Cluster size varied from 30-100 dwellings. Clusters were further divided into "segments" (subdivisions of supervision areas) with an average size of about 14 households each. An average of six households was selected from each of 500 segments to provide the survey sample. The survey was thus planned to cover a total of 3,000 households, concentrated in 250 supervision areas.

Ultimately, 2,537 of the 3,000 households selected were surveyed: 571 from the high stratum, 967 from the middle, and 999 from the low. These households, containing 11,565 persons, represented 84.5 percent of the selected sample—an acceptable level of data collection efficiency. Excellent results were obtained in the low and middle strata (90.5 and 91.1 percent coverage), but results in the high stratum (67.2 percent coverage) were only fair, due to interviewers' difficulties in obtaining access to respondents living in higher socioeconomic conditions. Restored absolute figures for the study universe were obtained by weighting the sample results by the reciprocal of the probability of selection, adjusted for non-responses.

The Dominican research organization IEPD (Institute of Development and Population Studies) was responsible for data collection and for the initial phases of data processing. Five field teams, each one consisting of a supervisor and five interviewers, collected the data. The schedule of work called for interviewers to survey an average of one segment (see above), or an average of six households, per day per interviewer. The final result, 2,537 completed interviews, represented an average of 5.1 interviews per day per interviewer, which is quite acceptable compared to the efficiency typically achieved in urban surveys in the Dominican Republic and other countries in the region.

Computer operators recorded the collected information on diskettes, using the ISSA computer program, which allowed the data to be checked automatically for inconsistencies. When these were encountered, continuing the program required that the operator enter corrected information. The database created with ISSA was then converted into files designed for the SPSS computer program for the production of cross-tabulations.

Quality control of the data included daily reviews of all questionnaires; daily reviews of each interviewer's work; data revisions based on random re-interviews of 10 percent of all households; and the compulsory checking and correcting of the data mandated by the ISSA program. The re-interviews, involving 250 households, had two purposes. The first was to encourage the interviewers, who knew there would be re-interviews but not which households would be selected, to work accurately and honestly. The second was to generate a statistical indicator of quality: the rate at which differences between the interview and the re-interview occurred for each question was checked. The results of the comparison of interviews with re-interviews was quite satisfactory (see Gomez 1987:33).

Meanwhile, IEPD conducted a supply-side inventory of the health resources available to the survey population. Its objectives were to identify all outpatient and inpatient health facilities in Santo Domingo as well as all noninstitutional pharmacies and drug stores, and to collect information on these facilities. This permitted an assessment of survey respondents' knowledge of the health resources available to them, as well as an understanding of the amount of influence that the objective characteristics of different health care facilities had on the health care seeking behavior of the population.

In addition to these databases, demand analysis also requires an economic model of health care seeking behavior that captures the process by which consumers evaluate their options and choose among them (see Akin *et al.* 1985 for a review of economic models of the demand for care; see also Bitran 1988:15 ff.). Applying such a model to the databases, the HCF/LAC study team produced a series of demand equations to estimate the amount of health care consumed, subject to demographic, biological, sociocultural, economic, and institutional factors (for technical detail, see Bitran 1988: Appendix B).

For outpatient care, eight explanatory variables (sex, age, social security coverage, household income, education, price of medical care, travel time to health facilities, and type of health problem) were tested for their effect on each of two dependent variables (whether or not to seek medical care in case of illness, and which health subsector to use). This was repeated for inpatient care, except that the decision to seek/not seek inpatient care was omitted (since inpatients have relatively little choice about whether or not to seek care), as were the effects of price on inpatients' choice of subsector (due to database limitations). This procedure provided estimates of the current demand for health care, and also

-33

assessments of the likely impact on demand if one or more of the explanatory variables—for instance, the price of services—were to change.

ALTERNATIVE FINANCING STUDIES

Studies of ways to finance health services other than through general tax revenues are typically based on institutional data sources. Researchers gather data on management systems, financing mechanisms, and means of payment and disbursement, then attempt to determine the interdependency and interaction of institutional subsystems in terms of achieving intended objectives. They also analyze existing or proposed financing and delivery mechanisms with reference to comparative typologies of such mechanisms, developed on the basis of experiences in other parts of the same country, or—more typically—in other countries.

In **Peru**, HCF/LAC researchers studied the kinds of private sector health care financing mechanisms currently existing in the Lima/Callao metropolitan area, where health insurance sales have grown in recent years and other prepayment mechanisms have emerged (Solari *et al.* 1987). The study team originally expected health care providers, insurers, and employers to provide them with cost and utilization data. However, such information was not forthcoming from these sources—mainly because the agencies involved did not systematically collect it, but also because they were reluctant to share their data due to the competitive nature of the market. The study team therefore modified its methods to emphasize institutional and other qualitative data collected in interviews with representatives of different areas of the private health sector.

Ultimately, a typology of health services financing and delivery arrangements in Lima/Callao was established, the evolution of these arrangements was traced, their current four basic configurations were identified, and the potential size of the private risksharing market in Lima/Callao was estimated, using both institutional and household survey databases.

In **Bolivia**, the HCF/LAC study team estimated whether health care facilities run by PROSALUD, a private-sector PHC delivery system, would generate sufficient revenues to be "self-financing" (Rosenthal *et al.* 1988). Self-financing was defined in two ways: individual PROSALUD facilities might eventually cover all their own costs, or they might cover these costs plus their share of their parent organization's costs. Major steps in the study included:

. 3t

— examining the potential utilization of health care facilities in the markets served by two existing PROSALUD facilities, using data on community attributes from a recent household survey;

— establishing the total costs of these two facilities (calculated two ways—including and excluding central office costs). The output measure used was an "episode of illness treated"—a package of diagnostic and curative services, including an initial and any follow-up visit(s) to a physician, provided in response to a single health problem. All health services were assumed to be associated with episodes of illness, and were distributed accordingly within each health center;[3]

— determining the capacity of each facility by estimating total physician time available for patient care and dividing it by the average time spent per physician per episode of illness, which yielded the maximum number of episodes that could be treated per facility with existing staff and patterns of time distribution;

— estimating the facilities' potential for self-financing. Ranges of potential revenues were developed for two different financing mechanisms, fee-for-service (FFS) and a prepayment plan. This provided the basis for assessing whether each facility would reach a break-even point, represented by the relative numbers of FFS and prepaid patients it would have to treat (at current or adjusted fees) so that its total revenues would equal or exceed its total costs. To calculate these points, the study team took into consideration the degree to which FFS users actually paid their charges, and the number of prepaid episodes treated at a facility (the latter generating less income); and

— finally, relating the break-even points to the predicted utilization levels developed earlier, to ascertain the practical feasibility (as opposed to the hypothetical possibility) of reaching the break-even point.

In **Guatemala**, an HCF/LAC study team assessed the feasibility of extending primary health services via the private sector to currently underserved agro-export workers and their families in the South Coast region of the country (Gwynne 1988). Using a case study approach, the study team analyzed the organization, coverage, and (where possible) costs of currently-existing South Coast private sector health care arrangements—both organizationally-based, multiple-site arrangements and individual or single-site practices or programs. The entities analyzed were those that, based on selected criteria, had the greatest potential for extending primary health services in the region. The implementation and

35

potential sustainability of extended health services were also considered. The analysis involved three major steps.

— To gauge the capacity of existing arrangements for extending health care to agro-export workers and their families, a typology and corresponding inventory of private South Coast health care resources was developed. The four most common types were the *ad hoc* provision of PHC by local private physicians; health services provided by individual plantations for their own workers; other arrangements consisting (like the individual provider arrangements) of single health care provision sites (*e.g.*, clinics sponsored by Catholic parishes); and arrangements characterized by multiple sites (*e.g.*, facilities run by the National Coffee Growers' Association).

— Health care arrangements were selected as case studies based on the likelihood of each becoming an effective vehicle for extending primary health care to the target population. The criteria used in ranking organizationally-based, multi-site health services providers included: (1) willingness to continue to serve the target population; (2) willingness to expand services to the target population; (3) managerial capability; (4) acceptability to farm owners ("acceptability" was defined as comprising two considerations, management control and cost); and (5) long-term economic sustainability. Each of these criteria received equal weight.

— The study team felt it was inappropriate to apply two of these criteria—"willingness to expand" and "managerial capacity"—to individual providers or organizationally-based single-site efforts. A second set of criteria was thus developed for these two categories of providers. It consisted of three of the same criteria applied to organizations (numbers 1, 4, and 5), plus a new one: the probability that a given individual provider or single-site effort would be able to develop an "umbrella" organization capable of administering the health care delivery efforts of several such arrangements. This criterion was considered so important that it was assigned a weight equal to that of the other criteria combined.

36

IV. COSTS OF HEALTH CARE

The LAC region's economic crisis, and the constraints it has imposed on public health financing, have caused LAC health authorities and international donors alike to promote "cost containment" in the delivery of health services. In the absence of cost accounting systems, and given the limited information available on the quantity of services delivered, however, "cost containment" must be assumed to refer to efforts to contain *expenditures*. Improving "cost-effectiveness" has also been a policy priority; AID's health assistance policy paper and health care financing guidelines (AID 1986a, 1986b) include the specific goal of encouraging the development, in LDCs, of cost-effective interventions and programs. Despite these concerns with costs, however, few cost studies have been carried out in the LAC region (see Roberts on 1985 for summaries of pre-1985 cost studies in LDCs, including several in the LAC region).

This chapter presents findings from the five recent health care cost studies undertaken in the LAC region. Three were carried out by the HCF/LAC project: a cost study of PHC establishments in Ecuador (Gomez 1987), and cost studies of the major national hospitals in Belize (Raymond *et al.* 1987) and St. Lucia (Russell *et al.* 1988). The other two recent cost studies in the region focused on the management of health services in Belize, Grenada, St. Kitts-Nevis and St. Lucia (Hamilton and Hinchcliffe 1988) and on the cost-effectiveness of routine vs. mass campaign vaccination strategies in Ecuador (Shepard *et al.* 1989). The vaccination study, carried out by REACH, was complementary in design with the HCF/LAC cost study of Ecuadorian PHC facilities, and the two studies were undertaken simultaneously. This permitted some comparative cost analysis of alternative strategies.

ECUADOR

In Ecuador, an HCF/LAC study team calculated the total annual costs of each of 18 PHC facilities selected from the public, SSC, and private sub-

sectors, as well as the average unit costs of the final services delivered at these facilities. Major findings of the study included the following:

— the total annual costs of the Ecuadorian PHC facilities varied greatly, but in general costs were slightly lower for SSC facilities than for MOH facilities. The higher annual total costs of MOH facilities were probably due primarily to their greater variety of final services, including, *e.g.*, vaccinations, health promotion, and dental services;

— however, the MOH facilities' costs per comparable unit of service (a more meaningful measure for comparative purposes) were lower than those of SSC facilities offering fewer services. There was some indication that SSC facilities provided qualitatively better curative care, but these facilities did not offer the wider range of services (especially preventive services) that the MOH facilities provided;

— personnel costs represented more than 50 percent of total costs at most of the Ecuadorian facilities, as is to be expected with a labor-intensive service such as primary health care. This was true of both MOH and SSC facilities; however, MOH facilities employed larger numbers of personnel at relatively lower salaries (50 percent lower than SSC salaries), while SSC facilities employed fewer but more experienced, and thus more costly, doctors and dentists;

— building costs represented the second largest cost item at MOH facilities (on the average, 20.5 percent of total costs), while at SSC facilities, supplies (mainly pharmaceuticals) were the second largest input, reflecting the fact that SSC facilities are generally better supplied with medicines than MOH facilities;

— curative services, provided mainly by physicians or dentists, tended to have higher average costs than preventive services, which had higher inputs from (less costly) auxiliary nurses. Although the MOH facilities offered more (and more diversified) preventive services than the SSC facilities, there was a greater emphasis on curative than preventive services in both subsectors;

— consistent with the finding that a greater variety of services tended to be associated with lower unit costs, the costs of vaccinations were lower at MOH facilities offering a wider range of services.

Concurrently with the HCF/LAC study, Shepard *et al.* (1989), using a 1986 national household survey of vaccination coverage and a study of selected field sites as additional databases, compared the costs of routine vaccinations at PHC facilities of the Ecuadorian MOH (such as those studied by the HCF/LAC project) with the costs of vaccinations

administered during a mass immunization campaign conducted as part of the PREMI program (a USAID-supported child survival program of the Ecuadorian MOH). The study found that

— the mass vaccination campaign had higher unit costs than routine services. The average cost of vaccinations, per dose, was US $0.83 for campaign vaccinations and US $0.29 at PHC facilities. The costs per fully vaccinated child were US $8.60 and US $4.39 for campaign and routine services, respectively, while costs per child death averted (based on disease-specific mortality rates recorded in Ecuador) were estimated at about US $4,200 and US $1,900, respectively;

— the mass campaign appreciably improved vaccination coverage of younger children who had not been served by PHC facilities, and overall raised the proportion of children under five who were fully vaccinated from 43 to 64 percent. In that sense, the mass campaign was perhaps equally as cost-effective as routine vaccinations—possibly more so.

BELIZE AND ST. LUCIA

HCF/LAC study teams in Belize and St. Lucia calculated the fully-accounted-for costs of each country's national hospital: Belize City Hospital in Belize and Victoria Hospital in St. Lucia. Each of these government-run facilities was absorbing a large percentage of its nation's health care expenditures, while smaller district hospitals were underutilized. In addition to providing data necessary for better cost control at the two hospitals, the project supplied both Belize and St. Lucia with analyses of expenditures.

The health systems in both countries consist of a mix of public and private services, but Belize has proportionately larger private expenditures for health: 44 percent of its health expenditures are for private care, vs. about 20 percent in St. Lucia. Apart from this difference, the two countries—both with populations well under 200,000—are quite comparable in terms of health services organization and delivery. Both governments operate most of their countries' health facilities (both primary and secondary), and both exempt a large proportion of the population from direct payment for their care (at the time of the St. Lucia study in 1987, 92.7 percent of St. Lucians were exempt from payment, but this figure had dropped to 80 percent by 1989; the comparable figures for Belize are unknown). Both countries, in addition to their national hospi-

tals, have government-run district hospitals (Belize has six to St. Lucia's two) and a network of health centers (28 in Belize and 33 in St. Lucia).

— According to official estimates, nearly 63 percent of all expenditures for health of the Belizean MOH (1985), and nearly 40 percent of the equivalent budget in St. Lucia (1986/87), were spent on the national hospital.

— Once the full costs of the two countries' national hospitals had been calculated, it became clear that budget figures understated the actual expenditures for health. The official estimate of the annual expenditure for Belize City Hospital was only 46 percent of its full cost; the comparable figure for Victoria Hospital was about 60 percent. There were two main reasons for this difference between reported expenditures and actual costs: first, substantial expenditures of these hospitals were channelled through other institutional accounts, such as "central stores" (the centralized pharmaceutical procurement agency of the MOH); and second, amortization of buildings and equipment and annuitization of the capital costs of land were not included in the official budget figures.

The 186-bed Belize City Hospital and St. Lucia's 211-bed Victoria Hospital are both secondary-level facilities, offering basic inpatient services but few specialty services; cases requiring sophisticated treatment are sent abroad. Each hospital has, in addition to its inpatient wards, a number of outpatient clinics providing such services as dentistry, ophthalmology, and psychiatry, and an emergency department that serves the surrounding area as an ambulatory clinic. More detailed findings on hospital costs in Belize and St. Lucia are:

— the Belizean MOH had an annual budget of the equivalent of US $5.36 million (1986/87), of which health services represented 96 percent. In St. Lucia, total MOH expenditures in 1986/87 were US $7.52 million, of which about 83 percent were for health. (Both ministries also provide non-health-related services.) The amounts the two countries spent on health were similar—about US $5.1 million for Belize and US $6.2 million for St. Lucia;

— *per capita* public health expenditures were somewhat lower in Belize than St. Lucia—US $30 *vs.* US $45—because Belize relied to a larger extent on privately financed health services than St. Lucia;

— public health expenditures as a percentage of Central Government ex-

penditures were 10 percent in Belize and 12 percent in St. Lucia, again reflecting Belize's greater reliance on private health financing;

— as a result of liberal exemption policies, cost recovery from user fees for public health services was very low in both countries. In Belize, user fees were approximately one percent of the MOH operating budget; the corresponding figure for St. Lucia was less than half of one percent. In both countries, the amounts of user fees collected were less than what published fee schedules allowed;

— examples of average unit costs (based on full cost accounting) at Belize City and Victoria Hospitals, which had similar utilization characteristics, included: cost per patient day at Belize City Hospital, US $74; at Victoria Hospital, US $50; (b) average cost per patient stay at Belize City Hospital, US $448; at Victoria Hospital, US $350;

— the St. Lucia team studied the levels of the health system at which costs were controlled. Victoria Hospital had control over only about 20 percent of its costs, while the country's Public Service Union and a Cabinet-appointed negotiating team controlled the 69 percent of total costs attributable to personnel. Control of the 23 percent of total costs represented by supplies and pharmaceuticals was shared by the hospital and Central Medical Stores, a separate entity within the MOH;

— the medical care components of the two countries' social security programs differed: the Belizean program covered only treatment of worker injuries, while the St. Lucian program covered a far greater range of medical services. In Belize, the Social Security Board paid the MOH the equivalent of US $25,000 annually for hospital treatment of worker injuries, while in St. Lucia, the National Insurance Scheme (NIS) annually contributed US $560,000 to the country's MOH to cover health services for active NIS contributors. In neither country was it clear whether the social security program's subvention to the MOH adequately covered the health care costs for which it was intended.

In 1988, the effectiveness of health services management in Belize and St. Lucia was assessed in a study prepared for CARICOM, the Caribbean common market organization (Hamilton and Hinchcliffe 1988) (Grenada and St. Kitts-Nevis were also included in this analysis). The study updated the HCF/LAC Belize and St. Lucia studies with the following information:

— in both countries, the health sector's share of national recurrent expenditures had gone up slightly, by 1988, to 11.4 percent in Belize and

41'

12.1 percent in St. Lucia (as compared to 10 percent for Belize and 12 percent for St. Lucia at the time of the HCF/LAC studies);

— by 1988, cost recovery rates in the public health sector had risen to an estimated 1.3 percent for Belize and 9.5 percent for St. Lucia (*ibid.*: III:18), although the Hamilton and Hinchcliffe report does not state whether these figures are based on insurance plus fees or fees alone.

42

V. DEMAND FOR HEALTH CARE

Studies of the demand for health services may be based on actual health services utilization as reported by households, or on estimates of potential utilization based either on household interviews or assumptions made by researchers or health services planners. While hypothetical behavior may differ from actual, both kinds of data can be useful in health planning. Demand studies are informative because the demand for care does not necessarily coincide with users' medical needs as determined by health authorities. If the supply of services were determined only on the basis of a population's professionally-diagnosed health needs, there could be a mismatch between the supply of and the demand for services. Health systems, if they are to be both equitable and efficient, should meet both the need and demand of users (Musgrove 1985), subject to resources limitations and therefore to the need to regulate supply and/or demand.

A recent report (Bitran 1988) summarizes principles of health care demand analysis, and also reviews more than a dozen recent demand studies from around the world, all undertaken in the last decade. Here, we update this compendium with findings from recently-completed demand studies in Peru and the Dominican Republic, as well as with related findings from Bolivia, Honduras, and Jamaica.

PERU

An analysis of the demand for health care in urban Peru (Gertler *et al.* 1987), based on data gathered in the 1984 National Nutrition and Health Survey (ENNSA), was intended to offer policy alternatives for influencing the demand for health care. Rather than attempting to explore a virtually limitless number of policy alternatives, the authors of the study devised an interactive planning tool, using computer programs and databases, with which policy-makers could examine the consequences of implementing various specific policy options. Findings of the study included the following:

— increasing user fees charged in public health facilities in Lima and several mountain cities in Peru would not greatly deter residents—other than the very poorest—from seeking health care (although it would affect two other choices: subsector and type of facility). Increasing user fees at public hospitals for those able to pay (while exempting low- and lower-middle-income households) would result in nearly proportional increases in public sector revenues;

— increasing the user fees charged for ambulatory care at public hospitals in Lima, while maintaining the present fee schedule at the city's public health centers and health posts, would result in almost no change in the total number of outpatient visits to health care providers, but it would considerably increase visits to public health centers and posts as well as to private clinics, thereby reducing hospital use;

— whether Peruvians seek health care when they are ill, and where they seek it, are greatly affected by the accessibility of care. In some urban areas where public facilities are easy to reach, improving access (by constructing new facilities or improving transportation to existing ones) would not make much difference in the demand for health care. But where public health facilities—even though still within city limits—lie at some distance from users' residences, improved access would substantially increase the demand for care;

— users of urban health services in Peru believed that the quality of ambulatory care was highest in private clinics, followed by public hospitals. Public health centers and posts were perceived to provide care of low quality; indeed, if all public and private health services were free and accessible to all, fewer than 10 percent of all visits would be to public PHC facilities. The elderly, in particular, had such a low opinion of the quality of services provided at public health centers and posts that—provided some alternative, such as private care, were also accessible—they would virtually never seek health care at public facilities, even if it were free and readily accessible.

DOMINICAN REPUBLIC

In the Dominican Republic, the HCF/LAC project analyzed household demand for medical care in the capital, Santo Domingo (Bitran 1989), based on data collected in a 1987 household survey also conducted by the project (Gomez 1987). (For purposes of this demand analysis, "medical care" was defined as curative, non-dental, physician-provided care.) The survey included questions on socioeconomic variables; respondents' self-perceived health problems; their utilization of health services provided by

44

the country's ministry of health (SESPAS), social security institute (IDSS), armed forces, and private providers; their coverage by health insurance programs; and their out-of-pocket expenses for health services and medications. Among the findings resulting from the household survey and demand analysis were:

— nearly 42 percent of the population of Santo Domingo reported having some symptom of illness during the two-week survey recall period. Two-thirds of these people did not seek medical care, primarily because they believed it unnecessary, but—based on survey responses—at least 10 percent and up to 20 percent of this subtotal appear to have been constrained from seeking care by its cost or inaccessibility;

— about 70 percent of all outpatient consultations in Santo Domingo were for medical care; the remaining 30 percent were for preventive, dental, and maternity services, treatment of accidental injuries, and other causes;

— most health services in Santo Domingo (including curative and other kinds of care) were provided by medical doctors (84 percent) or dentists (11 percent). Only five percent of consultations were with paramedical providers;

— approximately 56 percent of outpatient visits to doctors took place at private facilities, 30 percent at SESPAS facilities, 10 percent at IDSS facilities, and four percent at Armed Forces facilities. The preference for private care was strong even among the low-income population. The distribution of hospitalizations by subsector was similar to that of visits for ambulatory care;

— less than one-fourth of the population of Santo Domingo had medical care coverage through IDSS, private insurance or prepayment plans, or the Armed Forces (there was some double-coverage and cross-utilization of these services among those covered). More than 75 percent of the population had no coverage through membership in a health care organization (other than SESPAS, which has a mandate to provide free care for all);

— of outpatients and inpatients who used private health services, two-thirds and three-quarters, respectively, did not have private insurance coverage; of those without coverage who used private services, 90 percent paid for their care directly and 10 percent received private care free of charge; and

— almost a third of outpatient visits to IDSS facilities were by patients who were not eligible for IDSS coverage, yet 86 percent of these non-beneficiaries were attended free of charge. At Armed Forces facilities,

- 45

almost half of all visits were by non-beneficiaries, but all who visited these facilities were attended free of charge.

Isolating the effects on demand of individual variables, the study found that:

— age had an effect on demand, across all income groups. Of those who felt ill, infants under the age of one year were the most likely to obtain medical care, followed by children in the 1-4 age group. There was much lower health services utilization among ill school-age children (ages 5-14), compared with both younger and older age groups;

— utilization of outpatient health services by females (62 percent of all consultations) outweighed females' representation in the population (53 percent). Only five percent of females' relatively heavy utilization of outpatient health services was associated with pregnancy;

— education had only a slight effect on demand, with the better-educated somewhat more likely to seek care than the less well-educated, and somewhat more likely to choose a private doctor once the decision to seek care had been made;

— household income had only a small effect on demand: for both outpatient and inpatient care, ill individuals with higher household incomes were only slightly more likely to seek care than those with lower incomes; but

— household income did affect the choice of which subsector to visit: people with higher incomes were more likely to visit private physicians (who charged higher prices), and those with lower incomes were more likely to visit either SESPAS or IDSS physicians (for whose services, with rare exceptions, they paid nothing). It must be noted, however, that—in virtually every household income category—a majority of individuals consulted private doctors;

— price had only a minor effect on the likelihood of seeking medical care, although people with lower incomes were more sensitive to price than higher-income individuals. Price simulations revealed that the health care seeking behavior of people in all income groups was not very sensitive to either private or SESPAS price changes. At SESPAS facilities, for example, where only about 10 percent of those attended paid user fees, exempting fewer patients from payment, and charging somewhat higher fees to all those not exempt from payment, would reduce utilization less than proportionately, even among low-income groups; and

— health services in Santo Domingo appeared to be located within rea-

sonable distance of most users; travel time differences among the subsectors had little effect on demand. Waiting time differences, however, were considerable: in the private subsector, the average wait was 49 minutes—25 minutes less than the SESPAS average. Average waiting times were similar in SESPAS, IDSS, and Armed Forces facilities, ranging from an hour to an hour and 14 minutes.

BOLIVIA

In 1984, USAID/Bolivia sponsored a feasibility study of the potential of privately-financed PHC services, targeting low-income groups in rural and marginal urban areas of the department of Santa Cruz, to become self-sustaining. Subsequently, the PRICOR project, together with the Bolivian organization FIDES, was asked to design such services and test alternate ways of financing them (PRICOR 1987:107). In connection with this effort, FIDES undertook a household survey of target population groups in three communities in Santa Cruz, in which respondents were queried about their potential demand for health services (see O'Connor *et al.* 1985). A total of 1274 households were surveyed. Results included the following:

— over half of survey respondents felt that, ideally, the government—rather than communities and/or families—should deliver health services. However, a majority of respondents felt that—again, ideally—the family or community should pay for health services (*ibid.*: 1985:63), although respondents in the different areas preferred a variety of different financing mechanisms. These included annual dues and installment payments (presumably paid directly to a health facility's parent organization, although this is not specified in the report), payments in kind, payments in labor, cash fee-for-service payments, and raffles;

— the study recommended a combination of financing strategies to foster cost-sharing while controlling potential overutilization. These might include fees-for-service (in accordance with ability to pay) and drug sales.

Subsequent to this survey, and after several PHC facilities had become operational under the name PROSALUD, the HCF/LAC project designed a market analysis model for estimating whether future PHC facilities in Santa Cruz would generate sufficient revenues to cover their total costs—and possibly help support their parent organization as well

(Rosenthal *et al.* 1988). To assess whether a particular PROSALUD facility would—on the basis of prepayment arrangements and/or fees-for-service—become self-financing or not required an understanding of the potential demand for health care in its area. The study reported that:

— to become wholly self-financing, the PROSALUD system needed to expand, in order to spread central office costs over a larger number of facilities;

— successful expansion would depend on identifying communities that would be able to generate enough demand to support PROSALUD facilities, which in turn would depend on the ability of the demand model to select appropriate locations;

— after a one-year trial, use of the model and financial planning method as management tools had resulted in improved financial performance at PROSALUD facilities. With increased utilization and better financial planning, the average cost recovery rate for all facilities (excluding prorated central office costs) had increased from 40 to 80 percent. For urban facilities over the same time span, the rate of cost recovery had increased from 50 percent to 89 percent; as of June, 1989, it was nearing 100 percent (again, excluding central office costs). For rural facilities, because of insufficient utilization, the overall cost recovery rate was lower; nonetheless, it has increased from 33 percent to 61 percent;

— there were wide differences in the potential for self-financing within the PROSALUD system, depending on direct fees for services *vs.* prepaid sources of revenue. Because the prices of the prepaid arrangements had been set very low and utilization was relatively high, facilities with a high proportion of prepaid patients fared less well financially than those with more FFS patients. Prices of any future prepayment arrangements will have to be increased;

— when prepaid arrangements were phased out by non-renewal of prepaid patients' contracts, most of these patients continued to use PROSALUD facilities on a fee-for-service basis.

HONDURAS

In 1983, the Honduran Ministry of Health and MSH jointly conducted a household survey of four Honduran health regions, in an effort to identify alternatives for financing PHC services and to assess the potential economic viability of these alternatives (PRICOR 1987:119). Members of slightly over a thousand households were interviewed. The survey found that:

— about 26 percent of the survey population reported having been ill within the 15-day survey period, but nearly half treated themselves at home, at a mean cost of $2.50 US (most of which represented medicines);

— expenditures for health care, at over 11 percent of total reported monthly expenses, were the third largest expenditure category for the survey households, after food and clothing; and

— an overwhelming majority (94 percent) of all respondents said they were willing to pay for health services supplied by the Honduran Ministry of Health, although it is not clear how much they were willing to pay (PRICOR 1987:119).

JAMAICA

In 1987, in connection with its plans to encourage the development of non-governmental means of financing health services, the government of Jamaica sponsored a survey on health services utilization in eight Jamaican parishes, focusing particularly on the use of three public hospitals serving these parishes (McFarlane and McFarlane 1987). The survey included questions on age, income, employment status, occupation, illness, choice of provider when ill, insurance coverage, and perceptions of quality. Findings included the following:

— among those perceiving illness,[4] over 50 percent chose private ambulatory health care during the two-year survey recall period. Public health centers were the second most frequently chosen facility, followed closely by public hospitals. Only one percent of those seeking outpatient care used private hospitals;

— over the two-year survey recall period, three-quarters of the population visited a health facility at which fees were charged;

— the demand for private care was highest among the 20-59 age group, and fell in the 60-plus age group. The elderly represented the largest share of those visiting public health clinics, and the elderly plus those under 20 were responsible for the heaviest demand for public hospital services;

— about 12 percent of the population had some form of health insurance coverage. More females than males reported having insurance;

— survey respondents generally supported the idea of individuals' directly contributing to the costs of their health care, but the amount respondents were willing to pay was generally quite low.

49

VI. HEALTH CARE FINANCING ALTERNATIVES

The term "alternative," as used here, refers to sources of health care financing other than general tax revenues. While general tax revenues remain the single most important source of health care financing in the LAC countries on which this report focuses, they have been expected to fund more and more services at the same time that overall economic constraints have reduced their availability. AID has therefore promoted health financing alternatives, in order to "free otherwise committed resources, leverage new resources, and more efficiently allocate scarce existing resources toward support of cost effective programs" (1986b:1).

Previous reviews of research on health financing alternatives include de Ferranti 1984 and 1985, Russell and Zschock 1986, Hoare and Mills 1986, Brenzel 1987, and Shepard and Benjamin 1988. In this chapter, we supplement these with findings from the HCF/LAC project and other recent research on three alternative sources of health financing: social security programs, direct user fee payments, and private, prepaid risk-sharing plans.

SOCIAL SECURITY PROGRAMS

Social security (SS) programs provide medical care either directly, at facilities run by SS institutions, or indirectly, by existing public or private providers on a cost-reimbursement or subsidy basis. SS programs in Latin American countries generally provide medical care directly, while in the English-speaking Caribbean countries they either provide medical benefits through subsidies to public health services or offer no such support. In the Latin American countries, social security medical care programs represent up to a third of total health care expenditures (Zschock 1986).

For the LAC region, findings on SS systems have been reported by the HCF/LAC project from Peru, the Dominican Republic, Ecuador, Guatemala, Belize and St. Lucia.

PERU

In 1985–86, the HCF/LAC project analyzed prepaid, risk-sharing health care plans in Lima/Callao (Solari *et al.* 1987). Later, in 1987–88, the project provided technical assistance to the Peruvian Institute of Social Security (IPSS) on the financial implications of a legally-mandated extension of coverage of the institute's medical care program (Mesa-Lago 1989). Both studies built upon an earlier USAID-funded project, the HSA-Peru (Zschock 1988), which also included findings related to social security in Peru.

— In 1985–86, an estimated 18.6 percent of the Peruvian population was entitled to IPSS coverage, but many beneficiaries had no access to IPSS medical care because their employers failed to pay the mandated contributions, IPSS did not issue the required identification cards to all beneficiaries, or other reasons.

— A 1987 law mandating expansion of medical care coverage to certain previously excluded population segments was probably overly ambitious and unrealistic. The extension of coverage to dependent children up to the age of 14 in 1985 had already increased demand for IPSS medical services, with no corresponding increase in revenues.

— In 1987, the medical care program accounted for 58 percent of total IPSS expenditures. This share may have been higher because of unreported subsidies of administrative costs from other IPSS programs (*e.g.*, invalidity, pensions).

— In all but one of the last 10 years, the IPSS medical care budget had been in deficit. A major reason was that some 35 percent of private employers evaded paying their contributions. Among explanations for nonpayment were rapid inflation (delaying payments reduced the real cost of the contribution to the employer) and inadequate registration and enforcement procedures. A newly-implemented computerized system for registration and collection may have improved collections, but was hampered by personnel cuts.

— Another reason for the IPSS medical care budget deficit was the failure of the government as employer to pay its legally-mandated contributions, in earlier years and again from 1986–1988.

— In 1988, IPSS medical care expenditures were allocated as follows: personnel, 48 percent; sickness and maternity subsidies, 20 percent; medicines and lab tests, 20 percent; administration, 8 percent; and contracted services, 5 percent. Cash subsidies for sickness and maternity,

51

which could be collected for nearly a year, were paid at the unusually high rate of 100 percent of salary.

— In September, 1986, IPSS made plans to increase income and reduce expenditures by (a) increasing contribution rates, (b) controlling evasion and reducing payment delays, (c) collecting the government debt, (d) obtaining higher yields on medical care fund short-term investments, (e) reducing personnel, (f) suspending a legally-mandated integration of hospital services with those of the MOH, (g) cutting overtime, (h) restricting personnel travel, medical, and office supply expenditures, and (i) further reducing investment. All of these measures, however, would be politically difficult to implement.

DOMINICAN REPUBLIC

In the Dominican Republic, the HCF/LAC project conducted a household survey and an analysis of demand for medical care in Santo Domingo (Gomez 1988; Bitran 1989).

— In Santo Domingo, 24 percent of the population had some kind of health care coverage by virtue of their employment and/or participation in a prepaid, risk-sharing plan. Of this group, 10 percent had social security (IDSS) medical care coverage, either as employees or dependents of employees. (Some IPSS beneficiaries were also covered by private health insurance plans.)

— IDSS operated its own medical care facilities, providing both outpatient and inpatient care. About 10 percent of all curative outpatient visits in Santo Domingo over a two-week survey recall period took place in IDSS facilities; the comparable figure for IDSS hospitalizations, over a recall period of 23 months, was 7.2 percent of all hospitalizations.

— Between 30 and 40 percent of IDSS medical care users, both outpatients and inpatients, were not IDSS beneficiaries, but were nevertheless treated free of charge at IDSS facilities. This apparently offset the proportion of IPSS beneficiaries who sought medical care from either private or public sector doctors.

— The quality of curative care offered by IDSS was generally perceived as poorer than that of comparable services provided in the private sector.

ECUADOR

The medical care component of the Ecuadorian rural social security program (SSC) was analyzed as part of the HCF/LAC cost study (Gomez

.52'

1987). Among the study's findings, the following shed light on discreet characteristics of the SSC program:

— unit costs at SSC facilities were generally higher than at MOH or private facilities. The costs of medical treatments, for instance, averaged nearly 50 percent higher at SSC than at MOH facilities, mainly because of higher personnel costs. SSC facilities employed fewer personnel than MOH facilities, but they were more experienced and thus more costly;

— physician productivity (in terms of the average number of consultations/doctor/hour) was higher in SSC than in MOH facilities, but SSC physicians were also paid more than MOH physicians;

— SSC facilities offered a smaller number of final services than MOH facilities, mainly because they carried out fewer preventive and health promotional activities;

— in general, SSC facilities appeared more accessible to their (smaller) target populations than MOH facilities were to their (larger) target populations. Cost per patient was more than twice as high in the SSC program, reflecting not only higher salaries but also more ample supplies of medicines.

GUATEMALA

At the time of the HCF/LAC project's Guatemala study (Gwynne 1988), the country's Social Security Institute (IGSS), which covered agro-export workers only for accidental injury, was considering extending medical care coverage in the country's South Coast agro-export region by mandating employee/employer participation in two more programs, a maternal/child health program and a general medical care program. IGSS had not, however, decided whether the proposed extension of care would be offered through its own, public health, or private sector facilities.

— South Coast employers, many of whom felt they were not getting their money's worth out of their current mandatory contributions to the IGSS accident program, reportedly opposed extension of IGSS health services in their area.

— Some local observers predicted that any IGSS plan to extend medical care in the region, no matter what the mechanism chosen, would spur employers to try to exempt themselves from further contributions by organizing their own health services—probably through their regional or local agricultural and trade groups.

— The small number of currently-existing IGSS facilities in the area sug-

gested to other local observers that IGSS should extend health care through the private sector. Private providers would be likely to respond positively, and cooperate in developing organizations to facilitate the administration of such a program.

BELIZE

One of the goals of the HCF/LAC project's Belize cost study (Raymond *et al.* 1987) was to examine the adequacy of an annual subsidy of US $25,000 paid by the Social Security Board (SSB) to the Ministry of Finance for the treatment, at public health facilities, of work-related injuries to SSB enrollees.

— The SSB reported 713 work-related injury claims in 1984, for an average of US $35 per claim.

— However, since SSB statistics did not differentiate between beneficiaries' use of inpatient and outpatient services, the proportions of the 713 claimants who were hospitalized and who received ambulatory care were unknown.

— When possible combinations of inpatient and outpatient treatment for the 713 claimants were simulated, the combinations of services that could be purchased for US $25,000 at current public health facility costs suggested that the actual cost of services provided might have exceeded this subsidy.

ST. LUCIA

As in the Belize study, the HCF/LAC project's St. Lucia country study (Russell *et al.* 1988) attempted to assess the adequacy of an annual subvention of US $560,000, paid by the National Insurance Scheme (NIS) for medical treatment of NIS enrollees at public health facilities (a wider range of medical benefits than in Belize was included).

— In St. Lucia, no system was in place by which to determine which patients treated at public facilities were NIS contributors. For this reason, it was not possible to simulate what combinations of inpatient and outpatient treatments provided to claimants the subvention would cover, as was done in Belize.

— As in Belize, it remained unclear whether the subsidy was adequate to cover the health care costs incurred by NIS enrollees.

54

USER FEES

The term "user fees" refers to charges imposed at the time that health care is provided. The term is sometimes reserved for payments at public health services (*e.g.*, Overholt 1987:iii), but, more commonly (*e.g.*, de Ferranti 1984, 1985), it includes charges imposed in both the public and private sectors. Despite the widespread conviction in LDCs that health services should be free of charge, user fees are widespread. Most private spending on health is probably in the form of user fees (de Ferranti 1985), and in many countries even public providers charge some users for some health services, although the revenues thus collected are usually small (Hoare and Mills 1986:40).

Another pervasive belief, that the poor cannot pay user fees, is belied by studies showing that, in some LDCs, members of low-income population segments pay for health care and pharmaceuticals; in many LAC countries, the urban poor spend an estimated two percent of their household income for health services and medicines and higher-income households pay up to four percent (Musgrove 1983). The user fee issue thus centers not on users' "willingness" to pay, but on equity: should low-income users of public health services pay fees, and how much should households with higher incomes be expected to pay for their health care, either directly in fees or indirectly through prepayment arrangements?

Aside from equity considerations, several other problems may hinder the widespread imposition of user fees. First, scaling user fees to income requires the use of a means test, difficult if not impossible to implement in many LDCs because of insufficient information. Second, the costs of collecting user fees may largely offset the additional income—especially where there is little experience with the management of user fees. Third, imposing fees may reduce utilization among the poor (*e.g.*, Bitran 1989; see also Overholt 1987:iv), or reduce consumption of other basic necessities.

Arguing *for* the imposition of user fees are the following considerations (see also World Bank 1987). First, in every country some proportion of the population can afford to pay for health care, and revenues collected from them could be used to pay for health care for those who cannot pay for it. Second, the poor are already paying more for private health care than they would pay, via user fees, at public facilities (de Ferranti 1985). Third, user fees will encourage users to be "sensible" in their demand for health services (World Bank 1987:26). Fourth, imposing fees for curative

55

care (which, some studies suggest, are more collectible than fees for preventive or promotive services) can help to free scarce public resources for preventive care (Russell and Zschock 1986:44). Fifth, user fees may "enhance (users') community participation and sense of control" (*ibid.*: 45), and also stimulate users to become sensitive to the quality of care they receive. Even nominal fees could thus help to raise quality—especially where dwindling public health budgets have necessitated reductions in funds for supplies and maintenance (Lewis 1987b:2-3).

Among the various cost recovery mechanisms available to LAC governments, then, user fees—despite some drawbacks—are of particular interest in that they not only generate revenues but also provide incentives for the efficient and effective use of resources. Patients who must pay something for their health services are encouraged to value such services and at the same time discouraged from using them unnecessarily, and public institutions that are permitted to charge something for the services they provide—particularly if they are allowed to retain at least a portion of the revenues collected—are encouraged to provide the quantity and quality of services that users will continue to demand.

For those and other reasons, the World Bank has advocated user fees for government-provided health services as one of four related health financing policies that together constitute its "agenda for reform" (World Bank 1987:3-4). User fees are also an important component of the AID guidelines on health care financing, which spell out the agency's goal of encouraging LDCs to develop "sustainable" and "cost effective" health services programs, in part by imposing user fees for personal curative care (AID 1986b).

For the LAC region, recent findings on user fees have been reported in HCF/LAC project studies undertaken in Peru, Bolivia, Guatemala, the Dominican Republic, Belize, and St. Lucia. In addition, the REACH project has conducted user fee studies in the Honduras, the Dominican Republic, and Jamaica.

PERU

The HCF/LAC research study (Solari *et al.* 1987) and technical assistance report (Mesa-Lago 1988) on Peru yielded the following findings on user fees:

— at the time of the two studies, worsening economic conditions in Peru had curtailed the government's ability to maintain its health services.

56

This had resulted in increased use of private sector health care, especially by middle- and lower-income Peruvians who had previously used public sector facilities;

— of the estimated 20 percent of the Peruvian population (about four million people) who relied on the private sector for health care, about 2.2 million received health care provided by private voluntary organizations, some of which required substantial user fees. Another half a million were covered under various prepaid plans, some of which required copayments. The remainder, by inference, paid directly for the health care they consumed.

BOLIVIA

PROSALUD—the network of private-sector PHC establishments initially supported by USAID/Bolivia—has experimented with both prepaid plans and user fees (Rosenthal *et al.* 1988).

— At the time of the HCF/LAC research study, there were wide differences within the PROSALUD system in facilities' potential for self-financing, largely due to the impact of prepaid plans on both costs and revenues. Because of the prepaid plans' low fees and relatively heavy utilization, beneficiaries did not contribute to cost recovery as much as did patients who paid user fees directly.

— At the time of the study, PROSALUD had begun to phase out the prepayment option by nonrenewal of contracts. Most patients, however, continued to use PROSALUD on a fee-for-service basis, so PROSALUD's action improved cost recovery.

— The study substantiated the finding, reported in other studies (Overholt 1987, Lewis 1987b, Shepard and Benjamin 1988), that at least some members of low-income population segments are able and willing to pay reasonable user fees, and that such fees can contribute substantially to cost recovery at PHC facilities.

GUATEMALA

The HCF/LAC Guatemala study (Gwynne 1988) included several findings on user fees.

— The most common mode of health services delivery in the study area, the South Coast, was ambulatory care by local private physicians and pharmacists who charged fees for their services. Payment methods varied; in some cases, patients were charged directly; in others—if the

patients worked on agro-export farms—their employers paid all or part of the bill.

— Many other kinds of private health care delivery arrangements existed in the region at the time of the study. Farm owners provided on-site health services for their workers, contracted for periodic visits from doctors, or sent their workers to doctors in nearby towns; religious and other charitable organizations ran clinics; agricultural and other trade organizations sponsored health services on or off the larger farms; private hospitals contracted with farms or trade organizations to provide services to workers. Some of these arrangements were free to users; fees were charged for others. Payment methods varied; in some cases there was a two-tiered fee schedule, with program affiliates paying less than non-affiliates, or a sliding fee schedule.

— In general, however, the poverty of much of the target population restricted the amount of funding for health care that could be generated from user fees.

— The study concluded that a combination of user fees and financial support from plantation owners, whether organized through their trade associations or through philanthropic organizations, represented a feasible long-term financing arrangement for health services in the area.

HONDURAS

In 1987, the REACH project investigated user fees in the public health system of Honduras, where such fees had been charged in both hospitals and lower-level facilities for many years (Overholt 1987).

— User fees were an increasingly important revenue source for Honduran hospitals, which had established their own fee schedules and retained the right to spend the fee revenues they generated, subject to certain restrictions (*ibid.*: iii, v).[5]

— Patients who were unable to pay were exempted through formal or informal means (*ibid.*: iv).

— Typically, hospitals charged fees for admissions, outpatient visits, and outpatient lab and x-ray services.

— Revenues earned from fees varied by hospital type, ranging as high as 16 percent or more of district hospitals' non-personnel budgets.

— Fee revenues were spent on a wide variety of inputs, including supplies and material, casual labor, and per diems for training visits (*ibid.*: iv). In spite of government budgetary constraints, hospitals had been able to maintain the quantity and quality of their services.

58

— The exemption mechanisms that guaranteed access to health services for those who could not pay apparently allowed many of those who could afford to pay to escape payment. Between 25–60 percent of inpatients at the National Hospital, for example, were not formally exempt, yet did not pay any fees. It was estimated that if all individuals who could afford to pay actually did so, fee revenues would more than double.

— Fees charged for consultations at large public health centers generated substantial revenues, which were used for regional PHC and child survival programs.

DOMINICAN REPUBLIC

In the Dominican Republic, some user fees were being charged for both outpatient and inpatient care in public hospitals (Bitran 1989), despite the fact that (according to Lewis 1987b:5) charging user fees for inpatient services at public facilities was prohibited by the government (the policy concerning charging fees for outpatient care was ambiguous). The REACH project investigated user fees at 10 ministry of health facilities distributed throughout the country: nine hospitals and the National Laboratory (Lewis 1987b).

— While user fees were officially prohibited for inpatient care, all 10 facilities studied charged fees for outpatient services. Since there was no government regulation of these charges, they varied considerably across the 10 facilities, each of which also designed its own collection system and independently decided how to spend collected revenues.

— Even though outpatient charges rarely exceeded 10 percent of private sector prices for similar services, revenues from these charges were an important source of hospitals' operating funds. They provided the largest proportion of resources for operating expenditures, other than personnel, of the hospitals studied.

— The individual hospitals' use of the revenue collected from user fees most frequently included pharmaceuticals purchases, additional personnel expenditures, maintenance, and the purchase of other supplies.

— A means test was used to waive fees for poor patients or provide discounts to those who could pay only some of the amount charged. About half of all patients at the hospitals studied paid nothing or only part of what was charged, but decisions either to waive all fees or to offer discounts varied across facilities, some of which required at least a nominal payment of all patients.

— The study's author felt that the Dominican Republic should sanction user fees for inpatient as well as outpatient services, since—among other things—inpatient services represented the largest share of hospital budgets, and the current fee structure encouraged patients, since they were not charged for inpatient care, to enter the system through emergency or inpatient care for basic treatment.

The HCF/LAC project, which analyzed the demand for medical care in Santo Domingo using household survey data, shed additional light on the role of user fees in Santo Domingo (Gomez 1988; Bitran 1989).

— Despite the government prohibition on user charges for inpatient care (Lewis 1987b:10), some inpatients as well as many outpatients were paying user fees at public health facilities. At the time of the study, about 10 percent of all those receiving curative care at these facilities, whether outpatient or inpatient, paid user fees. The charges averaged US $7.70 for outpatient care and US $90.00 for hospitalization. (In contrast, average private subsector expenditures were US $13.00 and US $132.00 for outpatient and inpatient care, respectively.)

— Among patients seeking outpatient curative care in Santo Domingo, there was a strong preference for private physicians across all household income levels. This shows that even poorer residents of Santo Domingo were willing to pay for what they perceived to be better quality health services.

— While lower-income patients were more sensitive to price than higher-income patients, when the effects of higher prices on the utilization of outpatient health services in both the private and public subsectors were simulated, the results suggested that higher fees would reduce overall utilization rates only slightly, even among those with low incomes.

— Raising prices would, however, affect the subsectorial distribution of those seeking care. Specifically, if private physicians' prices for outpatient care were to increase, so would the tendency to seek health care from public and social security physicians, for all but those at the highest household income level.[6]

JAMAICA

In 1988, a third hospital user fee study was carried out under the REACH project in Jamaica (Lewis 1989). An existing user fee schedule was outdated, and all revenues from fees had been submitted to the government's Consolidated Fund. This policy was revised in 1985 to allow hospitals the

60

use of half their revenues from user fees. However, the fees to be earmarked for use by hospitals had to be identified as "contributions," and hospitals had to submit separate budgetary proposals on the purposes for which these contributions were to be expended. The user fee study found that

— over the period 1983–87, while public health spending declined, the share allocated to PHC increased proportionately and hospital expenditures decreased proportionately;

— hospital personnel expenditures rose proportionately as expenditures decreased, and the shares of supplies and maintenance decreased;

— these overall findings helped explain the decision to increase user fees and collection rates, and to allocate these resources to supplies and maintenance;

— hospitals were expected to charge fees equivalent to those in the private sector, but patients were to be charged based on ability to pay, and on the basis of having private insurance coverage;

— revenues from direct user fees had risen substantially over the past three years, but the attempt to increase revenues from patients' private insurance policies had been less successful;

— the proportion of hospital budgets accounted for by fees, which ranged between 2–10 percent in 1984, had increased to a range between 6–27 percent in 1987;

— the major problems associated with the government's new hospital fees policy were "the inability or unwillingness of hospital management to handle fee collection in a systematic fashion" (*ibid.*: 25), and the failure of public hospitals to collect from private insurance companies (*ibid.*: 26).

BELIZE

The issue of user fees was a major component of the HCF/LAC project's Belize study (Raymond *et al.* 1987), one of the goals of which was to update the public health service's outdated fee schedule.

— Direct consumer expenditures for health in Belize were a large share of total health sector expenditures. Households paid directly for private medical care and medicines, and for certain services provided at public hospitals and clinics.

— The MOH, however, generated only about one percent of its operating budget from fee collections at the major public hospital, because fees were low and their collection often overlooked.

61

ST. LUCIA

For St. Lucia, the HCF/LAC project's study (Russell *el al.* 1988) provided two findings concerning user fees:

— fee schedules for publicly-provided health services existed in St. Lucia, but—at the time of the study—an estimated 92.7 percent of the population was legally exempt from paying fees at public facilities;

— the small amount that Victoria Hospital was entitled to collect in user fees was made even smaller because of non-collection of payable fees or because the hospital often charged those who were required to pay considerably less than the stated fees.

PRIVATE, PREPAID RISK-SHARING PLANS

In the last decade, various forms of private, prepaid risk-sharing plans have expanded their coverage significantly in several metropolitan areas of the LAC region (GHAA 1985), although the overall extent of their coverage still remains limited. In smaller towns and rural areas, third-party arrangements, where they exist at all, cover only a small share of the population. Recent research findings on such arrangements have been reported by the HCF/LAC project for Peru, Bolivia, and Guatemala. In addition, USAIDs have directly sponsored studies of the feasibility of instituting such arrangements in the Dominican Republic, Ecuador, and Jamaica.

PERU

The HCF/LAC project's Peru study (Solari *et al.* 1987) investigated the potential for growth of private, prepaid risk-sharing plans in Lima/Callao, where a number of such plans were in operation and covered approximately eight percent of the metropolitan area's population.

— Private, prepaid risk-sharing arrangements available at the time of the study fell into four basic types. The first, which had captured 45 percent of those covered, consisted of health insurance policies offered by general insurance companies and sold, directly or through brokers, to families or groups of employees. The second, the employer-sponsored health fund, was usually associated with large companies; most such funds served as administrative tools by which employee and employer contributions were collected and administered. The funds were administered either directly by the company or, for a fee, by an outside administrator. Under the third type, the "broker-as-coinsurer" plan, the administrator of a health fund agreed to assume some of the insured

.62

group's risk—up to the total of the fund's pool of contributions. If total claims surpassed this amount, the fund raised the necessary amount to pay the debt, but if total claims were less than revenues for a given period, the broker retained the difference as his profit. The second and third types together accounted for another 45 percent of those covered. Finally, Lima had four HMO-like plans, sponsored by private hospitals. These accounted for the remaining 10 percent of total prepaid coverage.

— Many of those in Lima/Callao who were privately insured were also covered by social security. They either preferred to use private health services, or used them to supplement their social security benefits.

— The potential demand for private health insurance in Lima/Callao was great, particularly if such arrangements were to lower their prices, and if urban social security and public health services did not improve in quality and efficiency.

— Factors that would tend to hinder the development of private prepaid schemes in Lima/Callao were a general lack of managerial skills, the opposition of physicians to negotiated fees, and high mandatory contributions to the social security system, which made additional private coverage very costly.

BOLIVIA

At the time of the HCF/LAC project's Bolivia study (Rosenthal *et al.* 1988), PROSALUD was attempting to achieve complete self-financing using a combination of user fees and a prepayment plan.

— The wide differences in the potential for self-financing within the PROSALUD system were largely due to the impact, on both costs and revenues, of the low price being charged for the prepaid plan.

— When PROSALUD began to phase out prepaid patients via non-renewal of contracts, most previously prepaid patients continued to use PROSALUD facilities on a FFS basis, and the facilities became financially viable.

ECUADOR

In 1985, a USAID-supported study was carried out in Ecuador to develop an (ultimately self-financing) private sector strategy to improve PHC delivery in rural and low-income urban areas currently underserved by the MOH and the urban and rural social security programs (TRITON 1985).

— At the time of the study, an estimated 50 percent of the population in rural areas of Ecuador lacked access to basic health services.

63

— The services of the MOH were perceived as ineffective and non-responsive to people's needs.

— The report proposed the implementation of two demonstration projects, both community health facilities (one rural and one urban), each employing its own personnel and characterized by an emphasis on health education and promotion activities, home visits, and outpatient care.

— The study proposed that both efforts be financed by a combination of prepayment arrangements and copayments, with an eventual emphasis on the former. The demonstration projects were to begin in September 1985, but no results have been published.

DOMINICAN REPUBLIC

A recent USAID-sponsored study assessed the feasibility of establishing an HMO as a business venture in the Dominican Republic (ALICO 1987).

— At the time of the study, group practices called *igualas medicas* already existed in the Dominican Republic. They offered prepaid health services packages, and primarily covered lower- and middle-income workers.

— These practices, comparable to HMOs, accounted for 75 percent of all health insurance coverage.

— Although a market niche for an "upscale prepaid managed care plan" appeared to exist, it was the opinion of the study's authors that the enrollment and premium level necessary to support such a plan as a commercially viable operation were unattainable at the time.

JAMAICA

USAID also sponsored an exploratory study of alternative strategies for privatization in the Jamaican health sector, in the face of perceived quality and cost-effectiveness problems in both the large public and smaller private health sectors (Rice, Ramey and McGriff n.d.).

— Several new forms of public/private partnership were proposed, of which three included some form of prepayment for health care: a new National Insurance Plan, to be administered by a private entity; a "voucher option," in which Jamaicans could use their *per capita* share of recurrent health expenditures to purchase either a public or private sector health plan; and a trust fund to subsidize a "poor-only HMO" (*ibid.*: 36).

64

In 1985, Project HOPE prepared a preliminary analysis of the alternative financing options under consideration by Jamaica's Committee on Alternative Methods for Financing the Health Services (Garrison and Wilensky 1985).

— The study proposed a plan under which the employed would contribute a proportion of their earnings to a Health Insurance Fund, and would in turn purchase a package of health services that would be delivered by providers (whether public or private was left undecided) who would bill the Fund according to a fee schedule set by the government. Patients would pay the difference, either out-of-pocket or through private insurance, between what was allowed under the fee schedule and the actual costs of services. Health care for the indigent would be paid for from the Consolidated Fund.[7]

USAID also studied the possibility of setting up a managed, prepaid health services organization (akin to an HMO) in Trelawny Parish (Zukin and Weinberg 1986). However,

— the population was found to be too poor to support an HMO; instead, it was recommended that a different parish be selected or that Trelawny be combined with another parish for purposes of implementing the HMO idea.[8]

GUATEMALA

The HCF/LAC Guatemala study (Gwynne 1988) reported that several kinds of private, prepaid risk-sharing health care arrangements already existed on the South Coast of Guatemala at the time of the study.

— The study team felt that the best way to provide prepaid coverage for the greatest number of agro-export workers (and their dependents) was through existing agricultural organizations such as the coffee-growers' association.

65

VII. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

CONCLUSIONS

CONTEXT

The economic crisis that beset most LAC countries over the past decade has reduced their public health expenditures, both absolutely and as a proportion of GDP. Even greater has been the deterioration of the quality of public health care. While general tax revenues remain the most important source of health care support, accounting for anywhere from 38 to 80 percent of total health sector financing in the 10 LAC countries reviewed here, these countries tend to assign increasing importance to social security and private sector financing alternatives.

The economic crisis has apparently stimulated private health care spending, which appears to have risen as a proportion of total health sector financing. The World Bank and AID, as the main sources of international health development support, have encouraged the general tendency toward diversification of health sector financing; these donors have urged public health authorities to reallocate resources from hospital to primary and preventive care and to rely more heavily on alternative sources of financing.

COSTS

Cost studies at the primary care level have found that the annual total costs of otherwise comparable health centers, as well as the unit costs of services they deliver, vary widely—both within and among subsectors (*i.e.*, public, social security and private). These variations are explainable by differences not only in the centers' efficiency of resources utilization, but also in the variety, quantity, and quality of final services they produce.

At the hospital level, cost studies have found that large facilities account for even bigger proportions of the total cost of public health services than standard expenditure accounts show. Identifying fully-ac-

counted-for facility costs, as well as the unit costs of individual departments and the services they provide, creates a basis for political and management decisions on cost containment, cost recovery, quality improvement and equitable resources allocation.

DEMAND

Studies of the demand for health care show that households—and employers, acting for their employees—account for between 20 and 40 percent of total health sector expenditures in the 10 LAC countries reviewed here. These expenditures include direct payments for both public and private care, purchases of medicines, and payments for coverage under private, prepaid plans. Private practitioners, for example, provide over a third of all ambulatory care in Lima and over half in Santo Domingo.

Simulations, based on household survey data, suggest that if user charges for *outpatient* care in public hospitals were introduced or increased, within reason and with exemptions for the poor, overall health services utilization would not decline significantly, but many users of public health services would switch to private providers whose services they consider to be of higher quality and/or more readily accessible than public services. Demand for *inpatient* care more strongly favors public facilities, because they are in far more ample supply than private hospitals and because private hospitalization charges are not affordable by most households. Demand studies also show that even very low-income households make some payments for health care (especially medicines), but that most of the cost of the health care they need must be borne by providers that are publicly funded or supported by private charitable sources.

HEALTH CARE FINANCING ALTERNATIVES

Research findings emphasize the important role that social security plays in financing medical care, especially in Latin American countries. In the seven Latin American countries reviewed here, medical care under social security accounts for 20 to 30 percent of total health sector expenditures; in the three Caribbean countries, social security contributes up to 10 percent (Belize, St. Lucia) or nothing at all (Jamaica).

Social security mainly covers urban middle-income workers and their dependents, although a rural program in Ecuador demonstrates that coverage can be extended to agricultural communities as well. The cost of medical care under social security is generally higher than the cost of

public or private health services, yet many beneficiaries consider the quality of this care to have deteriorated in recent years.

Studies of private, prepaid health plans show that these alternatives are still emergent, but in some areas are already an important component of total health sector financing. Private, prepaid plans include insurance plans (individual and group policies) as well as employer-, community-, and provider-managed plans. Lima and Santo Domingo, where these plans account for about 10 percent of total coverage, are the leading examples of their potential for providing coverage in large urban areas. In a few smaller cities and agro-export areas, employers (or employer organizations) and communities (or cooperatives) are providing ambulatory care financed by prepaid plans and/or user fees. Some of these plans demonstrate the potential for expansion of ambulatory care, but they generally do not provide inpatient care (except normal deliveries).

RECOMMENDATIONS

PUBLIC HEALTH SUPPORT

Since LAC countries provide health care for poor and lower-middle-income population segments predominantly through government programs funded from general tax revenues, international health development support should continue to focus on strengthening these programs. The following financing arrangements are recommended:

— personnel expenditures for public health services should be limited to that proportion of aggregate (ministry of health) and facility-level operating budgets which allows for appropriate shares for other line items (*e.g.*, supplies, maintenance, etc.), so as to maintain quality of care under inevitable budget constraints; issues of cost control, particularly for personnel and other budget line items (*e.g.*, imported equipment and supplies), need to be addressed at the appropriate locus of power and responsibility;

— cost containment is more complex at hospitals than primary care facilities, and the magnitude of resources involved is far greater. Thus, hospitals should be the main focus, initially, of newly-introduced cost containment measures. Hospital cost containment, in particular, requires reevaluation of functional responsibilities (*e.g.*, reducing the volume of outpatient services), and of appropriate technologies of care;

— since it is unrealistic (and not necessarily advisable) to limit access to inpatient care at public health facilities to priority population groups, these facilities should charge reasonable user fees, subject to means testing, and bill patients who have private, prepaid plans. Most of the revenues collected should be retained and directly managed by hospitals and health centers as an incentive to improve the quality of care they provide;

— increased cost recovery, especially at hospitals, requires that political commitments to "free" health care are interpreted as referring to those who cannot afford to pay. Since even relatively affluent households need protection against the risk of incurring "catastrophic" payment obligations, user fees would encourage them to obtain health insurance (or join a prepayment plan) that can help pay their hospital bills;

— hospital services should be subject to "full cost pricing." This does not mean that patients—even relatively affluent ones—should be expected to pay the full cost of services they receive; full cost pricing, however, provides the basis for determining to what extent services should be financed from user charges (subject to a means test), from patients' social security benefits, from private health insurance or other prepayment plans, from general tax revenues, and from other sources (*e.g.*, domestic and international charitable donations, international health development assistance, etc.). Full cost pricing should also serve as a basis for cost containment, such as limiting high-cost services to those considered essential, and redirecting patients seeking ordinary ambulatory care to health centers;

— user fee exemptions, both at hospitals and primary care facilities, require standardized means testing, for which appropriate criteria and procedures need to be periodically reviewed; health identification cards could be issued to show patients' exempt status and/or beneficiary status (under social security, private health insurance, etc.), as well as to record basic personal medical data;

— public health authorities, with international health development assistance, should devise system-wide efforts to promote cost containment and cost recovery strategies; this includes implementing coordinated revenue collection, medical data recording, and cost accounting procedures; training facility managers and medical staffs in the use of the data thus generated; and developing legal and institutional models that encourage managerial autonomy and physician peer review;

— costs of similar services should be compared among facilities so that cost variations and their causes can be identified; cost containment should involve appropriate distribution of responsibilities, and corre-

sponding allocations of resources, among levels of care and types of facilities;

— public health professionals, from national level appointees to facility managers and staffs, must be trained in cost containment measures that enhance the productivity of resources, and their utilization in conformance with standards considered appropriate for specific levels and settings of public health care delivery; appropriate incentives should be used to encourage and reward productivity-enhancing cost containment accomplishments;

— any decision to introduce (or expand) user fees at public health facilities should be preceded by a realistic projection of revenues to be collected, and an equally realistic estimate of the costs of collection. Net revenues should be of sufficient magnitude to finance specific improvements needed to increase a facility's overall quality of care and equity of access (*i.e.*, its effectiveness);

— if a facility has been judged suitable for cost recovery, the level of its financing from general tax revenues (and possibly from social security revenues as well) should (within limits) be conditional upon revenue generation from cost sharing;

— evidence of user dissatisfaction (from household surveys) and facility underutilization (from institutional records) shows that reductions in financing have caused public health services to become less cost-effective; *qualitative* improvements in public health services, reflected in most of these recommendations, are therefore basic to increasing the cost-effectiveness of services delivery and expanding public health coverage.

SOCIAL SECURITY SUPPORT

The high costs and low coverage of medical care under social security have in the past kept the World Bank and AID from providing them with health development assistance, but this is currently under review. The potential for increasing the cost-effectiveness of medical care under social security is great. Specific recommendations include the following:

— Provide technical assistance to those programs that have already decided to extend full coverage to all dependents of covered workers. Implementing this decision would require significant changes in the cost structures of these programs, such as reducing hospital-centered services in favor of expanded ambulatory care centers, and increasing the productivity of the programs' relatively costly personnel resources.

70

— Increasing the rates of wage taxes to increase social security revenues is not recommended, because (together with other benefits) wage taxes already represent a heavy payment burden on employers and workers alike. Instead, the collection of wage taxes should be improved, although this requires simultaneous improvements in the quality and accessibility of medical services to which covered workers are entitled.

— Those governments that—as employers—have fallen behind in their mandated contributions to social security should not expect public sector employees to be served by medical care under social security unless the legally mandated transfers of revenue take place; not doing so represents an implicit additional tax on those private employers and employees who do contribute to these programs.

— Expansion of coverage to population groups with lower average earnings than those currently covered is possible; however, since social security programs are not generally intended to redistribute income (or benefits), the marginal cost of coverage for new groups must be lower than the average cost of serving current beneficiaries; this could be accomplished by financing primary health care expansion through a prepayment plan for the newly covered, while financing their hospital care through internal cross-subsidies, or even from general tax revenues.

— Primary care centers financed by social security programs should provide most of the same preventive services that public health centers offer. While this may increase the total cost of centers (depending on the mix and total volume of care), a greater variety of services offered is likely to decrease their average unit costs, and thus facilitate the further expansion of coverage.

— The information systems (*i.e.*, expenditure, utilization and cost accounting) of medical care programs under social security are at least as deficient as those of public health services and need similar improvements; moreover, public health and social security information systems should be compatible so that unit costs of similar services can be compared not only within the respective subsectors but also between them.

— While partial cost recovery from user fees in public health facilities is recommended, and to some small extent practiced, the same has generally not been the case for medical care programs financed through social security. However, just as private health insurance and other prepayment plans in many cases require co-payments (as restraints against unnecessary utilization, if not for cost recovery *per se*), so could social security programs. Co-payments may be more acceptable to employers and employees than further increases in wage tax rates.

— Inasmuch as many social security beneficiaries already have supplementary private insurance or other prepayment plans, whether and how medical care under social security could be co-financed from private forms of risk-sharing should be explored (again, as an alternative to increasing social security taxes).

— As an alternative to providing medical care directly for most of their beneficiaries (as is the case in the Latin American countries reviewed here), social security programs should examine the alternatives of providing medical care benefits through public and/or private providers on a capitation or reimbursement basis. This option is already available, to a limited extent, in some of these countries, and may be suitable particularly for the expansion of coverage to lower-income population segments in urban areas and to workers and their families in agro-export areas.

— In the Caribbean countries, the use of social security revenues for medical care is limited, so far, to poorly-defined transfer payments to public health services. It is inadvisable for social security programs in Caribbean countries to develop their own medical care facilities; they should therefore decide on appropriate arrangements with either public or private providers. This, in turn, requires that average unit costs of care be available as a basis for determining how much social security programs should contribute for the coverage of their beneficiaries.

PRIVATE SECTOR SUPPORT

User fee payments, already frequently referred to above, are—next to general tax revenues and social security taxes—one of the three main sources of health care financing in all 10 countries reviewed here. Many households directly pay for private care and purchase medicines from private pharmacies; for the poor, this can be a substantial drain on their meager resources. For this reason, and given these countries' preference for government financing of health care (from general and social security taxes), the substantial proportion of total health care financing accounted for by direct household payments should be recognized by all concerned.

— The burden of direct payments for low-income households should not be further increased by the imposition of user fees in public health services; this is generally accepted, as evidenced by exemptions for the medically indigent. Between one-third and two-thirds of the populations of the 10 countries reviewed here should be assumed to be exempt, except for nominal fees that may be needed to control or even

A2

to stimulate utilization of primary health services (the latter if the target population thinks of free care as being of low quality).

— Among the one-third to two-thirds of the population who do not qualify for exemption from users fees, based on means testing, the potential demand for private, prepaid risk-sharing plans is evident. The development of these plans should be encouraged.

— The recommendation (above) to encourage the development of private, prepaid risk-sharing plans is to some extent predicated on the assumption that demand for such coverage reflects a real preference for private care, rather than a reaction to the poor quality of care provided by public health and social security programs. It should also be determined whether the development of these private sector alternatives needs active support from public and international agencies or merely a permissive regulatory environment.

— Private health care financing alternatives, while they can be important as risk-sharing arrangements, run the danger of stimulating unnecessary demand for health care, and of being costly to operate, particularly if their membership is relatively small. These plans should therefore require some co-payments to control utilization and help prevent—rather than contribute to—unnecessarily costly provision of health care.

— While there is evidence that private health services can become financially self-sustaining at the primary care level, their success also reflects the failure of public health systems to provide the necessary coverage for low-income populations. Especially if self-financing private services are to be established in new locations, the underlying assumptions favoring user fee payments (or even prepayment) by low-income households should be reviewed from the perspective of equity.

— Household demand studies have brought to light extensive cross-utilization of health services among subsectors, regardless of beneficiary status. This suggests that health systems are disorganized and resources utilization is highly inefficient. Thus, the reasons for apparent private care preferences, and for the extensive cross-utilization of services, should be more systematically analyzed.

— Nothing in the research studies reviewed here shows that private sector alternatives are necessarily more cost-effective or unequivocally preferred by households; households seek the best quality care they can afford, and strongly prefer doctors over paramedical workers. These household survey findings suggest a shift in health policy emphasis from

73

"lower cost" to "higher productivity" alternatives in the delivery of primary health care.

— Finally, the public/private goods distinction, applied to preventive/curative care, that has been used in the World Bank's "agenda for reform" of health financing is not strongly supported by the research reviewed here. Curative care for the medically indigent is generally accepted as a public sector responsibility, and health authorities view curative and preventive care as interactive and mutually supportive. Policies favoring private financing of curative care would be more convincing, particularly in the LAC countries reviewed here, if they were based on household income rather than cost/benefit considerations, and if they took account of the fact that households and private employers already contribute substantially—through direct user fees, prepayment plans, and social security payments.

ACKNOWLEDGMENTS

The coauthors gratefully acknowledge the collaboration of the many colleagues who participated in the HCF/LAC project, including 17 research report authors and editors, 10 international consultants, and over 30 host country professionals. We have also greatly appreciated the cooperation of several institutional subcontractors, including the Group Health Association of America and International Resources Group, Ltd., both of Washington, DC; Abt Associates, Inc., of Cambridge, MA; PROSALUD of Santa Cruz, Bolivia; SAYTEC (Salud y Tecnologia) of Quito, Ecuador; and IEPD (Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo) of Santo Domingo, Dominican Republic. A preliminary draft of the report on which this paper is based was thoroughly reviewed, at the HCF/LAC final meeting, by representatives of Latin American and Caribbean countries, AID, other AID centrally-funded projects, consulting firms, and donor organizations; project consultants; and project advisory committee members. Valuable contributions to the project were made by its Senior Health Scientist, Luis Carlos Gomez; by its AID project managers, Kate Jones-Patron (1985-87) and Patricia Moser (1988-89); and by its two research assistants, Chandra Shrestha and Hector Zamalloa. An advisory committee, consisting of Judith Cahill, William McGreevey, Philip Musgrove, Philip Palmedo, Allan Randlov, Gerald Rosenthal, George Strumpf, and Theodore Weinberg, provided helpful guidance throughout the four-year HCF/LAC project.

94

NOTES

1. This procedure is illustrated in detail in Raymond *et al.* 1987, Table A.12, and Russell *et al.* 1988, Tables B.4 and B.5.
2. The specific variables that were ultimately selected for the demand model are listed below.
3. Note that this output measure differs from the one used for cost analysis in the HCF/LAC Ecuador cost study, which was "final services."
4. The percentage of the survey population perceiving illness was apparently not determined.
5. The accuracy of this finding was questioned by participants at the June 1989, HCF/LAC Final Meeting.
6. Because of data limitations, the HCF/LAC study team could not estimate the effects of price on subsector choice for hospitalization.
7. Participants at the June 1989, HCF/LAC Final Meeting reported that, due to restrictions on the imposition of new taxes, the Health Insurance Fund had not been established.
8. Participants in the June 1989 HCF/LAC Final Meeting reported that a private HMO was established in Jamaica in 1986, offering prepaid health plans of the "preferred provider" type to firms with five or more employees (see Lewis 1988b:58).

GLOSSARY OF ACRONYMS

AEP Appropriateness Evaluation Protocol, an objective instrument for assessing the appropriateness of hospital use

AID (AID/W) the U.S. Agency for International Development, located in Washington, DC (see also USAID)

ALOS Average length of (hospital) stay

BZ $ Belizean dollar

CARICOM Caribbean Community, the Caribbean common market organization

DRG Diagnostic Related Groups, treatment categories used for hospital cost estimation

EC $ Eastern Caribbean dollar

ENNSA Encuesta Nacional de Nutricion y Salud, the 1984 National Nutrition and Health Survey of Peru

FFS Fee-for-service

FIDES Fundacion Integral de Desarrollo, a Bolivian development organization

GDP Gross Domestic Product

GHA Group Health Association, Inc., a Washington, DC, HMO

GHAA Group Health Association of America, a Washington, DC membership organization of prepaid health care institutions

HCF/LAC Health Care Financing in Latin America and the Caribbean, an AID/W centrally-funded project implemented by SUNY/SB

HFA/2000 Health for All by the Year 2000, the World Health Organization/UNICEF sponsored Declaration of Alma Ata

HIPGNY Health Insurance Plan of Greater New York

HMO Health maintenance organization

HSA-Peru Health Sector Analysis of Peru, a 1985-86 sector-wide, USAID-funded study implemented by SUNY/SB

IDB Interamerican Development Bank

IDSS Instituto Dominicano de Seguridad Social, the Dominican Social Security Institute

IEPD Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo, the Dominican Institute of Development and Population Studies

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, the Guatemalan Social Security Institute

IPSS Instituto Peruano de Seguridad Social, the Peruvian Social Security Institute

IRG International Resources Group, Ltd., a Washington, DC, research and consulting firm

ISSA Integrated System for Survey Analysis, a computer program

JSI John Snow, Inc., an Arlington, VA, research organization

LAC Latin America and the Caribbean

LDC Less developed country

MCH Maternal and Child Health

MOH Ministry of Health

MSCI Medical Services Corporation International, an Arlington, VA, research organization

MSH Management Sciences for Health, a Boston, MA, non-profit research organization

NGO Non-governmental Organization

NIS National Insurance Scheme, the St. Lucian social security organization

OECS Organization of Eastern Caribbean States

PAHO Pan American Health Organization

PHC Primary Health Care

PREMI Program for Reduction of Maternal and Childhood Illness, a USAID-supported child survival program of the Ecuadorian Ministry of Health

PRICOR Primary Health Care Operations Research, an AID/W centrally-funded project implemented by URC

PRITECH Technologies for Primary Health Care, an AID/W centrally-funded project implemented by MSH

PROSALUD Proteccion a la Salud, a non-profit, USAID-sponsored,

private sector Bolivian health care delivery network in the state of Santa Cruz, Bolivia

PUJ Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

PVO Private Voluntary Organization

REACH Resources for Child Health, an AID/W centrally-funded research project implemented by JSI

SAYTEC Private research firm, Quito, Ecuador

SEGEPLAN Secretaria General del Consejo Nacional de Planificacion Economica, the General Secretariat of the Guatemalan National Council of Economic Planning

SESPAS Secretaria del Estado de Salud Publica y Asistencia Social, the Dominican State Secretariat of Health and Social Services

SPSS Statistical Package for the Social Sciences, a computer program

SS Social Security

SSB Social Security Board, Belize

SSC Seguro Social Campesino, Ecuador's rural social security program

SUNY State University of New York

SUNY/SB State University of New York at Stony Brook

URC University Research Corporation, A Chevy Chase, MD, research organization

USAID United States Agency for International Development; this acronym is normally used to refer to the Agency's missions located in developing countries

WHO World Health Organization

78

BIBLIOGRAPHY OF SELECTED SOURCES

CODE:

(G) = Guides and reviews
(P) = Health system and policy studies
(C) = Cost studies
(D) = Demand studies
(A) = Studies of health financing alternatives
• = Research studies whose findings are summarized in Chapters IV-VI

AID (United States Agency for International Development) (P)
1986a (December). *AID Policy Paper: Health Assistance* (revised). Washington, DC: AID.

1986b (July). *Health Financing Guidelines.* Washington, DC: AID. (P)

Akin, John S., D. K. Guilkey, C. C. Griffin, and B. M. Popkin (G)
1985. *The Demand for Primary Health Services in the Third World.* Totowa, NJ: Rowman and Allanheld.

ALICO (American Life Insurance Company) •(A)
1987 (September). *ALICO Dominican Republic Feasibility Study.* Santo Domingo, Dominican Republic: ALICO.

Birch and Davis Associates, Inc. (P)
1986. *Report for the 1986 Workshop* (report of AID/LAC/DR Health Officers' Workshop). Silver Spring, MD: Birch and Davis Associates, Inc.

Bitran, Ricardo A. (G)
1988 (February). *Health Care Demand Studies in Developing Countries: A Critical Review and Agenda for Research* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc.

1989 (March). *Household Demand for Medical Care in Santo Do-* •(D)

mingo, Dominican Republic (HCF/LAC Research Report No. 9). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Brenzel, Logan E. (G)
1987 (March). *Planning the Financing of Primary Health Care: Assessing Alternative Methods* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc.

Cleland, Catherine (A)
1984 (Oct.). *Possibilities for HMO-Type Organizations in Less Developed Countries* (unpubl. ms.). Washington, DC: Office of Health Maintenance Organizations, Health Resources and Services Administration, Department of Health and Human Services.

Colon, Dominique, A. Fairbank, J. Norris, and S. Raymond (P)
1989 (January). *Health and Development in Belize: A Sector Assessment* (report prepared for the PRITECH project). Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Cumper, George (G)
1986 (Spring). *Health Sector Financing: Estimating Health Expenditure in Developing Countries* (EPC Publication No. 9). London: EPC (Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine)

de Ferranti, David (A)
1984. Strategies for Paying for Health Services in Developing Countries. *World Health Statistics Quarterly* 37(4):428–450.

1985. *Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview* (World Bank Staff Working Paper No. 721). Washington, DC: The World Bank. (P)

Evans, John R., K. L. Hall, and J. Warford (P)
1981. Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice. *New England Journal of Medicine* 305(19):1117–1127.

Fiedler, John L. (P)
1986 (July). *An Economic Analysis of Segments of the Public Health Sector of El Salvador* (report prepared for USAID/El Salvador). Silver Spring, MD: Birch and Davis Associates, Inc.

Fox, Peter D., and L. Heinen (A)
1987. *Determinants of HMO Success.* Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives.

90

Garrison, Louis P., Jr., and G. R. Wilensky •(A)
1985 (March). *Alternatives for Financing Health Care in Jamaica: A Preliminary Analysis.* Atlanta, GA: Project HOPE, Center for Health Affairs.

Gertler, Paul, L. Locay, and W. Sanderson •(D)
1987. *Cuotas a los Usarios de los Servicios de Salud: Analisis de Sus Efectos Potentiales en el Peru.* In Musgrove 1987b, *op. cit.*, pp. 635–655.

Gilson, Lucy (P)
1988 (Spring). *Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned? A Discussion Paper* (EPC Publication No. 15). London: EPC (Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine).

Gomez, Luis Carlos •(C)
1987 (ed.). *Costos de los Servicios Basicos de Salud en Ecuador (with English Summary)* (HCF/LAC Research Report No. 4). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

1988. *Household Survey of Health Services Consumption in Santo Domingo, Dominican Republic: Methodology and Preliminary Findings* (HCF/LAC Research Report No. 8). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC. •(D)

Griffin, Charles C. (G)
1988. *User Charges for Health Care in Principle and Practice* (Economic Development Institute Seminar Paper No. 37). Washington, DC: The World Bank.

Griffiths, Adrian, and M. Mills (G)
1983. *Money for Health: A Manual for Surveys in Developing Countries.* Geneva: Sandoz Institute for Health and Socio-Economic Studies.

GHAA (Group Health Association of America, Inc.) (G)
1985. *Managed Prepaid Health Care in Latin America and the Caribbean: A Critical Assessment* (Vols. I–III). Washington, DC: GHAA.

Gwynne, Gretchen (ed.) •(A)
1988. *Private Sector Health Care Alternatives for Agricultural Workers on the South Coast of Guatemala* (HCF/LAC Research Report No. 7). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

81

Gwynne, Gretchen, and Dieter K. Zschock •(A)
1989. *Health Care Financing in Latin America and the Caribbean, 1985–89: Findings and Recommendations* (HCF/LAC Research Report No. 10). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Habis, Antoine M. •(A)
1984 (January). *Private Sector Health Assessment, Part I: Bringing Health to Ecuador's Poor through Private Sector Initiatives.* Washington, DC: AID.

Hamilton, Trevor, and M. A. Hinchcliffe •(C)
1988 (February). *Cost-effective Management of Health Services in Belize, Grenada, St. Kitts-Nevis, and St. Lucia.* Kingston, Jamaica: University of the West Indies.

Hoare, Geoff, and A. Mills (G)
1986. *Paying for the Health Sector: A Review and Annotated Bibliography of the Literature on Developing Countries* (EPC Publication No. 12). London: EPC (Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine).

IDB (Interamerican Development Bank) (P)
1988. *Economic and Social Progress in Latin America: 1988 Report.* Washington, DC: IDB.

IDS (Information Data Systems, Inc.) (P)
1989. *Report of the 1989 Workshop* (report prepared for AID/LAC/DR Health Officers' Workshop). Silver Spring, MD: Information Data Systems, Inc.

Jeffers, James R., T. Weinberg, C. Cleland, and A. Bekele (P)
n.d. *Health Sector Resources Management* (report prepared for the Health Sector Resources Management Project, Improved Health Resource Management Component). Bridgetown, Barbados: USAID/RDO/C.

Jimenez, Emmanuel (G)
1987. *Pricing Policy in the Social Sectors: Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Lewis, Maureen A. (A)
1983 (April). *The Private Sector and Health Care: The Rationale and Role for Pre-Payment Schemes in LDCs* (unpubl. ms.). Wash-

ington, DC: AID (Bureau for Program and Policy Coordination).

1987a. *The AID Experience in Health Care Financing, 1978–1986* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc. (G)

1987b. *The Hospital User Fee Experience in the Dominican Republic* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc. •(A)

1988a (April). *The Private Sector and Health Care Delivery in Developing Countries: Definition, Experience, and Potential* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc. (A)

1988b (November). *Financing Health Care in Jamaica.* Washington, DC: The Urban Institute. (P)

1989. *Government Policy and the Effectiveness of User Charges in Jamaican Hospitals* (report prepared for the Resources for Child Health project). Washington, DC: The Urban Institute. •(A)

Mach, E.P., and B. Abel-Smith (G)

1983. *Planning the Finances of the Health Sector: A Manual for Developing Countries.* Geneva: WHO.

McFarlane, Dennis H. C., and C. McFarlane •(D)

1987 (December). *Appraisal of and Analytical Report on a Survey on New Initiative in Health Finance and Administration* (report prepared by McFarlane Consultants for Statistical Institute of Jamaica). Kingston, Jamaica: McFarlane Consultants.

Mesa-Lago, Carmelo •(A)

1988. *Informe Economico sobre la Extension de la Cobertura Poblacional del Programa de Enfermedad-Maternidad del IPSS* (an HCF/LAC Technical Report). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

MSH (Management Sciences for Health) (P)

1984. *Proceedings: Health Officers' Conference, Bureau for Latin America and the Caribbean* (report prepared for AID/LAC/DR/HN). Boston, MA: MSH.

1985. *Final Report on the Study of Financial Alternatives to Support Extension of Basic Health Services in Honduras* (unpubl. draft). Chevy Chase, MD: University Research Corporation. •(A)

Musgrove, Philip (D)

1983. Family Health Care Spending in Latin America. *Journal of Health Economics* 2(3):245–257.

1985 (August). Reflexiones sobre la Demanda por Salud en America Latina. *Curadernos de Economia* 22(66):293–305. (D)

1987a. The Economic Crisis and its Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services* 17(3):411–441. (P)

1987b (December)(ed.). Economia de la Salud (numero especial). Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana 103:6. (P)

1988 (November)(ed.). *Crisis Economica y Salud: La Experiencia de Cinco Paises Latinoamericanos en los Anos Ochenta* (unpubl. draft doc.). Washington, DC: PAHO. (P)

O'Conner, Patricia, W. E. Bertrand, and A. Bayona (D)

1985 (December). *Primary Health Care Planning: Health Status, Health Services Utilization, and Community Financing—San Julian, Mineros, and Santa Cruz, Bolivia* (unpubl. ms.). Chevy Chase, MD: University Research Corporation.

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 1985. *Measuring Health Care, 1960–1983: Expenditure, Costs and Performance* (OECD Social Policy Studies No. 2). Paris: OECD. (G)

Overholt, Catherine •(A)

1987 (November). *User Fees in Honduran Hospitals and Health Centers: Policy and Experience* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc.

PAHO (Pan American Health Organization) (G)

1984. *Policies for the Production and Marketing of Essential Drugs* (Scientific Publication No. 462). Washington, DC: PAHO.

Petrera Pavone, Margarita (P)

1987. *Eficacia y Eficiencia de la Seguridad Social en Relacion con el Ciclo Economico: El Caso Peruano.* In Musgrove 1987b (*op. cit.*), pp. 620–634.

PRICOR (Primary Health Care Operations Research) (D)

1987 (March). *Community Financing of Primary Health Care: The PRICOR Experience.* Chevy Chase, MD: University Research Corporation.

84

Ramirez, Nelson, I. Duarte, and C. Gomez (P)
1986. *Pob'acion y Salud en la Republica Dominicana* (Estudio No. 5). Santo Domingo, Dominican Republic: Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo.

Raymond, Susan Ueber, B. Lewis, P. Meissner, and J. Norris *(C)
1987. *Financing and Costs of Health Services in Belize* (HCF/LAC Research Report No. 2). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

REACH (Resources for Child Health Project) (G)
1987. *ANE (Africa/Near East) Bureau Guidance for Costing of Health Service Delivery Projects: Background and Guidance.* Arlington, VA: John Snow, Inc.

1989 (July). *Annotated Compilation of Health Care Financing Activities in the Latin American and Caribbean Region, 1982–1988* (draft). Arlington, VA: John Snow, Inc. (G)

Reynolds, Jack, and K. C. Gaspari (G)
1985 (May). *Cost-Effectiveness Analysis* (PRICOR Monograph Series, Methods Paper No. 2). Chevy Chase, MD: University Research Corporation.

Rice, James A., T. C. Ramey, and L. D. McGriff *(A)
1985. *Privatization Options in Jamaica Health Sector* (an exploratory research study for the Bureau of Private Enterprise, AID). Minneapolis: Health Central International, Inc.

Robertson, Robert L. (G)
1985 (November). *Review of Literature on Costs of Health Services in Developing Countries.* Washington, DC: The World Bank.

Robertson, Robert L., and D. K. Zschock (G)
1979. *Guidelines for Analysis of Health Sector Financing in Developing Countries* (International Health Planning Methods Series, No. 8). Washington, DC: Office of International Health, United States Department of Health, Education and Welfare.

Roemer, Milton I. (P)
1986 (January). The Changeability of Health Care Systems: Latin American Experience. *Medical Care* 24(1):24–29.

Rosenthal, G., A. Arrazola, G. M. Crowley, C. Cuellar, and A. Solari *(A)
1988. *Toward Self-Financing of Primary Health Services: A Market*

85

(HCF/LAC Research Report No. 6). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Russell, Sharon Stanton, and J. Reynolds (G)
1985 (May). *Operations Research Issues: Community Financing* (PRICOR Monograph Series, Issues Paper 1). Chevy Chase, MD: University Research Corporation.

Russell, Sharon Stanton, and D. K. Zschock (G)
1986. *Health Care Financing in Latin America and the Caribbean: Research Review and Recommendations* (HCF/LAC Research Report No. 1). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Russell, Sharon Stanton, G. Gwynne, and M. Trisolini *(C)
1988. *Health Care Financing in St. Lucia and Costs of Victoria* Brook, NY: HCF/LAC.

Shepard, Donald S., and E. R. Benjamin (A)
1988. User Fees and Health Financing in Developing Countries: Mobilizing Financial Resources for Health. In Bell, David E., and Michael R. Reich (eds.): *Health, Nutrition, and Economic Crises: Approaches to Policy in the Third World*, pp. 401–424. Dover, MA: Auburn House Publishing Co.

Shepard, Donald S., R. L. Robertson, C. S. M. Cameron III, P. Saturno, M. Pollack, J. Manceau, P. Martinez, P. Meissner, and J. Perrone 1989 (March). *Cost-Effectiveness of Routine and Campaign Vaccination Strategies in Ecuador* (unpubl. ms.). Cambridge, MA: Harvard Institute for International Development. *(C)

Solari, Alfredo, J. Castaneda Costa, G. M. Crowley, and J. C. Vera *(A)
1987. *Private Health Care Financing Alternatives in Metropolitan Lima, Peru* (HCF/LAC Research Report No. 3). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Stinson, Wayne (G)
1982. *Primary Health Care Issues: Community Financing.* Washington, DC: American Public Health Association.

1985. *Employer-supported Health Care in Developing Countries.* (A)
Washington, DC: American Public Health Association.

TRITON *(A)
1985 (July). *A Feasibility Study and Development Plan for a Private*

46

Alternative Health Service Delivery Model in Ecuador (report submitted to USAID/Ecuador). Quito: USAID/Ecuador.

Ugalde, Antonio (A)
1985. The Integration of Health Care Programs into a National Health Service. In Mesa-Lago, Carmelo (ed.): *The Crisis of Social Security and Health Care: Latin American Experiences and Lessons* (Latin American Monograph and Document Series No. 9), pp. 109–142. Pittsburgh: Center for Latin American Studies, University of Pittsburgh.

USAID/Belize and PAHO (P)
1982. *Belize Health Sector Assessment.* Belize City: USAID and PAHO.

USAID/Honduras (P)
1980 (June). *Assessment of the Public Health Sector in Honduras.* Tegucigalpa: USAID.

World Bank (P)
1980 (February). *Health Sector Policy Paper.* Washington, DC: The World Bank.

1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform (a World Bank policy study).* Washington, DC: The World Bank. (P)

WHO (World Health Organization) (G)
1978. *Financing of Health Services* (World Health Organization Technical Report Series, No. 625). Geneva: World Health Organization.

Zschock, Dieter K. (G)
1979. *Health Care Financing in Developing Countries* (APHA International Health Programs Monograph Series, No. 1). Washington, DC: American Public Health Association.

1980. Health Care Financing in Central America and the Andean Region: A Workshop Report. *Latin American Research Review* XV(3):149–168. (P)

1986. Medical Care under Social Insurance in Latin America. *Latin American Research Review* XXI(1):99–122 (G)

87'

1988 (ed.) *Health Care in Peru: Resources and Policy.* Boulder, CO: Westview Press. (P)

Zukin, Paul, and Theodore J. Weinberg •(A)
1986 (March). *Proposed Trelawny Health Plan: Preliminary Assessment of a Managed Prepaid Health Service Organization for Trelawny Parish.* Piedmont, CA: Health Management Group, Ltd.

LA REVISTA DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD

Vol. 8, No. 4

Otoño 1990
Parte II

SUPLEMENTO ESPECIAL
FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

EDITORIAL 833

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE
Gretchen Gwynne, Ph.D. y Dieter K. Zschock, Ph.D.

Introducción 837
Contexto 841
Metodos de investigación de los estudios FAS/ALC 861
Costos de la atención de salud 873
Demanda de atención de salud 879
Financiamiento alternativo de la salud 887
Conclusiones y recomendaciones 905
Agradecimientos 914
Bibliografía de fuentes seleccionadas 921

INDICE ANUAL 935

RECONOCIMIENTOS A REVISORES DE ARTICULOS 000

INFORMACION A LOS AUTORES 945

89

EDITOR
GARY L. FILERMAN, Ph.D.

EDITOR GERENTE
DONNA F. ROYSTON

EDITOR ASISTENTE
FRANCES M. CZAJKA

EDITORES CONTRIBUYENTES
DOUGLAS A. CONRAD, Ph.D.
Investigación de los servicios de salud
JEPTHA W. DALSTON, Ph.D.
Práctica gerencial
BERNARDO RAMIREZ, M.D.
La Revista de Educación en Administración de Salud
JAMES D. SUVER, D.B.A.
Revisión de programas de computadoras

COMITE EDITORIAL DE LA REVISTA DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD
JORGE CASTELLANOS, M.D.
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC
DIEGO GONZÁLEZ, M.D.
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú
SR. ROBERTO OYANEDER
Universidad de Chile
Chile
ENRIQUE RUELAS, M.D.
Fundación W.K. Kellogg
México
MAURICIO VARGAS, M.D.
Instituto Centroamericano de Administración Pública
Costa Rica

La Revista de Educación en Administración de Salud (ISSN 0735-6722) se publica cada trimestre por la Asociación de Universidades con Programas en Administración de Salud, 1911 North Fort Myer Drive, Suite 503, Arlington, Virginia 22209. Costo de suscripción: Suscripción individual $45 (1 año); bibliotecas en los Estados Unidos, Canadá, y México, $50 (1 año); otras bibliotecas, $55 (1 año). Correo de segunda clase pagado en Washington, D.C. Envíe cambios de dirección a *La Revista de Educación en Administración de Salud*, 1911 North Fort Myer Drive, Suite 503, Arlington, Virginia 22209.

Los manuscritos, la correspondencia en relación a asuntos de la editorial y la sumisión de libros para revisión deben dirigirse al editor. La información para los autores que presenten manuscritos para su inclusión en la *Revista* están en las páginas posteriores de la misma. Las suscripciones y los cambios de domicilio deben ser dirigidos a la *Revista* a la dirección arriba anotada. Permita por lo menos 6 semanas para el cambio de dirección; envíe la dirección antigua y la nueva, incluyendo el código postal.

© 1990 todos los derechos reservados por la Asociación de Universidades con Programas en Administración de Salud. La *Revista* se produce por la Princeton University Press, 41 William Street, Princeton, New Jersey 08540.

La Asociación de Universidades con Programas en Administración de Salud (AUPHA) concede autorización para fotocopiar porciones de la revista para uso personal o interno de clientes específicos. Para bibliotecas y otros usuarios deben registrarse con el Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service, siempre y cuando la cuota de $2.50 por artículo se pague directamente a CCC, 21 Congress St., Salem, Massachusetts 01970. 0735-6722/87 $2.50.

AO

EDITORIAL

La década pasada ha sido un período con constante incremento en la presión económica sobre los sistemas de atención a la salud en la mayoría de los países. En todos los países el crecimiento en la demanda estimulado por una constante evolución de la tecnología ha incrementado el costo de la atención a la salud. Para los países industrializados esto ha significado dedicar una siempre creciente parte de los recursos nacionales a la producción y distribución de servicios de salud y un creciente debate en cómo estos costos pueden ser contenidos.

Para los países menos desarrollados la opción de aumentar los recursos públicos no ha sido posible. Más bien se han disminuido los recursos que se utilizan en forma general y han competido con presiones de prioridades nacionales que han llevado a limitaciones en la calidad y disponibilidad de la atención y, en algunos casos, a una creciente dependencia de ayuda externa para alcanzar las metas fundamentales de salud.

Los países en desarrollo han respondido a estas presiones económicas crecientes a través de re-examinar la manera en la cual los servicios de salud son financiados y a través de explorar diferentes alternativas que puedan fortalecer el financiamiento y la base económica del sector. Estas exploraciones han sido estimuladas por una presión significante de fondos externos de financiamiento provenientes del Banco Mundial, de los Bancos Regionales de Desarrollo y del Fondo Monetario Internacional, quienes han ligado las reformas económicas del sector salud a las reformas económicas del país como un todo.

Para muchos países en desarrollo hay nuevos asuntos en el sector salud. Los sistemas contemporáneos frecuentemente incorporan infraestructuras a instituciones de financiamiento público heredades de un período colonial con unas condiciones sociales y económicas muy diferentes. Las estructuras administrativas y gerenciales también reflejan este legado. La información y la experiencia que se requiere para desarrollar políticas que mobilicen nuevos recursos o que usen los recursos existentes de una manera más eficiente a veces no se encuentran presentes.

Esta realidad ha generado una necesidad para análisis e investigaciones que exploren la experiencia actual en la producción y distribución

de servicios, el uso de recursos y otras características del mercado de los servicios de salud. Un número creciente de estudios están proprocionando bases empíricas para el proceso de cambio de políticas que actualmente se encuentran en marcha. Los documentos que fueron preparados por Gwynne y Zschock, presentan experiencias recientes analíticas para la región de América Latina y el Caribe. Ellos describen el patrón general de financiamiento de salud para la región y presentan los resultados de investigaciones emprendidas como parte de un programa auspiciado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), dirigido por el Profesor Dieter Zschock de la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook.

Una gran variedad de cambios del programa político están siendo considerados en los países en vías de desarrollo. Algunas de estas estrategias incluyen nuevas fuentes de ingresos para la provisión de servicios públicos, explorar nuevos medios para limitar la responsabilidad pública para la prestación de servicios de salud al fortalecer el papel del sector privado, e intentar mejorar la eficiencia de los servicios con los recursos existentes. En cada uno de estos casos, el desempeño del sector de salud está siendo ligado más estrechamente al contexto económico general del país. La distribución de recursos de salud cada vez más reflejará criterios económicos además de los objetivos sociales.

Estos cambios presentan desafíos importantes para los administradores de servicios de salud. Cambios en el financiamiento de salud inevitablemente cambiará las opciones para administrar recursos, y los criterios de desempeño que asumen los administradores. La comprensión del contexto económico del sistema de salud y la naturaleza de las opciones económicas posibles es esencial para utilizar los recursos de salud de la manera más efectiva en apoyo de las metas de salud.

El reconocimiento de esta realidad se refleja en el creciente interés por incorporar más contenidos de economía de la salud en el entrenamiento de administradores de salud en los países en vías de desarrollo. Mientras la necesidad es obvia, la forma y el contenido de este entrenamiento tiene que estar basado en una valoración real de cómo las promesas expresadas en los análisis económicos, pueden ser incorporadas al proceso administrativo. Un número especial de esta Revista, que aparecerá próximamente, se dedicará a abordar este importante tema. Específicamente este número se centrará en el papel de la economía en la administración de los servicios de salud, y estrategias para incorporar capacitación en economía en la experiencia de aprendizaje de los futuros

92

administradores. La meta es compartir la experiencia en evolución del entrenamiento en economía para administradores de salud, y estimular esfuerzos para fortalecer la gerencia de recursos en salud en los países en vías de desarrollo, a través de un uso más efectivo de la economía en la práctica. El documento de Gwynne y Zschock proveé antecedentes para esta discusión.

GERALD ROSENTHAL
30 de junio de 1990

I. INTRODUCCION

Este documento describe el trabajo realizado en los cuatros años (1985–1989) del proyecto de investigación y asistencia técnica titulado **Financiamiento de la Atención de Salud en América Latina y el Caribe (FAS/ALC).** Con recursos de la Oficina Regional para América Latina de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el proyecto realizó investigaciones y proporcionó asistencia técnica relacionada a ocho países de América Latina y el Caribe, concentrándose en tres temas de atención de salud: costos totales, demanda familiar y la factibilidad de alternativas a los ingresos impositivos generales para su financiamiento. Estos tópicos, todos prioridades de las políticas de la AID, reflejan dos convicciones principales de la Agencia: primero, que las limitaciones de recursos y la deficiencia organizacional han impuesto restricciones severas a la ampliación efectiva de los servicios de salud pública en la región de ALC; y, segundo, que se necesitarán medidas de contención y recuperación de costos mediante aranceles al usuario y mecanismos de riesgo compartido y prepago, para que los países de medianos y bajos ingresos de la región logren el objetivo universalmente aceptado de "Salud para Todos en el Año 2000."

UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

ESTUDIOS DE COSTOS

Normalmente los estudios de costos establecen bases de datos que son utilizadas por instituciones (por ejemplo, ministerios de salud), por programas (campañas masivas de vacunación), o por instalaciones individuales (clínicas públicas). Los costos de las instituciones, programas o instalaciones (o de los servicios que proporcionan) deben ser "plena-

---

Dirigir las comunicaciones y pedidos de reimpresos a AUPHA, Programa de Desarrollo Latinoamericano, 1911 North Fort Myer Drive, Suite 503, Arlington, Virginia 22209, EUA.

mente contabilizados," esto es, deben incluir los costos de capital, administración y operación. Los cálculos resultantes de los costos totales—incluyendo los de insumos (como personal y suministros) y los costos promedios y marginales de la producción de servicios—tienen diversas aplicaciones: por ejemplo, revisón de la escala de aranceles al usuario (basada en el costo promedio de los servicios), evaluación de la productividad del personal (de acuerdo a comparaciones de los costos de insumos y producción de servicios) o preparación de presupuestos (según la identificación de costos controlables vs. incontrolables a cada nivel de autoridad).

En un sentido más amplio, los estudios de costos proporcionan información sobre sus variaciones (entre instituciones y/o para el mismo organismo a través de los años) y sus determinantes. Su identificación es fundamental para mejorar la administración financiera y aplicar medidas de control de costos. Finalmente, estos estudios proporcionan un contexto en el que las implicaciones financieras de opciones de políticas específicas—por ejemplo, si procede a la ampliación de la cobertura de la población—pueden ser evaluadas a nivel nacional, sectorial, subsectorial o institucional.

ESTUDIOS DE DEMANDA

Los estudios de demanda, basados en información de encuestas a grupos familiares, no sólo contribuyen a identificar la utilización actual de los servicios de salud, sino que, mediante simulaciones computarizadas, también estiman los cambios de la demanda en respuesta a las fluctuaciones de las variables que la afectan. Las autoridades de salud pueden utilizar esta información para determinar los recursos adicionales (reales y financieros) que se precisan para cumplir los objetivos de las políticas, para una mejor asignación de los recursos existentes y/o complementarios y para determinar cómo las percepciones de los consumidores sobre la calidad de los servicios ofrecidos afectan su utilización.

El creciente interés de las políticas sobre aranceles al usuario, particularmente para los actuales servicios gratuitos de salud, constituye un buen ejemplo de la utilidad práctica de los análisis de demanda: pueden simular los efectos, en la utilización de los servicios por el consumidor y en la generación de ingresos de las instalaciones de salud, de cambios en los precios, antes que se adopten decisiones de políticas. Otras decisiones de políticas potenciales que afectan, por ejemplo, la calidad de la aten-

ción, la localidad, o el personal de las instalaciones, pueden ser probadas por los análisis de demanda antes de su puesta en práctica.

ESTUDIOS DE FINANCIAMIENTO ALTERNATIVO

Los estudios de financiamiento alternativo se precisan por la limitada disponibilidad de los ingresos impositivos generales para el financiamiento de la atención de salud. Tales estudios pueden evaluar la eficacia y equidad de diversas fórmulas para asignar los recursos públicos y privados, para definir las responsabilidades respectivas de los subsectores público y privado en el financiamiento y prestación de la atención de salud y para identificar y evaluar nuevas fuentes de financiamiento para la salud, incluyendo métodos para alentar a los usuarios al pago directo de la atención de salud. Los ejemplos de mecanismos de financiamiento alternativo se clasifican en cuatro categorías: seguro social, seguro privado, otros acuerdos de prepago y aranceles al usuario.

EL PROYECTO FAS/ALC

El proyecto FAS/ALC inició sus trabajos en 1985 con una investigación de la bibliografía en financiamiento de la salud relacionada con los tres temas prioritarios mencionados anteriormente (Russell y Zschock, 1986). Con posterioridad, el personal y consultores del proyecto visitaron ocho países de América Latina y el Caribe **(Belice, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Perú, República Dominicana y Santa Lucía)**. En cada uno proporcionaron asistencia técnica a corto plazo e identificaron estudios de investigación en apoyo a los objetivos específicos del país anfitrión y de la AID. Estas visitas dieron como resultado el diseño y ejecución de ocho estudios de investigacíon—dos en la República Dominicana y uno en los otros países visitados, excepto en El Salvador, donde un estudio identificado por el proyecto FAS/ALC está siendo realizado por otro programa financiado por la AID. Estos ocho estudios se suman a una diversidad de documentos de la AID en las tres áreas prioritarias de atención de salud: tres se refieren a costos, dos a la demanda de grupos familiares y tres a mecanismos de financiamiento alternativo.

Este documento se basa en el informe final de FAS/ALC (Gwynne y Zschock 1989) y se concentra en los estudios de investigación efectuados en 10 países: los siete en que el proyecto realizó sus ocho estudios nacionales, más El Salvador, Honduras y Jamaica. Para nuestros propósitos, todos estos países son comparables. Todos son de bajos-medianos

ingresos, según la definición del Banco Mundial (véase Cuadro 1), esto es, su ingreso per cápita varía entre US $500 y US $1.500. Todos experimentaron una grave recesión económica a principios y mediados de la década actual. Salvo Perú, todos tienen una población pequeña y generalmente se conjetura que esto los expone más a las vicisitudes de la situación económica internacional que los países más grandes, los cuales pueden recurrir en mayor grado a la demanda del mercado interno para estimular el crecimiento económico.

Una síntesis como ésta no puede intentar ser (y menos permanecer) totalmente actualizada. En general, este documento refleja el "presente etnográfico," los hechos al momento de la investigación. En algunos casos se ha dispuesto de nueva información después de la distribución de los documentos originales en los que se basa este documento. Hemos introducido cambios o actualizaciones sólo en los casos en que se derivan implicaciones de políticas importantes.

CUADRO 1: Indicadores Poblacionales y Económicos Para Países Seleccionados de ALC

País	*Población (1)*	*Crecimiento Población (2)*	*PIB/Capita (3)*	*Cambio en PIB/Capita (4)* 1981–84	1985	1986
Belize	0,2	n.d.	1.170	...	2,2 (1965–86)	...
Bolivia	6,6	2,7	600	−5,2	−2,8	−5,5
Dom. Rep.	6,6	2,4	710	0,4	−6,4	0,3
Ecuador	9,6	2,9	1.160	−1,3	1,6	−0,1
El Salvador	4,9	1,2	820	−3,8	0,7	−1,0
Guatemala	8,2	2,9	930	−4,0	−3,7	−2,4
Honduras	4,5	3,6	740	−3,1	−0,3	−0,6
Jamaica	2,4	1,5	840	−0,1	−5,9	0,7
Perú	19,8	2,3	1.090	−3,5	−0,1	5,8
Sta. Lucía	0,1	n.d.	1.320	...	2,3 (1965–86)	...

(1) en millones, mediados 1986; (2) promedio anual, porcentaje, 1980–86; (3) en US$, 1986; (4) promedio anual de la tasa de cambio. Fuentes: Cifras de las columnas (1)-(3), Banco Mundial. World Development Report 1988, Cuadros 1-27; también Cuadro A, p.289, para columnas (1), (3) y (4) para datos de Belice y Santa Lucía. Cifras en columna (4), excepto Belice y Santa Lucía, del Banco Interamericano de Desarrollo, Informe de Progreso Económico y Social en América Latina 1988, Cuadro II-5.

II. CONTEXTO

En el período 1985–1989, época en que se desarrolló la mayoría de las investigaciones de este estudio, los diez países en que se concentra este documento continuaron experimentando los efectos de la grave crisis económica que afectó a América Latina y el Caribe desde principios de 1980. En verdad, son mínimos los estudios aquí reseñados que fueron específicamente formulados para analizar sus temas en relación a la crisis económica y su impacto en el sector salud. Sólo los estudios regionales auspiciados por la OPS (Musgrove 1987a) y el Análisis del Sector Salud de Perú (Zschock 1988) enfocan el aspecto de esta crisis en el sector salud. Sin embargo, es evidente que entre las razones para realizar la mayoría de estos estudios, el impacto de la crisis en el financiamiento de la atención de salud fue una de ellas. Otro motivo fue la opinión generalizada sobre el cambio que se estaba produciendo (o que debía efectuarse) en el sector salud de las naciones de ALC y que se precisaba una mejor comprensión de las respectivas implicaciones en el financiamiento de los servicios de salud.

Este capítulo define el contexto en el que se realizaron las investigaciones. Describe las condiciones macroeconómicas, los cambios organizacionales en los sistemas de salud y las políticas de salud de los organismos donantes internacionales, específicamente las del Banco Mundial y de la AID, que han orientado el apoyo al sector salud en la última década.

CONTEXTO ECONÓMICO

Las restricciones de recursos y los problemas de ineficiencia que afectan a los servicios de salud pública llegaron a ser una seria preocupación en la década de los 80, cuando los países de América Latina y el Caribe—con la asistencia de los organismos donantes internacionales—procuraron ampliar la cobertura de la atención primaria de salud, al tiempo que las economías nacionales estaban acosadas por disminución de la producción y aumento de la deuda nacional e internacional. El crecimiento económico, que había logrado un promedio del 5,9 por ciento anual entre 1971 y 1980 en América Latina y el Caribe, fue negativo a principios de

1980 y sólo se ha recuperado parcialmente en años recientes (véase Cuadro 2).

Entre los países andinos, Bolivia y Perú sufrieron graves recesiones en 1981–83. En 1986 la economía de Bolivia no se había recuperado y la tendencia ascendente en Perú fue interrumpida por una hiperinflación. El auge petrolero de Ecuador de los años 1970 finalizó con la década y el crecimiento económico, que ha sido lento desde entonces, se vió afectado en 1987 por el terremoto de enero de ese año. La República Dominicana y los tres países centroamericanos—El Salvador, Guatemala y Honduras—también registraron declinaciones del PIB al comienzo de la década de 1980 como consecuencia de la aguda disminución de los precios en los mercados mundiales de diversos productos agrícolas. El Salvador también sufrió los efectos económicos de un terremoto en 1986. Desde entonces, ninguno de estos países ha logrado una recuperación real. La economía de Jamaica ha tenido un desempeño deficiente en las últimas dos décadas.

Las desfavorables condiciones económicas en la mayoría de estos países han debilitado el objetivo de las políticas públicas de ampliar la atención primaria de salud a través de los ministerios de salud y también han provocado el deterioro de los servicios de salud pública existentes. Los niveles de gastos en salud pública (definidos en las cuentas de ingresos

CUADRO 2: Crecimiento del PIB, Países Seleccionados de América Latina 1971–1936 (Promedio anual, porcentajes)

	1971–80	*1981–83*	*1984*	*1985*	*1986*
Bolivia	4,5	−3,4	−0,3	−0,2	−2,9
Dom. Rep.	6,9	3,7	0,5	−4,2	2,6
Ecuador	8,9	0,7	4,2	4,3	2,8
El Salvador	3,2	−4,4	2,3	2,0	0,6
Guatemala	5,7	−1,8	0,5	−1,0	0,4
Honduras	5,5	−0,2	2,8	3,2	2,7
Jamaica	−0,8	2,0	−0,9	−4,5	2,1
Perú	3,8	−2,8	4,8	2,5	8,5
ALC*	5,9	−1,0	3,6	3,4	3,9

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo, Informe de Progreso Económico y Social 1988, Cuadro II-5.

*Promedio de 25 países de ALC.

Nota: La fuente de la que se obtuvo ese cuadro no incluye información para Belice y Santa Lucía. Si bien otras fuentes indican los datos correspondientes, las discrepancias entre ellas no aconsejan su inclusión en un cuadro.

99

nacionales como gastos a través de los ministerios de salud, sin inclusión de los programas de atención médica de la seguridad social) aparecen en el Cuadro 3 como gastos de salud en proporción al PIB. Una comparación de los Cuadros 2 y 3 sugiere que esta proporción ha tendido a declinar a medida que las tasas de crecimiento del PIB fueron más lentas y llegaron a ser negativas. También debe observarse que el efecto de los menores compromisos a la salud pública se agrava por el aumento de la población, lo que reduce los gastos de salud per cápita, en términos absolutos, aún más de lo que indican estos datos relativos.

Bolivia, cuyos gastos de salud pública promediaron algo más del uno por ciento en los años 1970, redujo esta cantidad a menos del medio por ciento en la década de 1980. A pesar de la crisis económica, Perú ha mantenido estos gastos en casi el uno por ciento del PIB en las dos décadas. Ecuador, que formuló un serio compromiso político a la salud pública a mediados de los años 1970, mantuvo un nivel de gastos del dos por ciento hasta mediados de los años 1980, pero recientemente redujo el gasto de salud pública al uno por ciento del PIB.

El compromiso financiero de Guatemala ha variado considerablemente, pero el promedio ha permanecido en alrededor del uno por ciento del PIB, en tanto que en República Dominicana los gastos en salud pública disminuyeron recientemente del 1,5-2 por ciento al uno por ciento.

CUADRO 3: Gastos de Salud Pública como Porcentaje Del Producto Interno Bruto, Países Seleccionados de ALC, 1976–1986

	1976	*1980*	*1981*	*1982*	*1983*	*1984*	*1985*	*1986*
Bolivia	1,0	1,7	1,0	0,4	0,4	0,5	0,4	n.d.
Dom. Rep.	1,8	2,0	2,1	1,2	1,1	1,2	1,0	1,0
Ecuador	1,4	1,8	2,1	2,2	2,0	1,9	1,1	1,1
El Salvador	1,4	1,5	1,6	1,4	1,4	1,4	1,2	n.d.
Guatemale	0,8	1,6	1,1	1,4	0,7	0,8	0,7	1,0
Honduras	1,9	1,4	1,5	1,6	1,6	1,5	2,0	2,6
Jamaica	3,1	3,8	3,6	3,8	3,5	2,9	2,9	n.d.
Perú	1,1	1,1	1,1	0,9	1,0	1,0	1,0	n.d.

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo, Informe de Progreso Económico y Social 1988, Cuadro IV-8.

n.d. = no disponible

Nota: La fuente utilizada para la preparación de éste cuadro no contiene datos sobre Belice y Santa Lucia. Si bien otras fuentes indican los datos correspondientes, las discrepancias entre ellas no aconsejan su inclusión en un cuadro.

100

En El Salvador y Honduras estos gastos han permanecido constantes en alrededor del 1,5 por ciento del PIB (con un reciente incremento al 2 por ciento en Honduras).

Los niveles relativamente altos del gasto de salud pública en Jamaica (Cuadro 3) no pueden compararse con los índices bajos de las naciones latinoamericanas, puesto que Jamaica no proporciona atención de salud mediante acuerdos de seguridad social. Cada uno de los países latinoamericanos, además de suministrar servicios de salud a través de sus ministerios de salud, también conceden atención médica por medio de sus servicios de seguro social, en un nivel de financiamiento equivalente a sus gastos de salud pública (Zschock 1986). Salvo pocas excepciones, el gasto combinado del sector público en salud ha fluctuado entre el dos y cuatro por ciento del PIB. (El gasto de Jamaica en salud pública ha variado entre el tres y cuatro por ciento del PIB a principios de los años 1980, pero ha registrado declinaciones y hoy día se aproxima al tres por ciento del nivel de finales de los años 1970).

Los datos del Cuadro 3 revelan que durante la década de 1970—un período de crecimiento económico sostenido—los gastos en salud pública representaron un porcentaje elevado del PIB en ALC, pero en la década de 1980—período de recesión económica—ha registrado una tendencia descendente como proporción del PIB. No se dispone de información comparable de los gastos de atención médica bajo el régimen de seguridad social. Sin embargo, puede conjeturarse que estos fueron afectados en forma más directa que los de salud pública por los cambios en las condiciones económicas. Se estima que los ingresos de la seguridad social—contribuciones obligatorias de empleadores y empleados de acuerdo a los salarios—probablemente registraron variaciones más agudas por los cambios de la producción económica que los ingresos impositivos generales que financian los servicios de salud pública.

Los efectos de la recesión económica en el financiamiento de la atención de salud involucran una reacción en cadena, con ciertos intervalos. Por lo general, las declinaciones en la producción económica provocaron inicialmente cortes en la inversión, amortiguando temporalmente el impacto de la recesión en los gastos de consumo (esto es, ordinarios) (y que se aplica tanto a la economía global como al sector salud). Pero a largo plazo, el menor monto de la inversión significó un efecto negativo mayor en el crecimiento económico—y en la ampliación de los servicios de salud—que la reducción temporal en gastos ordinarios en un período de condiciones económicas negativas. Al aumentar el desempleo

y disminuir los ingresos del grupo familiar, puede acrecentarse la demanda de servicios de salud pública ofrecidos en forma gratuita o a un costo nominal. Pero al mismo tiempo los servicios públicos pueden deteriorarse, al postergarse el mantenimiento de los hospitales e instalaciones de atención primaria y las reparaciones o sustituciones de equipos. Los gastos ordinarios también se reducen, pero fundamentalmente a expensas del mantenimiento y suministro de las instalaciones y no de los salarios, beneficios y pensiones. Por ello es probable que la calidad del servicio se deteriore aún más que la declinación de los gastos ordinarios.

El impacto de la recesión económica de América Latina y el Caribe a principios de los años 1980 sobre los gastos de salud pública fue analizada por Musgrove (1987a) en un estudio auspiciado por la OPS. Sus conclusiones reflejan el perfil esperado:

— en general, así como en el sector salud, los gastos de inversión pública fueron reducidos en mayor proporción que los gastos ordinarios, ocultando el impacto inmediato de la amplia recesión regional en la prestación de servicios de salud;

— a nivel per cápita los gastos ordinarios en salud pública declinaron en la mayoría de ALC;

— entre los gastos ordinarios, los salarios, beneficios marginales y pensiones para los empleados de salud pública aumentaron en forma proporcional, en tanto que disminuyó el porcentaje presupuestario para medicamentos y otros materiales fungibles;

— aunque es mínima la información que se dispone sobre el impacto de la recesión económica en los gastos privados de salud, parece ser que "cuando disminuyen los ingresos, el gasto médico privado total cae en forma más que proporcional" (ibid:431) aumentando la demada de los servicios públicos de salud.

El impacto de la recesión económica en los gastos de salud en Perú en 1985–86 fue analizado en detalle en un estudio sectorial financiado por la AID: Análisis del Sector Salud de Perú (Zschock 1988). En general, sus conclusiones apoyan las del estudio de Musgrove para América Latina y el Caribe:

— los gastos ordinarios, como proporción del gasto total del ministerio de salud, aumentaron del 86 por ciento en 1980 al 90 por ciento en 1984, en tanto que la inversión en instalaciones y equipos de salud declinó del 14 al 10 por ciento del total;

— los salarios, beneficios y pensiones, como proporción del total de gastos del ministerio de salud, se incrementaron del 62 por ciento en 1980 al

78 por ciento en 1984, mientras que la proporción de suministros (incluyendo medicamentos) disminuyó del 24 al 17 por ciento;

— las ventas totales de fármacos (pública y privada) cayeron en un 18 por ciento de su valor y en un 37 por ciento en términos de unidades vendidas entre 1980 y 1984 y las ventas de medicamentos esenciales para los programas de salud pública y seguridad social—aproximadamente un cuarto de las ventas totales de fármacos en Perú—declinaron a la mitad;

— los gastos de seguridad social para atención médica, que representaron alrededor de un tercio del gasto total del sector salud de Perú, fluctuaron más que el gasto en salud pública: registraron una abrupta caída, pero recuperaron sus niveles precedentes con anticipación a los del ministerio de salud. (Esta conclusión está corroborada por un estudio posterior que indica que los ingresos y gastos de seguridad social en Perú son altamente cíclicos; véase Petrera Pavone 1987).

Pero una conclusión importante del estudio de Zschock difiere de la observación de Musgrove, en el sentido que los gastos privados de salud declinaron más que los públicos durante la recesión económica:

— Zschock estima que los gastos privados de salud en Perú aumentaron, en términos relativos y absolutos, durante la recesión económica nacional de principios de los años 1980. Mientras el gasto de salud pública disminuyó del 37 al 33 por ciento del total del sector salud, el porcentaje del subsector privado del gasto total de salud aumentó del 29 por ciento en 1980 a alrededor del 33 por ciento en 1984. Aún en términos absolutos, el gasto privado de atención de salud aumentó durante la recesión económica peruana.

Un estudio más reciente de la OPS sobre el impacto de la recesión en los gastos de salud pública (Musgrove 1988) concluye que estos se contrayeron casi paralelamente con las declinaciones del gasto estatal durante la crisis económica. Esto sugiere que en momentos en que con toda certeza se incrementaron las necesidades básicas de servicios de salud pública, éstos se consideraron de menor importancia que otros servicios públicos o que no precisaban de asignaciones relativamente superiores.

EL CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

EL SUBSECTOR PRIVADO

Si bien las áreas urbanas de América Latina y el Caribe siempre contaron con alguna forma de servicios médicos privados, su ampliación recibió

gran auge en la década de los años 1970 en ciertos países por la introducción del seguro privado de salud y otros acuerdos colectivos. Estos mecanismos de prepago han logrado niveles importantes en el financiamiento de atención privada de salud y en la cobertura de la población en diversas áreas metropolitanas.

La atención ambulatoria privada, como proporción del total de servicios externos excedió el uso de hospitales privados en relación a las hospitalizaciones totales, porque este tipo de atención es más onerosa que la externa. Los usuarios de atención ambulatoria privada suelen recurrir a centros públicos cuando requieren hospitalización. El número de hospitales privados es relativamente mínimo porque han debido recuperar la mayoría de sus costos a través de cargos directos al usuario. Pero la demanda de atención hospitalaria privada ha aumentado en la última década como consecuencia del incremento de seguro privado de salud, planes de salud administrados directamente por los empleadores principales y unos cuantos planes de prepago de proveedores. Los mecanismos de pago por terceros reducen el precio pagado por los beneficiarios por hospitalizaciones, si bien el costo de la cobertura del seguro aún limita el acceso a los centros privados a aquellos que disfrutan de ingresos relativamente altos.

En la época de la Colonia, organismos privados de caridad, denominados *beneficiencias,* establecieron hospitales para la atención gratuita de los pobres. Hoy día, el subsector privado de la salud aún mantiene un componente sin fines de lucro, cuyos servicios son proporcionados a través de una proliferación de organismos no gubernamentales y voluntarios privados. La mayoría recibe financiamiento de organizaciones internacionales de beneficiencia y de cooperativas nacionales. Pero, en la práctica, algunos de estos servicios se han convertido en operaciones públicas por cuanto las remuneraciones del personal médico son sufragadas por los ministerios de salud, si bien otros gastos ordinarios son pagados con donaciones internacionales y aranceles al usuario (véase, por ejemplo, Zschock 1988).

La mayoría de la venta de medicamentos también se desarrolla a través del sector privado. Por lo general, las medicinas esenciales de los programas de salud pública representan sólo una proporción pequeña de la producción y venta total de fármacos, dejando una sola opción a la mayoría de los usuarios de los servicios de salud pública: comprar sus medicamentos en las farmacias del sector privado, que fundamentalmente no ofrecen productos genéricos.

En las áreas rurales de América Latina el sector privado también

104

incluye diversos elementos que practican medicina "tradicional"—curanderos y parteras—que reciben pago directo de los grupos familiares, en efectivo o especies.

LOS SUBSECTORES PÚBLICO Y SEGURIDAD SOCIAL

En la mayoría de los países de América Latina, el inicio de programas de atención médica financiados y mantenidos por instituciones de seguridad social se remonta al período siguiente a la I Guerra Mundial, en tanto que los ministerios de salud se crearon después de la II Guerra Mundial. Hoy día, los primeros, financiados por contribuciones basadas en los salarios, cubren empleados del sector moderno, en tanto que los segundos, solventados por los ingresos tributarios generales, tienen una responsabilidad triple: actúan como organismos de políticas y de control para todo el sector salud, promueven y proporcionan atención preventiva para toda la población y proveen atención curativa gratuita a los sectores de bajos ingresos (Roemer 1986).

Los ingresos impositivos generales (aplicados a las importaciones y exportaciones, a las ventas internas y a los ingresos personales y corporativos) son la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud de América Latina y el Caribe. Pero, como ya se mencionara, los gastos de los componentes médicos de los programas de seguridad social en los países de bajos-medianos ingresos de la región casi igualan los de salud pública, si bien las poblaciones beneficiarias de los programas de seguridad social son menores que las de los ministerios de salud. En los países de habla inglesa del Caribe, los programas de seguridad social tienen un papel más limitado en el financiamiento de la atención de salud. Algunos efectúan contribuciones a los ministerios de salud, en tanto que otros no aportan nada. Al igual que en Gran Bretaña, estos países optaron por un sistema de salud pública financiado principalmente por los ingresos impositivos generales (Hoare y Mills 1986).

La expansión de la atención primaria de salud, política desarrollada y aplicada por iniciativa de la OPS en todos los países de América Latina y el Caribe desde comienzos de 1970, se considera fundamentalmente como una responsabilidad de los ministerios de salud (Zschock 1980). Por otra parte, en diversas naciones latinoamericanas, los hospitales para los pobres, apoyados por las beneficiencias, también se convirtieron en responsabilidad del sector público cuando se incorporaron a los recién creados ministerios de salud en los años 1960 y 1970. Esta doble responsabi-

lidad—expandir la atención primaria y apoyar las instalaciones secundarias y terciarias—determinó que los ministerios de salud en la mayoría de los países de América Latina llegaron a una situación de ineficiencia, porque al tiempo que debían afrontar severas restricciones presupuestarias, aumentaron significativamente los costos de los insumos de la mayoría de los servicios de salud (por ejemplo, salarios y beneficios, suministros farmacéuticos).

SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

El perfil generalizado de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe señalado anteriormente presenta variaciones en cada uno de los países (véase Zschock 1980, 1985 y fuentes nacionales específicas cuando se mencionan). Es mínima la documentación que se dispone sobre sistemas de salud para ciertos países. La AID ha auspiciado análisis recientes sobre los recursos del sector salud en Belice, El Salvador, Honduras, Jamaica y Perú, pero en la década actual los donantes internacionales no han realizado evaluaciones del financiamiento de salud en los países objeto de este estudio. Los resúmenes siguientes sintetizan las características del sector salud en los diez países aquí reseñados.

— **Bolivia** proporciona servicios de salud en programas de seguridad social y del ministerio de salud. El sector privado aún no dispone de planes de prepago, excepto los servicios de salud provistos por los empleadores principales, como las industrias extractivas. Diversas organizaciones no gubernamentales y voluntarias privadas otorgan atención primaria y una red experimental privada de servicios primarios en Santa Cruz—cuyo desarrollo ha sido apoyado por la AID—ha registrado un éxito creciente de autofinaciamiento mediante aranceles al usuario. Se está considerando la aplicación de este modelo en otros centros urbanos (Rosenthal y otros, 1988).

— En **Perú**, los servicios del ministerio de salud representan algo menos del tercio de los gastos totales del sector salud. El programa de atención médica del instituto de seguridad social nacional constituye el otro tercio. Un sector privado diversificado está integrado por varios organismos no gubernamentales (muy dependientes de subsidios públicos y del apoyo internacional), por profesionales que reciben comisión por servicios y planes privados de riesgo compartido en el área de Lima/Callao. En su conjunto, estas alternativas del sector privado representan el saldo de los gastos totales del sector salud (Zschock 1988).

106

— En la década de los años 1970, **Ecuador** formuló un sólido compromiso a la atención de salud con la construcción de una red de hospitales regionales y locales bajo la égida del ministerio de salud. Recientes expansiones de la atención primaria explican el aumento de los gastos en salud pública como proporción del PIB. La atención médica se proporciona bajo dos programas de seguridad social—uno urbano y otro campesino semi-autónomo que presta servicios básicos de salud financiados en parte por planes de prepago de los usuarios. La atención del sector privado en las dos ciudades principales del país está comenzando a incluir acuerdos de prepago. Los organismos no gubernamentales desempeñan un papel mínimo en el sector de salud de Ecuador.

— **El Salvador y Honduras** disponen de programas de salud pública relativamente amplios, pero de limitada provisión por la seguridad social. Ambos han sido recipientes en la última década de significativa ayuda externa para la ampliación de los servicios de salud pública. La práctica privada de la medicina está restringida a las áreas urbanas principales, sin que aprecien acuerdos de riesgo compartido. En los dos países, diversos organismos no gubernamentales proveen servicios primarios y hospitalarios (USAID/Honduras 1980; para El Salvador, véase Fiedler 1986).

— El sistema de salud de **Guatemala** es esencialmente público, donde el 90 por ciento de los servicios de salud son proporcionados por el ministerio de salud y el instituto de seguridad social. Sin embargo, el financiamiento estatal de salud es limitado y los servicios se agrupan en la capital y las ciudades principales. Los servicios privados de salud ahora incluyen sistemas de seguros de salud y diversos organismos no gubernamentales, pero sus dependencias están concentradas en la capital. En las áreas rurales dedicadas a la exportación de productos agrícolas, algunas organizaciones de productores proveen servicios privados de salud (Gwynne 1988).

— **República Dominicana** posee amplios servicios de salud pública, aunque un pequeño programa de atención médica de la seguridad social. Existe un sector privado importante en Santo Domingo, la capital, que ofrece servicios por comisión y planes de prepago. La cobertura de seguros de salud se está expandiendo en Santo Domingo (véase Ramírez y otros, 1986; Gómez 1988).

Los gastos del gobierno central en los países de habla inglesa del Caribe constituyen un porcentaje elevado del PIB en razón de los sistemas de salud pública. Por lo mismo, los gastos de salud pública representan una proporción importante del PIB (como se aprecia en el Cuadro 3 para el caso de Jamaica). La mayoría de estas naciones disponen de organismos de

seguridad social, pero sólo algunos conceden beneficios médicos. Existen seguros privados de salud, pero estos países son demasiado pequeños para mantener acuerdos de prepago de gran magnitud (Jeffers y otros, n.d.)

— En **Jamaica**, el sector público representa dos tercios del gasto total de salud, pero gran parte del presupuesto del ministerio de salud financia la atención secundaria y terciaria. En 1981 el gasto privado para la atención de salud alcanzó a un tercio del gasto total del sector salud. En su mayoría fue para atención primaria pagada en forma directa, aunque un cuarto correspondió a pagos de seguros de salud. Desde entonces se ha registrado un incremento de alternativas privadas, incluyendo al menos una organización de prepago y prestación directa de servicios de salud. El Gobierno de Jamaica, ante el deterioro de las instalaciones de salud pública e insuficiente financiamiento por la declinación de los ingresos impositivos generales y alentado por organismos donantes externos, ha comenzado a poner en marcha la privatización de servicios de apoyo a los hospitales públicos (esto es, lavandería, alimentos) y a cobrar aranceles al usuario en los hospitales públicos. Los recursos de seguridad social en Jamaica no proporcionan servicios médicos (véase Garrison y otros, 1985; Rice y otros, 1985; Hamilton e Hinchcliffe 1988; Lewis 1988b).

— En **Belice** los sectores público y privado constituyen proporciones casi similares de los gastos totales estimados del sector salud. Un programa de seguridad social aporta una pequeña suma anual al presupuesto de salud pública para la cobertura de atención médica de asegurados que sufren accidentes del trabajo. El ministerio de salud tiene a su cargo el único hospital importante del país, así como diversos centros rurales. En la actualidad existen dos pequeños hospitales privados en la capital. Los intereses de la exportación agrícola (por ejemplo, la Junta de Control del Banano) mantiene servicios de atención primaria para sus empleados y dependientes (USAID/OPS 1982; Raymond y otros, 1987; Colón y otros, 1989).

— En **Santa Lucía**, los servicios de salud pública representan alrededor del cinco por ciento del PIB, cifra que incluye una contribución anual del programa de seguridad nacional para la cobertura de sus asegurados. Los recursos públicos financian el hospital nacional y dos más pequeños y proporcionan subsidios que ascienden a la mitad del presupuesto (incluyendo remuneraciones del personal) de un hospital cuasi público operado por una organización religiosa. El subsector privado de salud, relativamente pequeño, corresponde a práctica médica privada (a veces en el hospital nacional) a base de comisión por servicios; se disponen

de seguros privados de salud, pero su cobertura es limitada (véase Russel y otros, 1988; Jeffers y otros, n.d.).

Varias observaciones generales pueden derivarse de esta síntesis de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe:

— la evolución del sector de salud después de la II Guerra Mundial en los diez países de este estudio tiende a favorecer un sector público dominante. Los ministerios de salud son responsables de la planificación, formulación de políticas y funciones regulatorias sectoriales, así como de la promoción general de la atención preventiva y de los servicios de salud para los indigentes;

— sin embargo, los recursos de los ministerios son insuficientes para cumplir estas responsabilidades, especialmente en los años de crisis recientes y de menores ingresos tributarios, período en el cual también han debido afrontar costos elevados de la atención hospitalaria;

— si bien en los países de América Latina el financiamiento de la atención médica de la seguridad social casi iguala el monto de los ingresos tributarios generales asignados a los ministerios de salud, los beneficiarios de la seguridad social representan una proporción inferior de la población que atienden los ministerios. En los países de habla inglesa del Caribe, los ingresos de la seguridad social contribuyen a financiar servicios de salud a través de los ministerios de salud (por ejemplo, Belice, Santa Lucía), que no es el caso en otras naciones (por ejemplo, Jamaica);

— la coordinación en América Latina entre los servicios de salud pública y la atención médica de la seguridad social, propuesta por la OPS, ha sido efectiva en los países más avanzados de la región (por ejemplo, Brasil, Costa Rica, Panamá), aunque no ha progresado entre los de bajos-medianos ingresos aquí reseñados;

— los servicios privados de salud comenzaron a expandirse en ciertos países a mediados de los años 1970. Esta ampliación se originó, en parte, por las deficiencias de los programas de atención médica de la seguridad social y como respuesta a las percepciones cualitativas de atención deficiente en las instalaciones de salud pública. Pero en gran medida, la expansión de la atención privada de salud también ha sido el resultado de mayores empleos y aumentos en los ingresos del sector moderno y como lo sugieren los estudios de FAS/ALC, por la imposición de aranceles al usuario (véase el Capítulo V);

— los seguros de salud privados y otros planes de prepago, originados por los empleadores o los proveedores de servicios de salud, se han convertido en la última década en fuentes importantes de financiamiento y

cobertura en diversas áreas urbanas (por ejemplo, Lima, Santo Domingo);

— los organismos no gubernamentales y voluntarios privados, algunos con auspicio internacional y otros con recursos nacionales cooperativos, han tomado el lugar de las beneficiencias que en décadas anteriores constituyeron fuentes importantes de financiamiento privado para la atención de los pobres. Estos organismos dependen en gran parte del apoyo de los gobiernos nacionales o de agencias donantes internacionales, limitando su alcance como alternativas del sector privado al financiamiento estatal de la atención de salud. Si se considera que la mayoría de estos organismos requiere pagos de los usuarios o aportes de incorporación, es poco probable que sean financieramente accesibles a la población indigente de los países, salvo que sean subvencionados.

POLÍTICAS DE LOS DONANTES DE SALUD

La AID y el Banco Mundial iniciaron a mediados de los años 1970 su apoyo al desarrollo de los servicios de salud. En esa época la AID comenzó a apoyar en forma directa los programas de atención primaria; el Banco limitó su participación a la inclusión de componentes de salud en préstamos a otros sectores hasta 1980 cuando decidió incluir préstamos directos para salud. Al tiempo que la AID continuaba apoyando los programas de salud pública, también aumentó la promoción de recuperación de costos (esto es, aranceles al usuario, planes de prepago) como alternativas a la preeminencia en los países de ALC de los ingresos impositivos generales para la expansión de la atención primaria. En las últimas dos décadas el Banco Interamericano de Desarrollo también ha sido fuente de préstamos y donaciones de asistencia técnica para el sector salud, pero el BID no ha participado en el debate de políticas sobre las prioridades de este sector.

POLÍTICA DE LA AID PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

En 1982 la AID concluyó que los programas globales de la atención primaria no estaban ampliando la cobertura o reduciendo la mortalidad y morbilidad, especialmente la infantil. Por ello implantó una estrategia concentrada en la supervivencia infantil, enfatizando algunas intervenciones específicas, a la vez que proseguía apoyando los sistemas generales de salud. Sin embargo, las políticas de la AID determinan que las inquietudes de financiamiento de salud deben abordarse en todos los proyectos de salud.

De acuerdo a la declaración de la AID sobre políticas de salud de 1986 (AID 1986a), la preservación de los logros en supervivencia infantil requiere la revisión de las políticas nacionales para promover dos objetivos financieros: contención de costos mediante una mayor eficiencia en la prestación de los servicios de salud pública y mayor participación del sector privado en la movilización de los recursos financieros y en la prestación de servicios para la supervivencia infantil. Además de estas prioridades, la AID también alienta la utilización de financiamiento alternativo de la salud para lograr la sustentabilidad de dichos servicios. Para estos fines, "la Agencia está otorgando atención especial a la investigación de métodos perfeccionados para el financiamiento de la atención de salud . . . ," especialmente en países medianos ingresos (AID 1986a:7).

Otro documento de la AID, *Pautas para el Financiamiento de la Salud* (1986b), ofrece más detalles de las preocupaciones de la Agencia respecto de la contención de costos, movilización y asignación de recursos y organización del sector salud. El objetivo de estas pautas es estimular a los países menos desarrollados a establecer programas de salud eficientes en función de los costos como respuesta a tres problemas básicos: uso deficiente de los actuales recursos de salud (financiamiento, instalaciones, personal y suministros), inadecuada movilización de los recursos financieros nacionales y desigual distribución de los recursos existentes. Las pautas no intentan señalar las causas de los insuficientes recursos del sector público, pero identifican específicamente los aranceles al usuario y mecanismos de seguros como medios para complementar los recursos impositivos generales en el financiamiento de la atención de salud pública. Observan, sin embargo, que la "recuperación plena de los costos" (esto es, el financiamiento total de los servicios de salud de fuentes diferentes a los ingresos impositivos generales) no constituye un objetivo de las pautas de la AID para las políticas de financiamiento de la salud.

Junto con la movilización de recursos financieros diferentes a los ingresos impositivos generales, las pautas de la AID especifican diversas medidas, incluyendo mayor contención de costos basada en una mejor eficacia en función de los costos de la prestación de servicios de salud; reducción de atención primaria en los hospitales y mayor utilización de los centros y postas de salud; y la introducción de mecanismos de contabilidad de costos en las instituciones de salud. Potencialmente, la medida más difícil de lograr para la contención de los gastos en salud pública (aunque no necesariamente los costos unitarios) es "cambiar la responsa-

bilidad y costos de los servicios curativos personales del sector público al sector privado para aquellos con disposición y capacidad de pagar" (AID 1986b:11).

Varios de los temas prácticos comprendidos en la aplicación de las pautas de financiamiento de salud de la AID fueron examinados en las reuniones bianuales de los funcionarios de salud para ALC de la AID en 1984 (MSH 1984) y 1986 (Birch y Davis 1986). En la reunión de 1984 se planteó la inquietud que los aranceles al usuario y el financiamiento comunitario pudieran tener un impacto restringido en los presupuestos de salud pública y la posible interferencia con la puesta en marcha del programa de supervivencia infantil. A pesar de estas preocupaciones, los expertos de salud de la AID concordaron que una mayor confianza en el financiamiento de la seguridad social y del sector público y en las alternativas de prestación de atención de salud eran fundamentales para la ejecución de las estrategias sectoriales de salud de la Agencia en los países de ALC.

En la reunión de 1986, los expertos acordaron que debían promoverse los aranceles al usuario en el caso que sus gastos pudieran vincularse directamente con mejoras, no sólo en la cantidad, sino también en la calidad de la atención prestada y una vez más se expresó preocupación que la ejecución de las recientes pautas de financiamiento de salud—por su énfasis en la recuperación de costos a través de aranceles al usuario—afectaran la estrategia de supervivencia infantil. Ante la falta de información general de ALC sobre el comportamiento y voluntad de pago, directa o mediante mecanismos de seguros, de los grupos familiares que buscan atención de salud, los expertos de salud señalaron la necesidad de realizar estudios de demanda. La experiencia de proyectos de la AID que abordan objetivos de financiamiento de la salud, reflejada en las observaciones de los oficiales de salud en esas dos reuniones, se encuentra resumida en dos estudios recientes (Lewis 1987a; REACH 1989).

POLÍTICAS DEL BANCO MUNDIAL PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

En 1980 el Banco Mundial inició una serie de estudios de políticas sobre el financiamiento de la atención de salud, al tiempo que decidía conceder préstamos directos para proyectos del sector salud. En un estudio de ese año, *Políticas Sectoriales de Salud* (Banco Mundial 1980), se resaltan los niveles típicamente bajos de la eficacia y eficiencia de los servicios de salud pública de los países en desarrollo.

112

Poco después, el Director del nuevo Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco, Dr. John Evans (exministro de salud de Canadá), y dos asesores prepararon un diagnóstico a largo plazo de los problemas y necesidades de salud de los países menos desarrollados (Evans y otros, 1981). Trascendiendo al primer documento sobre políticas, Evans y otros, se concentraron en las oportunidades para los gobiernos centrales—a la luz de "la permanente escasez de los recursos públicos" (ibid.:1122)—para complementar los recursos existentes para el financiamiento de servicios de salud mediante la movilización de otras fuentes. En los países de medianos ingresos, Evans identificó las instituciones de seguridad social como elemento integral para el financiamiento de la atención de salud, especialmente en América Latina. También estimó que los aranceles al usuario son un complemento importante a los ingresos impositivos, observando que en el sector privado, incluso en países de bajos ingresos, los programas de salud de organismos religiosos recuperan de esta manera una parte sustancial de sus costos de operación. De igual manera advierte que "las múltiples iniciativas independientes podrían complicar la evolución de un sistema racional, a menos que se desarrollen dentro de un contexto general". A pesar de ello, Evans y otros, exhortan a "una movilización de recursos para la salud desde una amplia perspectiva de fuentes alternativas . . . asegurándose que estos recursos son una adición neta a los fondos públicos y no una sustitución de ellos" (ibid.:1123).

Posteriormente el Banco Mundial desarrolló un esquema económico para la distribución de las responsabilidades del financiamiento de la atención de salud (de Ferranti 1985). Utilizando la distinción de los economistas entre bienes públicos y privados (en general, los beneficios de los primeros se comparten, en tanto que los segundos se disfrutan individualmente), el Banco asignó las responsabilidades de pago de acuerdo a esa distinción. Al aplicar este principio a la atención de salud, los servicios preventivos deben contar con financiamiento público a través del sistema impositivo, mientras que los curativos deben ser financiados por los usuarios, que pueden pagar directamente o mediante la participación en planes de prepago y riesgo compartido. Pero en la mayoría de los países de menor desarrollo, los servicios de salud pública son fundamentalmente curativos y no preventivos y los gastos de hospitalización exceden las asignaciones para atención primaria. De ahí que las políticas actuales necesitan ser "sustancialmente reorientadas" y "debe cuestionarse con energía

-13

el convencimiento que la atención de salud tiene que ser pagada y administrada por el estado" (de Ferranti 1985).

Después de sus análisis iniciales y experiencias en préstamos al sector salud, el Banco publicó el estudio *Financiamiento de la Salud en los Países en Desarrollo: Una Agenda para el Cambio* (Banco Mundial 1987). Utilizando su clasificación de servicios de salud en el espectro de bienes públicos/privados, el Banco propuso cuatro reformas:

— cobro de aranceles al usuario en las instalaciones de salud pública, especialmente para atención curativa y medicamentos. Los cobros debieran ser escalonados para proteger al pobre y los ingresos así recaudados destinados al mejoramiento y ampliación de los servicios de salud para los pobres;

— facilitar el desarrollo de seguros de salud sociales y privados, sin los cuales no pueden aumentarse, especialmente, los cobros en los hospitales públicos;

— alentar a los proveedores no gubernamentales de salud a estipular precios que los consumidores están dispuestos a pagar, de modo de permitir que los servicios públicos de salud se concentren en atención preventiva; y

— descentralizar los servicios de salud gubernamentales, en especial aquellos en que pueden recaudarse aranceles al usuario y utilizar el poder decisorio local y la recaudación de ingresos como incentivos para mejorar la calidad y eficacia en el lugar de prestación de los servicios.

La "agenda para el cambio" del Banco, en particular su exhortación a aranceles al usuario, no ha logrado aceptación universal (por ejemplo, véase Gilson 1988, que critica esta política por razones de equidad). En 1987 la OPS organizó un encuentro de diversas autoridades de salud pública de América Latina para analizar esta "agenda" y los comentarios resultantes, en favor y en contra de las políticas del Banco, se publicaron en fecha posterior (véase "Mesa Redonda" en Musgrove 1987b).

— El Dr. Abraham Horwitz, Director Emérito de la OPS, observó que la posición del Banco Mundial no toma en cuenta las consecuencias de la recesión económica de la década y las posteriores políticas de ajustes y sus impactos en el financiamiento de la atención de salud. También advirtió que la distinción conceptual del estudio entre atención curativa y preventiva que insinúa obligaciones de pago público y privado, no debía considerarse como una recomendación para separar este tipo de servicios que los profesionales consideran actividades que se apoyan mutuamente. Horwitz también señaló que el sector público, antes de

instituir (o aumentar) los aranceles al usuario, debía reconocer que casi un tercio del gasto total de atención de salud en la región ya provenía de pagos directos de los grupos familiares.

— El Dr. Julio Frenk, Director del Instituto Nacional de Salud Pública de México, cuestionó como inaplicable a los servicios de salud la distinción del Banco entre bienes públicos/privados, por cuanto la atención curativa tiene beneficios importantes de carácter social y privado. La puesta en marcha de esas recomendaciones, en opinión del Dr. Frenk, conduciría a un modelo fragmentado de la atención de salud en momentos en que la mayoría de los países de la región se esfuerza para una organización integral del sector salud. También puso en duda las alternativas privadas—además de la fragmentación del sector salud a la cual podrían contribuir—porque estimó que serían más onerosas que los servicios de salud pública, aún entre proveedores sin fines de lucro.

— El Dr. David Tejada de Rivero, exministro de salud del Perú, señaló que es la "demanda política" de atención curativa financiada por el gobierno—por parte de usuarios y proveedores—la que afecta los intentos de reasignar los recursos del sector público hacia la atención preventiva e inhibe la ampliación de las alternativas del sector privado. Observó que quienes adoptan decisiones en el sector público debieran reconocer que la imposición de aranceles al usuario, excepto para los indigentes, reduciría el subsidio implícito que la atención gratuita representa para aquellos que están en condiciones de pagar por esos servicios. Declaró que "ningún gobierno estará en condiciones de lograr la meta de salud para todos" sin aumentar la participación del sector privado en el financiamiento y prestación de servicios de salud.

— El Dr. Antonio Ordóñez Plaja, exministro de salud de Colombia, dijo que el estudio de las políticas del Banco carecía de pautas sobre los papeles relativos de los sectores público y privado y sobre las reformas legales y administrativas que se precisan para ejecutarlo. Si bien acepta que la aseveración del estudio sobre la gran deficiencia del sector público se aplica a la generalidad de la región, advierte que los esquemas de seguros de salud también demuestran experiencias negativas en la contención de costos. Ordóñez llamó la atención sobre el impacto de la crisis económica de la región en la capacidad de pago de la población para servicios de salud.

Las reservas de estos expertos sobre la validez y aceptabilidad del estudio de políticas del Banco Mundial para el financiamiento de salud se aplican igualmente a las pautas de la AID. Las reservas se pueden clasifi-

115

car en dos categorías principales: la omisión de las políticas a considerar el impacto de la recesión económica y las posteriores medidas de ajuste sobre el financiamiento de la salud, y el cuestionamiento a las preferencias de los organismos donantes por alternativas del sector privado por razones de equidad, eficacia o política.

- 116

III. METODOS DE INVESTIGACION DE LOS ESTUDIOS FAS/ALC

ESTUDIOS DE COSTOS

El proyecto FAS/ALC realizó análisis de costos en dos ámbitos de distinto tipo: hospitales nacionales (en Belice y Santa Lucía) y en dependencias de APS, públicas y de seguridad social (en el Ecuador). En cada caso se definió como "costo" el total de gastos contabilizados que fue necesario incurrir para la prestación de los servicios finales de salud.

Para llevar a cabo los estudios de costos de los hospitales de Belice y Santa Lucía (Raymond y otros, 1987; Russell y otros, 1988), se emplearon métodos de investigación casi idénticos. Cada estudio recurrió a cinco pasos para determinar los costos totales y los costos unitarios de todos los departamentos de los dos hospitales nacionales considerados.

— Se confeccionó el informe sobre los gastos más recientes discriminados por partidas, principalmente sobre la base de los registros contables de los MSP y de los hospitales.

— En consulta con los funcionarios de los hospitales se determinaron "centros de costo" representativos de todos los departamentos y otras unidades de los establecimientos. Se procedió a una clasificación de esos centros de costo, distinguiendo los que prestan servicios relacionados con los pacientes, en forma directa o indirecta, y los que no prestan esa clase de servicios.

— Se asignaron a los centros de costo las diferentes partidas del informe de gastos de cada hospital. Se practicó un ajuste de las cifras resultantes para incluir los gastos en que incurrió el hospital y que no figuraban en su presupuesto o en su informe de gastos (por ejemplo, cuotas prorrateadas de la administración central del MSP), y para excluir los gastos efectuados en otras dependencias pero que fueron consignados en el informe del hospital (por ejemplo, el tiempo dedicado por el personal de mantenimiento del hospital a trabajar en otras dependencias).

— Los costos de los departamentos que prestan servicios indirectos fueron distribuidos entre los que brindan servicios directos mediante el pro-

cedimiento de "reducción gradual."[1] En síntesis, todos los costos de los departamentos proveedores del mayor caudal de servicios indirectos a la variedad más amplia de otros departamentos (por ejemplo Administración), fueron adjudicados a los restantes departamentos proveedores de servicios indirectos y directos, y a otros departamentos. Los costos de los otros departamentos proveedores de servicios indirectos fueron asignados de la misma forma, hasta completar la adjudicación de dichos costos a los departamentos de servicios directos y a otros departamentos. La adjudicación se llevó a cabo utilizando índices denominados "estadísticas de asignación". Por ejemplo, a los efectos de la depreciación y la anualización se utilizó el índice de pies cuadrados de superficie ocupada por cada departamento; para la administración, los gastos directos de cada departamento; para los depósitos de hospitales, el gasto en suministros de cada departamento; y para la administración de enfermería, el personal de enfermería por departamento.

— Finalmente, se calculó el costo total por unidad de servicio (directos, indirectos y generales) de los departamentos que prestan servicios directos. Se dividió el costo total por el volumen de servicio para determinar el costo unitario de la provisión de los servicios (por ejemplo días/cama).

En **Ecuador**, el proyecto FAS/ALC analizó los costos de 18 establecimientos de atención primaria de salud y de los servicios directos por ellos prestados. También se estudió la calidad de los servicios de las 18 dependencias y la equidad de su distribución (Gómez, 1987).

Los casos de estudio correspondieron a ocho recintos de salud pública (MSP), siete del Seguro Social Campesino (SSC) y tres instalaciones de organizaciones voluntarias privadas, situados en dos provincias—una en las montañas y la otra costera. En esas regiones reside más del 90 por ciento de la población ecuatoriana. La selección de los casos de estudio se basó en las similitudes geográficas y subsectoriales, la proporción de población de bajo nivel socioeconómico y la disponibilidad de datos.

Este estudio recurrió a una versión considerablemente simplificada del método de reducción gradual (véase supra) para distribuir en todo el sistema los costos generales e indirectos de los servicios a nivel de los centros de atención primaria de salud. Aquí se entiende por costo general el del sistema de administración de salud a escala nacional y provincial y el de los servicios indirectos incluyendo aquellos que respaldan la prestación de servicios directos, tales como exámenes de laboratorio, mantenimiento, transporte, capacitación, etc. En la mayoría de los casos ese tipo de servicios para los centros de salud proviene de establecimientos de un

118

nivel superior (generalmente los hospitales provinciales), pero algunos son generados por un centro de salud como parte de las responsabilidades de su personal. En los casos de provisión de los servicios de apoyo por parte de un hospital provincial, se les incluyó en el cálculo de los costos generales; cuando formaban parte de las responsabilidades del personal del centro, se les adjudicó a los servicios finales, conforme a la asignación de tiempo de personal hecha por el estudio a cada servicio final.

— Los costos generales para los centros del MSP se calcularon a escala central y provincial, sobre la base de estimaciones de las respectivas proporciones de costos generales que debía atribuirse a los niveles de prestación de servicios de cada institución.

— El mismo criterio se utilizó para calcular las asignaciones de costos generales a los centros del SSC. Sin embargo, los porcentajes de costos generales fueron mayores debido a que el SSC presta principalmente servicios de atención primaria de salud y tiene provisiones muy limitadas para la atención hospitalaria, mientras que el MSP absorbe una importante porción de costos hospitalarios.

— Los costos ordinarios de los aportes de recursos directamente relacionados con cada centro fueron extraídos de los registros provinciales y de los centros de salud.

— Los costos de edificios y equipos de la mayoría de los centros de salud se calcularon sobre la base de su costo de reemplazo a valores actuales de mercado, amortizado conforme al período de vida útil de dichas instalaciones. En algunos casos se utilizó el costo de arrendamiento.

— Se adjudicó luego el total de costos de aporte de recursos a cada categoría de servicios finales, en forma proporcional a la distribución del tiempo de personal dedicado a cada categoría, salvo en el caso de ciertos costos (como los de vacunas y suplementos alimenticios) que se atribuyeron totalmente a los respectivos servicios.

— Los costos unitarios de los servicios finales se calcularon dividiendo el número de servicios prestados a lo largo de un año, por los gastos identificados con esa categoría de servicios durante el mismo período.

El estudio también trató de evaluar la calidad de los servicios de salud, la equidad de su distribución y la relación de calidad y equidad con los costos. La calidad se apreció por medio de

— la identificaión de las normas de atención existentes y la evaluación del conocimiento de esas normas por parte de los empleados de la dependencia de atención de salud;

119

— la evaluación del grado de aplicación de esos estándares en cada establecimiento; y

— el examen del proceso de supervisión a distintos niveles.

La equidad se midió simplemente, y solamente en los niveles regional y provincial (a diferencia de las instalaciones singulares), mediante el examen de los datos sobre la distribución de los recursos financieros y materiales entre toda la población. Las relaciones entre la distribución de esos recursos y la distribución de la población proporcionaron las bases para el análisis de equidad. Las variables fueron:

— recursos humanos (por ejemplo, médicos y enfermeras);

— dependencias de atención de salud para pacientes externos (por ejemplo, centros de salud, postas);

— recursos físicos complementarios (por ejemplo, equipos de Rayos X, laboratorios, etc.); y

— los recursos financieros correspondientes.

ESTUDIOS DE LA DEMANDA

Generalmente los datos necesarios para analizar la demanda de atención de salud se obtienen en las encuestas de grupos familiares. El análisis de la demanda de atención de salud que el proyecto FAS/ALC llevó a cabo en Santo Domingo, República Dominicana (Bitrán, 1989), se basó en los datos recogidos en una encuesta de esa índole realizada bajo los auspicios del FAS/ALC (Gómez, 1988).

Se optó por una muestra domiciliaria probabilística como el mecanismo más indicado para obtener información acerca de la actitud de la población de Santo Domingo ante los servicios de salud disponibles y los factores determinantes de esa actitud. Una premisa fundamental del trabajo fue que un análisis de la utilización de los servicios de salud debía considerar en forma sistemática la importancia relativa de diversos factores capaces de influir sobre la demanda de los núcleos familiares. Algunos de esos factores guardan relación con las personas, algunos provienen del entorno y otros constituyen un reflejo del caudal de servicios disponibles. Por lo tanto, la encuesta tomó en cuenta

— factores demográficos (por ejemplo, edad, sexo, participación en la fuerza laboral);

— factores biológicos (por ejemplo, embarazos y presencia percibida de enfermedades);

— factores socioculturales (por ejemplo, nivel de educación y conocimientos del encuestado acerca de los servicios disponibles);

— factores económicos (por ejemplo, ingresos y patrimonio del núcleo familiar); y

— factores institucionales (por ejemplo, la distancia respecto de los servicios de salud y las nociones en cuanto a la accesibilidad y calidad de los distintos tipos de proveedores de atención de salud).[2]

El diseño instrumental de la encuesta se basó en el de otras, particularmente el estudio peruano de salud y nutrición familiares (Gertler y otros, 1987), y en las recomendaciones del Comité Asesor del estudio constituido por representantes de los subsectores de la salud de Santo Domingo y funcionarios de USAID. Este proceso también orientó la preparación de un manual de trabajo en el terreno para la conducción de entrevistas, que fijó estándares de calidad y eficiencia en la materia, y analizó conceptos y definiciones atinentes al procedimiento de las entrevistas. En el cuestionario se incluyeron datos concernientes a todos los miembros de los núcleos familiares elegidos (aunque no se formularon todas las preguntas a todas las personas). Las respuestas debían ser proporcionadas por cada adulto de cada núcleo familiar, o por el jefe de familia o su cónyuge, o por un adulto con conocimiento de todos los miembros del núcleo familiar.

La población de la encuesta se dividió en tres estratos residenciales socioeconómicos (bajo, medio y alto), sobre la base de características tales como la proporción del ingreso familiar dedicada a alimentación, la existencia o inexistencia de agua potable en la vivienda, y la propiedad de artefactos domésticos y automóvil. Las probabilidades de selección de cualquier núcleo familiar dentro de determinado estrato eran iguales, pero diferían de un estrato a otro puesto que las dimensiones de éstos eran distintas, por lo cual—en aras de la eficiencia del muestreo—se exigieron muestras de las mismas dimensiones de cada estrato.

Dentro de cada estrato se definieron grupos de viviendas habitadas por núcleos familiares a los que se entrevistaría, sobre la base de "áreas de supervisión" identificadas a los efectos del censo nacional de 1981. El tamaño de los grupos varió de 30 a 100 viviendas. Luego los grupos se dividieron en segmentos (subdivisiones de las áreas de supervisión) con un tamaño promedio de aproximadamente 14 viviendas cada uno. Se es-

cogió un promedio de seis núcleos familiares de cada uno de los 500 segmentos a fin de conformar la muestra. Así pues, se proyectó que la encuesta comprendiera un total de 3.000 núcleos familiares concentrados en 250 áreas de supervisión.

En definitiva, la encuesta comprendió 2.537 de los 3.000 núcleos familiares seleccionados, a saber: 571 del estrato alto, 967 del medio y 999 del bajo. Esos núcleos familiares, constituidos por un total de 11.565 personas, representaban el 84,5 por ciento de la muestra seleccionada—un nivel aceptable de eficiencia en la obtención de datos. Los resultados logrados en los estratos bajo y medio fueron excelentes (90,5 y 91,1 por ciento de cobertura), pero los del estrato alto fueron apenas regulares (67,2 por ciento de cobertura) debido a las dificultades con que tropezaron los entrevistadores para lograr acceso a los encuestados que vivían en condiciones socioeconómicas más elevadas. Las cifras absolutas restauradas para el universo del estudio se obtuvieron mediante la ponderación de los resultados de la muestra por la recíproca de la probalilidad de selección, ajustada por no respuestas.

La responsabilidad de la obtención de los datos y las primeras fases de su procesamiento correspondió al Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) de la República Dominicana. Los datos fueron recabados por cinco equipos, cada uno de ellos compuesto por un supervisor y cinco entrevistadores. El programa de trabajo asignó a cada entrevistador un promedio de un segmento (véase supra) o de seis núcleos familiares, por día. El resultado final de 2.537 entrevistas cumplidas representó un promedio de 5,1 entrevistas diarias por entrevistador, cifra bastante aceptable si se tiene en cuenta la eficiencia generalmente lograda en encuestas urbanas en la República Dominicana y en otros países de la región.

Operadores de computadora registraron los resultados en "diskettes" utilizando el programa SIAE que permite la verificación automática de los datos para detectar discordancias. Cuando éstas aparecen, el programa exige que el operador ingrese la información correcta si desea continuar trabajando. La base de datos creada con el SIAE se convirtió luego en archivos diseñados para el programa de computación CEPSC para la producción de tabulaciones cruzadas.

El control de calidad de los datos comprendió revisiones diarias de todos los cuestionarios y del trabajo de cada entrevistador, verificaciones de los datos basadas en nuevas entrevistas aleatorias del 10 por ciento de todos los núcleos familiares, y la fiscalización y corrección obligatorias de

datos impuestas por el programa SIAE. Las nuevas entrevistas, que comprendieron 250 núcleos familiares, tuvieron un doble propósito. El primero fue alentar a los entrevistadores, que sabían que habrían nuevas entrevistas pero ignoraban cuales serían las familias seleccionadas, a trabajar con precisión y honradez. El segundo fue generar un indicador estadístico de calidad: la tasa de diferencias entre la primera y la segunda entrevista para cada pregunta verificada. La comparación entre los resultados de la primera y segunda entrevista ofreció resultados bastante satisfactorios (véase Gómez, 1987:33).

Mientras tanto el IEPD llevó a cabo un inventario de suministros de servicios de salud disponibles para la población encuestada, con el objeto de identificar todas las instalaciones para la atención de pacientes externos y hospitalizados existentes en Santo Domingo, así como las farmacias no institucionales y droguerías, a fin de obtener información sobre ellas. De esta forma fue posible evaluar el conocimiento que los encuestados poseían acerca de los recursos de salud que tenían a su alcance, y comprender el grado de influencia que las características objetivas de las distintas instalaciones de atención de salud ejercen sobre la conducta de la población en cuanto a la obtención de ese cuidado.

Además de estas bases de datos, el análisis de la demanda también exige un modelo económico de comportamiento en la búsqueda de atención de salud que determine el proceso mediante el cual los consumidores evalúan sus opciones y eligen entre ellas (véase en Akin y otros, 1985, un análisis de los modelos económicos de la demanda de atención de salud; véase también Bitrán, 1988:15). Mediante la aplicación de ese modelo a las bases de datos, el equipo del estudio FAS/ALC elaboró una serie de ecuaciones de la demanda para calcular el volumen de atención de salud consumido, sujeto a factores demográficos, biológicos, sociales, culturales, económicos e institucionales (véanse los detalles técnicos en Bitrán, 1988: Apéndice B).

Para la atención de pacientes externos se sometieron a prueba ocho variables explicatorias (sexo, edad, cobertura de seguridad social, ingreso familiar, educación, precio de la atención médica, tiempo de viaje hasta las dependencias sanitarias y tipo de problema de salud), a fin de determinar los efectos de cada una sobre dos variables dependientes (la de procurar o no atención en caso de enfermedad, y qué subsector de salud se utilizaría). El procedimiento se repitió para la atención de pacientes internados, pero omitiéndose la decisión de procurar o no atención de hospitalización (puesto que los pacientes internados tienen poco margen para

escoger al respecto) y los efectos del precio sobre la elección del paciente en cuanto al subsector (debido a las limitaciones de la base de datos). El procedimiento proveyó estimaciones de la demanda actual de atención de salud y también apreciaciones acerca del posible impacto que tendría sobre la demanda el cambio de una o más de las variables explicatorias—por ejemplo el precio de los servicios.

OTROS ESTUDIOS DE FINANCIAMIENTO

Generalmente los estudios de métodos de financiamiento de los servicios de salud que no sean los ingresos tributarios, se basan en fuentes de datos institucionales. Los investigadores recaban datos sobre sistemas administrativos, mecanismos de financiación y medios de pago y desembolso, y luego procuran determinar la interdependencia e interacción entre los subsistemas institucionales con referencia al logro de los objetivos fijados. Asimismo, analizan los mecanismos de financiamiento y prestación existentes o propuestos, con referencia a tipologías comparativas de dichos mecanismos, desarrolladas sobre la base de experiencias hechas en otras partes del país o—más frecuentemente—en otros países.

En el **Perú** los investigadores del proyecto FAS/ALC estudiaron los distintos tipos de mecanismos de financiamiento del sector privado de la atención de salud existentes en la actualidad en la zona metropolitana de Lima/Callao, donde las ventas de seguros de salud cobraron auge durante los últimos años, y donde han surgido otros mecanismos de prepago (Solari y otros, 1987). Inicialmente el equipo del estudio aguardaba que los proveedores de atención de salud, aseguradores y empleadores le proporcionara datos sobre costos y utilización. Sin embargo, esas fuentes no brindaron tal información—principalmente porque los organismos participantes no la mantienen en forma sistemática, pero también debido a la renuncia a compartir sus datos en razón de la índole competitiva del mercado. Por consiguiente, el equipo modificó sus métodos e hizo hincapié en los datos cualitativos y otros de carácter institucional recabados en entrevistas con representantes de diversos segmentos del sector privado de salud.

Finalmente se estableció una tipología de los mecanismos de financiamiento y prestación de los servicios de salud privados en la zona de Lima/Callao, se trazó su evolución, se determinaron sus cuatro configuraciones básicas y se estimó la dimensión potencial del mercado de planes

privados de riesgo compartido en Lima/Callao, utilizando bases de datos de encuestas institucionales y domiciliarias.

En **Bolivia**, el equipo del estudio FAS/ALC calculó en qué medida las instalaciones de atención de salud de PROSALUD, un sistema de APS privado generaría ingresos suficientes para autofinanciarse (Rosenthal y otros, 1988). El autofinanciamiento se definió de dos formas: en algún momento cada una de las instalaciones de PROSALUD podría cubrir todos sus costos, o podría cubrir esos costos y su porción de los costos de la organización matriz. Los principales pasos del estudio fueron:

— el examen del potencial de utilización de las instalaciones de atención de salud en los mercados servidos por las dos dependencias de PROSALUD existentes, utilizando datos sobre las características de las comunidades provenientes de una reciente encuesta a grupos familiares;

— la determinación de los costos totales de ambas dependencias (calculados de dos formas—incluyendo y excluyendo los costos de la oficina central). La medida de resultados utilizada fue un "episodio de enfermedad tratada"—un conjunto de servicios de diagnóstico y curativos compuesto por una consulta inicial y cualesquiera consulta o consultas de tratamiento, con un médico, brindado en respuesta a un problema de salud. Se supuso que todos los servicios de salud estaban asociados con episodios de enfermedad y se les distribuyó consecuentemente dentro de cada centro de salud;[1]

— la determinación de la capacidad de cada dependencia mediante el cálculo del tiempo total de médico disponible para la atención de pacientes y su división por el tiempo promedio dedicado por médico por episodio de enfermedad, que proporcionó el número máximo de episodios que podría tratar cada dependencia con el personal y las pautas de distribución de tiempo existentes;

— cálculo del potencial de autofinanciamiento de las instalaciones. Se elaboraron segmentos de ingresos potenciales conforme a dos mecanismos de financiamiento distintos, a saber: comisión por servicios (CPS) y un plan de prepago. De esta forma se obtuvo la base para determinar en qué medida cada instalación podía alcanzar un punto de equilibrio financiero, representado por el número de pacientes que debería tratar conforme a ambos mecanismos (con aranceles corrientes o ajustados), para que sus ingresos fueran iguales a sus costos o los superaran. Para calcular estos puntos, el equipo del estudio consideró el número de usuarios por el sistema CPS que efectivamente paga sus facturas y el número de episodios tratados en cada instalación por el mecanismo de prepago (que genera menos ingresos); y

— finalmente, el cotejo de los puntos de equilibrio financiero con los niveles de utilización previstos anteriormente, para determinar la viabilidad práctica (frente a la posibilidad hipotética) de alcanzar el punto de equilibrio.

En **Guatemala**, un equipo de estudio del proyecto FAS/ALC evaluó la viabilidad de extender los servicios de atención primaria de salud por medio del sector privado, a trabajadores de las actividades exportadoras del agro y sus familias, que habitan en la región costera meridional del país y actualmente carecen de ellos (Gwynne, 1988). Mediante un método de estudio de caso, el equipo analizó la organización, cobertura y (cuando fue posible) los costos de los mecanismos de atención de salud de carácter privado que allí existen en la actualidad—acuerdos en torno a organizaciones y con funcionamiento en distintos lugares, y prácticas o programas individuales o en un solo lugar. Las instituciones analizadas fueron las que, conforme a criterios seleccionados, poseían el mayor potencial para ampliar los servicios de atención primaria de salud en la región. También se consideró la puesta en práctica y la sustentabilidad potencial de los servicios ampliados. El análisis constó de tres pasos fundamentales, a saber:

— A fin de medir la capacidad de los acuerdos existentes para ampliar la atención de salud a los trabajadores mencionados y sus familias, se elaboró una tipología y el correspondiente inventario de los recursos de atención de salud de carácter privado existentes en la costa meridional. Los cuatro tipos más comunes fueron la provisión ad hoc de APS por parte de médicos particulares locales; los servicios de salud proporcionados por cada plantación a sus trabajadores; otros acuerdos (al igual que los de proveedores individuales) en lugares singulares de atención de salud (por ejemplo, las clínicas patrocinadas por parroquias católicas); y los arreglos caracterizados por la atención en varios lugares (por ejemplo las instalaciones administradas por la Asociación Nacional de Cafetaleros).

— Los acuerdos de atención de salud fueron seleccionados como estudios de caso conforme a la posibilidad que cada uno tuviera de convertirse en un vehículo para la ampliación de la atención primaria de salud para la población objetivo. Los criterios utilizados para clasificar a los proveedores de servicios con base en una organización y funcionamiento en varios sitios fueron: 1) la disposición a continuar sirviendo a la población escogida; 2) la disposición a ampliar los servicios para dicha po-

blación; 3) la capacidad administrativa; 4) la aceptabilidad para los propietarios de las fincas (la "aceptabilidad" se determinó conforme a consideraciones de control administrativo y costo); y 5) la sustentabilidad económica a largo plazo. Se atribuyó igual gravitación a cada uno de esos criterios.

— El equipo de estudio consideró inapropiada la aplicación de dos de esos criterios—"la disposición a ampliar" y "la capacidad administrativa"—a los proveedores individuales o a los basados en una organización con funcionamiento en un solo lugar. Por consiguiente se elaboró un segundo conjunto de criterios para esas dos clases de proveedores, compuesto por tres de los criterios aplicados a las organizaciones (los números 1, 4 y 5) y uno nuevo: la probabilidad de que un proveedor individual o una actividad desarrollada en un solo sitio pudiera crear una organización matriz capaz de administrar los servicios de atención de salud de varios arreglos de esa índole. Se consideró tan importante este criterio que se le atribuyó una ponderación análoga a la de los otros criterios en conjunto.

IV. COSTOS DE LA ATENCION DE SALUD

La crisis económica de la región ALC y las limitaciones consecuentes que ha impuesto al financiamiento de la salud pública, han determinado que las autoridades sanitarias de ALC y de los organismos donantes internacionales promuevan la "contención de costos" en la prestación de los servicios de salud. Ante la carencia de sistemas de contabilidad de costos y dada la limitada información disponible sobre la cantidad de los servicios prestados, la "contención de costos" debe presumirse referida a los esfuerzos para restringir los *gastos*. El mejforamiento de la "eficacia en función de los costos" también ha sido una política prioritaria; el documento sobre políticas de asistencia en salud de la AID y las pautas para el financiamiento de la atención de salud (AID 1986a, 1986b) incluyen la meta específica de promover, en los países menos desarrollados, intervenciones y programas eficaces en función de los costos. Pero a pesar de estas preocupaciones sobre los costos, son mínimos los estudios que se han realizado sobre esta materia en los países de ALC (véanse los resúmenes de estudios de costos antes de 1985 en los países menos desarrollados, incluyendo varios de ALC en Robertson 1985).

Este capítulo presenta las conclusiones de cinco estudios recientes de costos de atención de salud efectuados en los países de ALC. Tres fueron realizados por el proyecto FAS/LAC: un estudio de costos en establecimientos de atención primaria en Ecuador (Gómez 1987), y estudios de costos en los hospitales nacionales de Belice (Raymond y otros, 1987) y Santa Lucía (Russel y otros, 1988). Los otros dos se concentraron en la administración de servicios de salud en Belice, Grenada, St. Kitts-Nevis y Santa Lucía (Hamilton e Hinchcliffe 1988) y sobre la eficacia en función de los costos de la vacunación rutinaria vs. estrategias de inmunizaciones masivas en Ecuador (Shepard y otros, 1989). El estudio de vacunación, efectuado por el proyecto REACH, fue diseñado para completar el estudio de costos de FAS/ALC sobre centros de atención primaria de la salud en Ecuador y se realizaron en forma simultánea. Esto permitió algunos análisis comparativos de costos para estrategias alternativas.

ECUADOR

Un equipo del proyecto FAS/ALC calculó el costo total anual de 18 dependencias de APS seleccionadas de los subsectores público, SSC y privado, así como los costos unitarios promedio de los servicios finales prestados en esas instituciones. Las principales conclusiones son las siguientes:

— los costos totales anuales de las instalaciones de APS ecuatorianas registraron grandes variaciones, pero en general, fueron ligeramente inferiores en las de la SS que en las del ministerio de salud. Probablemente, los mayores costos anuales de las dependencias del ministerio de salud se deben a la gran variedad de servicios finales, incluyendo, por ejemplo, vacunaciones, promoción de salud y atención dental;

— sin embargo, los costos por unidades de servicios comparables de las instalaciones del ministerio de salud (una medida más adecuada para fines de comparación) fueron inferiores a las del SSC que ofrecía menor cantidad de servicios. Hubo ciertas indicaciones que las instalaciones del SSC proporcionaban una atención curativa de mejor calidad, aunque no ofrecían la amplia gama de servicios (especialmente preventivos) que las del ministerio de salud;

— los costos de personal representaron más del 50 por ciento de los costos totales en la mayoría de las instalaciones ecuatorianas, lo que es normal en servicios de mano de obra intensiva, como la APS. Esta situación se presentó tanto en las instalaciones del ministerio de salud como en las del SSC, aunque las primeras emplearon mayor número de personal con salarios relativamente inferiores (50 por ciento menos que en el SSC), mientras que las del SSC tenían menos médicos y dentistas, pero más experimentados y por lo mismo, más onerosos;

— los costos de edificios fueron la segunda categoría en importancia en las instalaciones del ministerio de salud (un promedio del 20,5 por ciento de los costos totales), mientras que en las del SSC el segundo insumo principal fue el rubro de suministros (principalmente fármacos), lo que refleja el hecho que estas instalaciones disponen de mejores suministros que las del ministerio de salud;

— los servicios curativos, proporcionados esencialmente por médicos o dentistas, registraron costos promedios superiores a los preventivos, que tenían insumos superiores (menores costos) de enfermeras auxiliares. Si bien las instalaciones del ministerio de salud ofrecían mayores (y más diversificados) servicios preventivos que las del SSC, en ambos subsectores se apreció un énfasis de servicios curativos;

— compatible con la conclusión que la mayor variedad de servicios tendía a asociarse con costos unitarios inferiores, el costo de las vacunaciones fue inferior en las instalaciones del ministerio de salud que ofrecían mayor diversidad de servicios.

Junto con el estudio de FAS/ALC, Shepard y ostros, (1989), utilizando una encuesta nacional de grupos familiares sobre cobertura de vacunaciones y un estudio seleccionado de unidades en el terreno como base de datos adicionales, compararon los costos de inmunizaciones rutinarias en instalaciones de APS del ministerio de salud ecuatoriano (como las analizadas en el proyecto FAS/ALC) con los costos de las vacunaciones administradas en campañas masivas efectuadas como parte del programa PREMI (programa de supervivencia infantil del ministerio de salud ecuatoriano apoyado por la USAID). Se determinó que:

— la campaña de vacunación masiva tuvo mayores costos unitarios que los servicios rutinarios. El costo promedio de las vacunaciones, por dosis, fue de US$0,83 en la campaña y US$0,29 en las instalaciones de APS. Los costos de vacunación completa por niño fue de US$8,60 y US$4,39, respectivamente, en tanto que los costos de mortalidad infantil evitada (de acuerdo a los niveles específicos de enfermedad-mortalidad del Ecuador) se calculó en aproxima damente US$4.200 y US$1.000, respectivamente;

— la campaña masiva mejoró notablemente la cobertura de vacunación de niños mayores que no habían recibido atención en las instalaciones de APS y aumentó del 43 al 63 la proporción de menores de cinco años que recibieron inmunización total. En este sentido, la campaña masiva fue igual o más eficaz en función de los costos que la vacunación rutinaria.

BELICE Y SANTA LUCÍA

Los equipos de FAS/ALC calcularon los costos totales para cada uno de los hospitales nacionales en Belice y Santa Lucía: el Belice City Hospital y el Victoria Hospital, respectivamente. Cada una de estas dependencias gubernamentales registraban un porcentaje elevado de los gastos de salud pública nacional, en tanto que había una subutilización de los hospitales de distrito, de menor capacidad. Además de proporcionar los datos necesarios para un mejor control de costos en ambos hospitales, el proyecto también realizó análisis de gastos para ambos países.

Los sistemas de salud en los dos países están integrados por una com-

binación de servicios públicos y privados, pero Belice tiene una proporción mayor de gastos privados de salud: 44 por ciento vs. 20 por ciento en Santa Lucía. Salvo esta diferencia, los dos países—con poblaciones menores de 200.000 habitantes—son bastante similares en términos de organización y prestación de servicios de salud. Ambos gobiernos tienen a su cargo la mayoría de las instalaciones nacionales de salud (primaria y secundaria) y los dos conceden exenciones de pago directo a un porcentaje sustancial de la población (a la fecha del estudio, 1987, el 92,7 por ciento de los habitantes de Santa Lucía estaban exentos, pero esta cifra declinó al 80 por ciento en 1989; se desconoce la cifra comparable para Belice). Además de los hospitales nacionales, ambos países tienen hospitales de distrito operados por el gobierno (Belice tiene seis y Santa Lucía dos) y una red de centros de salud (28 en Belice y 33 en Santa Lucía).

— De acuerdo a los cálculos oficiales, casi el 63 por ciento de todos los gastos de salud del ministerio de salud de Belice y casi el 40 por ciento del presupuesto equivalente de Santa Lucía, fueron gastados en el hospital nacional.

— El cálculo de los costos plenos de los hospitales nacionales de los dos países dejó de manifiesto que las cifras presupuestarias subestimaron los gastos reales de salud. El cálculo oficial del gasto anual para el Belice City Hospital alcanzó sólo al 46 por ciento de su costo pleno y la cifra comparable para el Victoria Hospital fue del 60 por ciento. Dos razones principales se mencionan para estas diferencias entre los gastos notificados y los costos reales: primera, un monto importante de los gastos de estos hospitales se canalizó a través de las cuentas de otras instituciones, como "almacenes centrales" (el órgano centralizado para la adquisición de medicamentos del ministerio de salud); y segunda, la amortización de edificios y equipos y la anualización de los costos de capital de los terrenos no fueron incluidos en las cifras del presupuesto oficial.

El Belice City Hospital tiene 186 camas y el Victoria Hospital 211. Ambos son centros de nivel secundario y ofrecen servicios de hospitalización básica, aunque mínimas especializaciones; los casos que requieren atención sofisticada son enviados al extranjero. Además de sus pabellones de hospitalización, cada uno de los dos hospitales poseen diversas clínicas externas con servicios dental, oftalmología y psiquiatría, además del servicio de urgencia que atiende el área circundante como clínica ambulatoria. Las conclusiones más detalladas sobre los costos hospitalarios en Belice y Santa Lucía son las siguientes:

— el ministerio de salud de Belice dispone de un presupuesto anual equivalente a US$5,36 millones (1986/87) y los servicios de salud representan el 96 por ciento. En Santa Lucía, los gastos totales del ministerio de salud en 1986/87 ascendieron a US$7,52 millones, de los cuales un 83 por ciento se destinó a salud. (Ambos ministerios proporcionaron servicios no relacionados con salud). Las cantidades que los dos países gastaron en salud fueron similares, aproximadamente US$5,1 millones en Belice y US$6,2 millones en Santa Lucía;

— los gastos per cápita de salud fueron algo inferior en Belice que en Santa Lucía—US$30 vs. US$45—ya que Belice utilizó en mayor grado servicios privados de salud que Santa Lucía;

— los gastos de salud pública como porcentaje de los gastos del gobierno central llegaron al 10 por ciento en Belice y al 12 por ciento en Santa Lucía, lo que nuevamente refleja la mayor proporción de atención privada en Belice;

— la recuperación de costos mediante aranceles al usuario de los servicios de salud pública fue mínima en ambos países como resultado de las liberales políticas de exención. En Belice estos cobros alcanzaron aproximadamente al uno por ciento del presupuesto operativo del ministerio de salud; la cifra correspondiente a Santa Lucía fue menos del uno por ciento. En los dos países los montos recaudados por aranceles al usuario fueron inferiores a lo señalado en las escalas de cobros;

— los siguientes son algunos ejemplos de costos unitarios promedios (basados en la contabilidad plena de los costos) en los hospitales de Belice City y Victoria que tienen características similares de utilización: el costo diario por paciente en el Belice City Hospital es de US$74; en el Victoria Hospital, US$50; el costo promedio de la estadía por paciente es de US$448 en el Belice City Hospital y US$350 en el Victoria Hospital;

— en Santa Lucía se estudiaron los niveles del sistema de salud donde se aplicaron controles de costos. El Victoria Hospital solo controlaba alrededor del 20 por ciento de sus costos, en tanto que el *Union Public Service* y un equipo negociador designado por el gabinete ministerial controlaba el 69 por ciento de los costos atribuibles a personal. El control del 23 por ciento de los costos totales de suministros y fármacos fue compartido por el hospital y la *Central Medical Stores*, una entidad separada en el ministerio de salud;

— los componentes de la atención médica de los programas de seguridad social de los dos países son diferentes: el programa de Belice sólo cubre accidentes del trabajo, en tanto que el de Santa Lucía incluye un es-

132

pectro mayor de servicios. En Belice, la Junta del Seguro Social paga al ministerio de salud el equivalente a US$25.000 anuales para el tratamiento de accidentes del trabajo y en Santa Lucía, el Sistema Nacional de Seguros aporta US$560.000 al año al ministerio de salud para cubrir los servicios de salud para sus asegurados. En ninguno de los países fue claro si las subvenciones de seguridad social a los ministerios de salud cubrían adecuadamente los costos de la atención a la que estaban asignadas.

En 1988 se evaluó la eficacia de la administración de los servicios de salud en Belice y Santa Lucía en un estudio preparado por CARICOM (Hamilton e Hinchcliffe 1988). También se incluyó Grenada y St. Kitts-Nevis en ese análisis. Este examen actualizó los estudios de FAS/ALC para esos dos países con la siguiente información:

— en ambos países el porcentaje del sector salud en los gastos ordinarios nacionales aumentó ligeramente y en 1988 alcanzaba al 11,4 por ciento en Belice y al 12,1 por ciento en Santa Lucía (en comparación al 10 por ciento en Belice y al 12 por ciento en Santa Lucía cuando se efectuó el estudio FAS/ALC);

— en 1988 las tasas de recuperación de costos en el sector de salud pública habían aumentado al 1,3 por ciento para Belice y al 9,5 por ciento para Santa Lucía (ibid.:III:18), si bien el informe de Hamilton e Hinchcliffe no especifica si estas cifras corresponden a seguros y aranceles o sólo a aranceles.

V. DEMANDA DE ATENCION DE SALUD

Los estudios de la demanda de servicios de salud pueden fundamentarse en la utilización real de estos según información de los grupos familiares o en cálculos potenciales de utilización, basados en entrevistas a grupos familiares o presunciones de los investigadores o plantificadores de salud. Si bien la conducta hipotética puede ser diferente de la real, ambos datos son útiles para la planificación de salud. Los estudios de demanda son informativos porque la demanda de atención no necesariamente coincide con las necesidades de los usuarios tal como fueron determinadas por las autoridades sanitarias. Si la oferta de servicios se estableciera sólo en base al diagnóstico profesional de las necesidades de salud de la problación, podría producirse un desajuste entre la oferta y la demanda de los servicios. Los sistemas de salud, para ser equitativos y eficientes, deben satisfacer las necesidades y demandas de los usuarios (Musgrove 1985) según las limitaciones de los recursos y de aquí la necesidad de regular la oferta y/o la demanda.

Un informe reciente (Bitrán 1988) sintetiza los principios del análisis de la demanda de atención de salud y también reseña más de una docena de estudios efectuados en la última década en diversos países del orbe. En este capítulo actualizamos el resumen con conclusiones de estudios de demanda finalizados recientemente en Perú y República Dominicana y otras relacionadas de Bolivia, Honduras y Jamaica.

PERÚ

Un análisis de la demanda de atención de salud en las zonas urbanas de Perú (Gertler y otros, 1987), basado en datos recolectados por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Perú (ENNSA) en 1984, se diseñó para ofrecer alternativas de políticas a fin de influir en la demanda de atención de salud. Más que intentar explorar el número ilimitado de fórmulas, los autores del estudio proyectaron un mecanismo interactivo de planificación utilizando programas y bases de datos computarizados, con el cual las autoridades podrían examinar los efectos de la aplicación de

diversas opciones. Entre las conclusiones del estudio se incluyen las siguientes:

— el aumento de aranceles al usuario en centros de salud pública en Lima y varias ciudades de la región montañosa del Perú, no impediría que sus habitantes—excepto los muy pobres—procurasen atención de salud (si bien afectaría dos opciones: subsector y tipo de instalación). El incremento de dichos aranceles en los hospitales públicos al segmento que está en condiciones de pagar (exceptuando a los grupos familiares de bajos y medianos-bajos ingresos) generaría aumentos casi proporcionales en los ingresos del sector público;

— el aumento de aranceles al usuario por atención ambulatoria en los hospitales públicos de Lima, manteniendo la actual estructura de cobros en centros y postas de salud de la ciudad, prácticamente no alteraría el número total de visitas externas a proveedores de atención de salud, pero, en cambio, aumentaría considerablemente las visitas a centros y postas públicas, así como a clínicas privadas, reduciendo la utilización hospitalaria;

— la accesibilidad a la atención afectaría sustancialmente la intención de lograr servicios de salud y el lugar de los mismos. En ciertas áreas urbanas donde las instalaciones públicas son fácilmente asequibles, el perfeccionamiento del acceso (por construcción de nuevas o mejorando el transporte a las existentes) no provocaría grandes diferencias en la demanda de atención. Pero cuando los establecimientos de salud pública—aun dentro de los límites de la ciudad—quedan a cierta distancia de los usuarios, el acceso mejorado aumentaría notablemente la demanda;

— los usuarios peruanos de las instalaciones de salud pública urbanas consideraron que la calidad de la atención ambulatoria era superior en las clínicas privadas, y luego en los hospitales públicos. Se percibió que los centros y postas de salud pública proporcionaban atención de baja calidad; en el hecho, si todos los servicios de salud públicos y privados fueran gratuitos y accesibles, menos del 10 por ciento de las visitas se efecturían a instalaciones públicas de APS. La población de mayor edad, en particular, tenía una opinión tan desfavorable de la calidad de los servicios de los centros y postas públicas, que frente a la alternativa de atención privada accesible, vitualmente no recurriría a las instalaciones públicas aunque fueran gratuitas y asequibles.

REPÚBLICA DOMINICANA

En República Dominicana, el proyecto FAS/ALC analizó la demanda familiar de atención médica en la capital, Santo Domingo (Bitrán 1989),

de acuerdo a los datos recopilados en una encuesta familiar también realizada por el proyecto (Gómez 1987). (Para los fines de este análisis de demanda, "atención de salud" fue definida como la atención curativa, no dental, proporcionada por médicos). La encuesta incluyó preguntas sobre variables socioeconómicas: la percepción de los encuestados sobre problemas de salud; su utilización de los servicios del ministerio de salud (SESPAS), instituto de seguridad social (IDSS), fuerzas armadas y proveedores privados; cobertura mediante programas de seguros de salud; y gastos menores por servicios de salud y medicamentos. Las siguientes son las conclusiones principales de la encuesta familiar y del análisis de demanda:

— casi el 42 por ciento de la población de Santo Domingo notificó algunos síntomas de enfermedades durante el período de dos semanas de la encuesta. Dos tercios no buscó atención médica, porque consideraron que no era necesario, pero de acuerdo a las respuestas, al menos el 10 por ciento y hasta el 20 por ciento de este subtotal, no lo hicieron por los costos o dificultades de acceso;

— casi el 70 por ciento todas las consultas externas fueron para atención médica; el 30 por ciento restante para servicios preventivos, dentales y de maternidad, tratamiento de accidentes y otras causas;

— la mayoría de los servicios de salud en Santo Domingo (incluyendo atención curativa y de otra naturaleza) fue proporcionada por médicos (84 por ciento) o dentistas (11 por ciento). Sólo el cinco por ciento de las consultas fue atendida por proveedores paramédicos;

— alreadedor del 56 por ciento de las visitas externas a médicos se realizó en centros privados, 30 por ciento en las instalaciones de SESPAS, 10 por ciento en las del IDSS y cuatro por ciento en dependencias de las fuerzas armadas. Las preferencias por atención privada fue mayor aun entre la población de bajos ingresos. La distribución de hospitalizaciones por subsector fue similar a las de las visitas ambulatorias;

— menos de un cuarto de la población de Santo Domingo disponía de cobertura médica a través del IDSS, seguro privado o planes de prepago, o fuerzas armadas (hubo cierta duplicación de cobertura y utilización múltiple entre los asegurados). Más del 75 por ciento de la población no contaba con cobertura en un organismo de atención de salud (salvo SESPAS, que está obligado a proporcionar atención gratuita a todos los habitantes);

— entre los que buscaron servicios ambulatorios y hospitalizaciones en centros privados, dos tercios y tres cuartos, respectivamente, no tenían cobertura privada; de los que la tenían y utilizaron servicios privados,

el 90 por ciento pagó en forma directa por los servicios recibidos y el 10 por ciento obtuvo atención privada gratuita; y

— casi un tercio de las visitas externas a instalaciones del IDSS correspondió a pacientes que no eran elegibles de cobertura; el 86 por ciento de este grupo recibió atención gratuita. En las dependencias de las fuerzas armadas, casi la mitad de las visitas fue de pacientes sin derecho a esta cobertura, pero todos recibieron atención gratuita.

Al aislar los efectos de la demanda sobre las variables individuales, el estudio llegó a las conclusiones siguientes:

— la edad influyó en la demanda de todos los grupos de ingresos. De aquellos con síntomas de enfermedad, los lactantes menores de un año fue el grupo con mayor probabilidad de lograr atención médica, seguido del grupo entre 1–4 años. Se registró una menor utilización de servicios de salud en el segmento de niños en edad escolar (5–14 años) cuando se comparó con grupos de menor y mayor edades;

— la utilización femenina de los servicios externos (62 por ciento de todas las consultas) excedió la representación de mujeres en la población (53 por ciento). Sólo el 5 por ciento de esta utilización relativamente alta de atención ambulatoria se relacionó con embarazos;

— la educación tuvo un efecto moderado sobre la demanda; aquellos con mayor grado de educación estaban más inclinados a procurar atención que los de menor educación y su decisión se orientó de preferencia a un médico privado,

— el ingreso familiar constituyó un factor mínimo en la demanda: en atención externa y hospitalizaciones los enfermos con mayores ingresos familiares registraron una inclinación ligeramente superior a procurar atención que aquellos con menores ingresos familiares;

— en cambio, el ingreso familiar se afectó la decisión del subsector: aquellos con mayores ingresos estaban más dispuestos a visitar médicos privados (que cobraban precios más altos) y aquellos con menores ingresos se inclinaron por médicos de SESPAS o IDDSS (cuyos servicios, salvo raras excepciones, eran gratuitos). Sin embargo, debe observarse que—en casi todas las categorías por ingreso familiar—la mayoría consultó médicos privados;

— el precio tuvo un efecto mínimo sobre las posibilidades de procurar atención médica, si bien los grupos con menores ingresos fueron más sensibles a los precios que los de mayores ingresos. Las simulaciones de precios revelaron que la actitud de quienes buscaban atención en todos los grupos de ingresos no fue muy sensible a variaciones de precios,

137

tanto en SESPAS como en la privada. En las instalaciones de la primera, donde sólo un 10 por ciento de los que reciben atención pagan aranceles al usuario, si la exención de pago se aplicara a un menor número de pacientes y se cobraran aranceles más elevados a los que no están exentos, se reduciría la utilización en forma menos que proporcional, aún en los grupos de menores ingresos; y

— los servicios de salud en Santo Domingo parecían estar ubicados a una distancia prudente de la mayoría de los usuarios; las diferencias de tiempo en los desplazamientos registraron efecto mínimo en la demanda. Pero las diferencias de tiempo de espera fueron considerables: en el subsector privado la espera promedio fue de 49 minutos—25 minutos menos que el promedio de SESPAS. Los promedios de espera en SESPAS, IDDSS y fuerzas armadas fueron similares, variando de una hora a una hora y 44 minutos.

BOLIVIA

En 1984, USAID/Bolivia auspició un estudio de factibilidad sobre el potencial de servicios de APS financiados privadamente, con la intención que los grupos de bajos ingresos en áreas urbanas y rurales marginales del Departamento de Santa Cruz lograran autosuficiencia en esta materia. Posteriormente, se solicitó al proyecto PRICOR y a la organización boliviana FIDES que diseñaran tales servicios y buscaran alternativas para financiarlos. (PRICOR 1987:107). En relación con este esfuerzo, FIDES realizó una encuesta domiciliaria de la población objetivo en tres comunidades de Santa Cruz para establecer la demanda potencial de servicios de salud (véase O'Connor y otros, 1985). Se encuestó un total de 1274 familias. Entre los resultados principlaes pueden mencionarse:

— más de la mitad de los encuestados consideraban que, idealmente, el gobierno y no las comunidades y/o familias eran responsables de proveer servicios de salud. Pero, también en un plano ideal, la mayoría estimó que la familia o la comunidad debía pagar por esos servicios (ibid:,1985:63), si bien las respuestas variaban en cuanto a los mecanismos de financiamiento. Entre estos se mencionaron contribuciones anuales y cuotas mensuales (probablemente pagaderas directamente al organismo principal del centro de salud, aunque el informe no lo especifica), pagos en especies, en mano de obra, comisión por servicios y sorteos;

— el estudio recomendó una combinación de alternativas de financiamiento para promover la distribución del costo a la vez que controlar

la potencial utilización excesiva. Podrían considerarse la comisión por servicios (de acuerdo con la capacidad de pago) y ventas de medicamentos.

En fecha posterior a este estudio y luego que varias instalaciones de APS comenzaron a funcionar bajo la denominación de PROSALUD, el proyecto FAS/ALC diseñó un modelo de análisis de mercado para calcular si nuevos centros de APS en Santa Cruz generarían ingresos suficientes para cubrir los costos totales y ayudar en el sostén de los organismos que los amparaban (Rosenthal y otros, 1988). Para evaluar si una determinada dependencia de PROSALUD podría autofinanciarse—a base de acuerdos de prepago y/o comisión por servicios—exigía conocer la demanda potencial de atención de salud en esta área. El estudio determinó:

— para lograr el pleno autofinanciamiento, el sistema PROSALUD debería ampliarse a fin de distribuir en un mayor número de dependencias los costos de la oficina central;

— el éxito de la ampliación dependería de la identificación de comunidades que pudieran generar suficiente demanda para apoyar los centros de PROSALUD, que a su vez estarían sujetos a la habilidad del modelo de demanda para seleccionar las localidades apropiadas;

— después de un año de experimentación, la aplicación del modelo y de métodos de planificación financiera como instrumentos de administración lograron un mejor rendimiento financiero en las instalaciones de PROSALUD. Con mayor utilización y mejor planificación financiera, la tasa promedio de recuperación de costos en todas las dependencias (excluyendo los costos prorrateados de la oficina central) había aumentado del 40 al 80 por ciento; en junio de 1989 se acercaba al 100 por ciento (excluyendo los costos de la oficina central). En los centros rurales el índice total de recuperación de costos fue inferior por insuficiente utilización, aunque registró un incremento del 33 al 61 por ciento;

— hubo marcadas diferencias en el potencial de autofinanciamiento del sistema de PROSALUD, dependiendo si se trataba de aranceles directos o fuentes de prepago. Los precios de los acuerdos de prepago se establecieron a niveles bajos y la utilización fue alta, por lo que los centros con mayor proporción de pacientes prepagados no lograron resultados financieros tan buenos como en aquellos con más pacientes afectos a comisión por servicios. Deberán aumentarse los precios de futuros acuerdos de prepago;

— cuando los acuerdos de prepago se eliminaron paulatinamente al no

renovarse los contratos, la mayoría de estos pacientes continuaron utilizando las instalaciones de PROSALUD a base de comisión por servicios.

HONDURAS

En 1983, el ministerio de salud de Honduras y Management Sciences for Health (MSH)—una organización de consultoría sin fines de lucro de Boston—efectuaron una encuesta domiciliaria en cuatro zonas de salud hondureñas, en un intento de identificar fórmulas para el financiamiento de servicios de APS y evaluar la potencial viabilidad económica de estas alternativas (PRICOR 1987:119). Se entrevistó a más de un millar de personas. La encuesta demostró:

— aproximadamente el 26 por ciento de la población encuestada notificó haber sufrido enfermedades en el período de 15 días del estudio, pero casi la mitad recurrió a tratamientos caseros, con un costo promedio de US$2,50 (fundamentalmente para medicamentos);

— los gastos de atención de salud, más del 11 por ciento del total de gastos mensuales notificados, fue la tercera categoría de gastos de la encuesta, después de alimentos y vestuario; y

— la gran mayoría de los encuestados (94 por ciento) respondió que estaban dispuestos a pagar por los servicios proporcionados por el ministerio de salud de Honduras, si bien no quedó muy claro el monto de este pago (PRICOR 1987:119).

JAMAICA

En 1987 y en relación a sus planes para fomentar el desarrollo de medios no gubernamentales para financiar los servicios de salud, el Gobierno de Jamaica patrocinó un estudio sobre utilización de estos servicios en ocho parroquias jamaiquinas, concentrándose en el uso de los tres hospitales públicos que atendían estas zonas (McFarlane y McFarlane 1987). La encuesta incluyó preguntas sobre edad, ingreso, empleo, ocupación, enfermedades, elección de proveedores en caso de enfermedades y percepciones de calidad. Entre las conclusiones se puede mencionar:

— entre aquellos que percibieron enfermedades[4] más del 50 por ciento se inclinó por atención ambulatoria privada durante los dos años que se prolongó la encuesta. Los centros de salud pública fueron la segunda elección, seguida muy de cerca por los hospitales públicos. Sólo el uno por ciento de los que buscaron atención utilizaron hospitales privados;

140

— la demanda de atención privada fue mayor en el grupo de 20–59 años y disminuyó para el grupo de 60 y más años. El grupo de edad avanzada representó el mayor porcentaje que asistió a las clínicas públicas y junto con los menores de 20 años, representaron la demanda principal para los servicios de los hospitales públicos;

— aproximadamente el 12 por ciento de la población poseía algún tipo de seguro, siendo mayor el número de mujeres que de hombres que contaba con esta cobertura;

— los encuestados apoyaron de manera general la idea de contribución individual directa a los costos de la atención de salud, pero el número que expresó voluntad de pagar fue relativamente ínfimo.

VI. FINANCIAMIENTO ALTERNATIVO DE LA SALUD

En este documento el término "alternativo" se refiere a fuentes de financiamiento para la atención de salud diferentes de los ingresos impositivos generales. Si bien estos continúan siendo la principal financiación de la atención de salud en los países de ALC incluidos en este estudio, cada vez deben sufragar un mayor número de servicios en un momento en que las restriciones económicas generales han reducido su disponibilidad. Por esta razón la AID ha promovido fórmulas de financiamiento para la salud a fin de "liberar recursos y comprometidos, lograr nuevos y una asignación más eficaz de los escasos recursos existentes con miras a apoyar programas efectivos en función de los costos" (1986b:1).

Entre las reseñas anteriores sobre investigación en este tópico se encuentran de Ferranti 1984 y 1985; Russell y Zschock 1986; Hoare y Mills 1986; Brenzel 1987; y Shepard y Benjamin 1988. En este capítulo estos estudios se complementan con conclusiones recientes del proyecto FAS/ALC otras investigaciones sobre tres fuentes de financiamiento alternativo de la salud: programas de seguridad social, pagos directos de aranceles al usuario y planes privados de prepago y riesgo compartido.

PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Los programas de seguridad social (SS) proporcionan atención médica directamente en sus instituciones o indirectamente a través de proveedores públicos o privados mediante un sistema de reembolso de costos o subsidios. Por lo general, en los países de América Latina los programas SS proporcionan atención medica en forma directa, mientras que en los países de habla inglesa del Caribe conceden beneficios médicos a través de subsidios a servicios públicos de salud o no se presta este apoyo. En los países de América Latina los programas médicos de la seguridad social representan hasta un tercio de los gastos totales en atención de salud (Zschock 1986).

El proyecto FAS/ALC ha incluido informes recientes sobre programas SS en Perú, República Dominicana, Ecuador, Guatemla, Belice y Santa Lucía.

PERÚ

En 1985–1985 el proyecto FAS/ALC analizó planes de prepago y prestación directa de servicios de salud en Lima/Callao (Solari y otros, 1987). Luego, en 1987-88 el proyecto concedió asistencia técnica al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) para analizar las implicaciones financieras de la ampliación obligatoria de la cobertura del programa médico del Instituto (Mesa-Lago 1989). Ambos estudios recurrieron a un proyecto previo financiado por USAID, Análisis Sectorial de la Salud en Perú (Zschock 1988), que también incluyó comprobaciones relacionadas con la seguridad social en Perú.

— En 1985–86, alrededor del 18,6 por ciento de la población peruana tenía derecho a la cobertura del IPSS, aunque muchos beneficiarios carecían de acceso a la atención médica del IPSS porque sus empleadores no efectuaron las contribuciones obligatorias, porque el IPSS no emitió las necesarias tarjetas de identificación a todos los beneficiarios, o por otras razones.

— Probablemente la ley de 1987 que ordenó la ampliación de la cobertura de la atención médica a ciertos segmentos de la población que habían sido excluidos, fue excesivamente ambiciosa y poco realista. La extensión en 1985 de la cobertura a hijos dependientes hasta 14 años de edad ya había constituido un aumento de la demanda de los servicios médicos del IPSS, sin el correspondiente aumento de ingresos.

— En 1987, el programa de atención médica representaba el 58 por ciento de los gastos totales del IPSS. Este porcentaje puede haber sido mayor si se toman en cuenta los subsidios no contabilizados de costos administrativos de otros programas del IPSS (por ejemplo, invalidez, pensiones).

— El presupuesto médico del IPSS ha sido deficitario, salvo en uno de los últimos diez años. Una de las causas principales es que alrededor del 35 por ciento de los empleadores privados evadieron el pago de sus aportaciones. Entre las causas de esta actitud se mencionó la acelerada inflación (la demora en los pagos reducía el costo real de la contribución del empleador) y procedimientos inadecuados de inscripción y cumplimiento. Un nuevo sistema computarizado para la inscripción y recau-

dación ha mejorado esta última, pero se ha visto afectado por reducción de personal.

— Otra razón del déficit presupuestario de la atención médica del IPSS es el incumplimiento del gobierno, como empleador, de pagar sus contribuciones legales desde años anteriores y en 1986-88.

— En 1988, los gastos de atención médica del IPSS correspondieron a: personal, 48%; subsidios por enfermedad y maternidad, 20%; medicamentos y exámenes de laboratorio, 20%; administración, 8%; y servicios contractuales, 5%. Los subsidios en efectivo por enfermedad y maternidad, que pueden cobrarse por casi un año, se pagaron a la inusual tasa del 100 por ciento del salario.

— En septiembre de 1988, el IPSS formuló planes para aumentar los ingresos y disminuir los gastos mediante (a) aumento de los porcentajes de contribución; (b) control de la evasión y reducción de la demora en los pagos; (c) recaudación de la deuda del gobierno; (d) obtención de mayores rendimientos en las inversiones a corto plazo del fondo de atención médica; (e) reducción de personal; (f) suspensión de una integración decretada por ley de los servicios hospitalarios con aquellos del Ministerio de Salud; (g) eliminación de horas extraordinarias; (h) restricción de viajes de personal y gastos médicos y útiles de oficina; e (i) mayor reducción de inversiones. Sin embargo, todas estas medidas serán difíciles de aplicar por razones de orden político.

REPÚBLICA DOMINICANA

En República Dominicana el proyecto FAS/ALC realizó una encuesta domiciliaria y un análisis de demanda de la atención médica en Santo Domingo (Gómez 1988; Bitrán 1989).

— El 24 por ciento de la población de Santo Domingo ha dispuesto de algún tipo de cobertura de salud en razón de su empleo y/o participación en planes de prepago y riesgo compartido. De este grupo, el 10 por ciento tenía cobertura médica de seguridad social (IDSS), sea por su condición de empleado o dependiente. (Algunos beneficiarios del IDSS también estaban cubiertos por planes de seguro médico privado).

— EL IDSS mantiene sus propias instalaciones médicas, proporcionando atención ambulatoria y hospitalización. Aproximadamente el 10 por ciento de todas las visitas curitivas ambulatorias en Santo Domingo durante un estudio de dos semanas, tuvo lugar en instalaciones del IDSS; las cifras de hospitalizaciones del IDSS en un periodo de 23 meses, representó el 7,2 por ciento de todas las hospitalizaciones.

144

— Entre el 30 y 40 por ciento de los usuarios de la atención médica del IDSS, ambulatoria y hospitalización, no eran beneficiarios del IDSS, pero recibieron atención gratuita en las dependencias del IDSS. Aparentemente, esto compensó la proporción de beneficiarios del IDSS que buscaron atención con médicos del sector privado.

— La calidad de la atencíon curativa del IDSS fue considerada, en forma general, deficiente en relacíon a servicios comparables del sector privado.

ECUADOR

El componente de atención médica del programa del Seguro Social Campesino (SSC) de Ecuador fue analizado como parte del estudio de costos del proyecto FAS/ALC (Gómez 1987). Entre las conclusiones del estudio, las siguientes ofrecen una perspectiva de las modestas características del SSC:

— los costos unitarios en las instalaciones del SSC fueron generalmente mayores que en las del ministerio de salud o en las privadas. Por ejemplo, los costos de los tratamientos médicos fueron, como promedio, un 50 por ciento superior en las instalaciones del SSC que en las del ministerio, principalmente por mayores costos de personal. El SSC empleó menor cantidad de personal que el ministerio, pero de mayor experiencia y por lo tanto, de costo superior;

— la productividad médica (en términos del número promedio de hora/médico/consultas) fue superior en las dependencias del SSC que en las del ministerio, pero los facultativos del SSC recibieron mayores remuneraciones;

— las instalaciones del SSC ofrecieron menores servicios finales que las del ministerio, particularmente porque realizaron menos actividades preventivas y promocionales de salud;

— en general, las dependencias del SSC parecieron más accesibles a sus poblaciones objetivo (más reducidas) que las del ministerio, ya que éstas fueron más numerosas. El costo por paciente en el SSC fue casi el doble, reflejando no sólo salarios más elevados, sino también mayor suministro de medicamentos.

GUATEMELA

En la época del estudio de Guatemala para el proyecto FAS/ALC (Gwynne 1988), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que cubría a los trabajadores del sector de exportaciones agícolas sólo con-

145

tra accidentes del trabajo, contemplaba la posibilidad de ampliar la cobertura médica en la costa meridional mediante la participación obligatoria de empleado/empleador en dos nuevos programas: salud maternoinfantil y medicina general. Sin embargo, el IGSS no ha decidido si la ampliación propuesta se efectuará en sus propias instalaciones, en las del sector público o del privado.

— Los empleadores de la costa meridional, la mayoría de los cuales consideraba que los beneficios obtenidos no compensaban sus aportaciones obligatorias al programa de accidentes del IGSS, se opusieron a la extensión de los servicios de salud del IGSS en su área.

— Ciertos observadores locales señalaron que cualquier intento del IGSS para ampliar la atención médica en la región, independiente del mecanismo elegido, sólo induciría a los empleadores a eximirse de nuevas contribuciones y a organizer sus propios servicios de salud, probablemente a través de asociaciones agrícolas regionales o locales.

— El reducido número de instalaciones del IGSS en la zona es una indicación para otros observadores locales que el IGSS debiera ampliar la atención de salud a través del sector privado. Probablemente los proveedores privados responderían en forma positiva y cooperarían en el desarrollo de instituciones para facilitar la administración de un programa de esa naturaleza.

BELICE

Una de las metas del estudio de costos en Belice del proyecto FAS/ALC (Raymond y otros, 1987) fue examinar la adecuación de un subsidio anual de US$25.000 de la Junta de Seguridad Social (JSS) al Ministerio de Finanzas para el tratamiento, en instalaciones de salud pública, de accidentes del trabajo para participantes de la JSS.

— La JSS notificó 713 reclamaciones de accidentes del trabajo en 1984, con un promedio unitario de $35.

— Sin embargo, las estadísticas de la JSS no diferenciaron entre servicios ambulatorios y hospitalizaciones de sus usuarios, por lo que se desconoce la proporción de los 713 reclamantes que fueron hospitalizados y aquellos que recibieron servicios externos.

— Cuando fue posible se simularon combinaciones de tratamientos de hospitalizaciones y ambulatorios para los 713; las combinaciones de servicios que podrían haberse logrado por la cantidad de US$25.000 con los costos actuales de las dependencias de salud pública sugieren que el costo real de los servicios habrían excedido este subsidio.

146

SANTA LUCÍA

Al igual que el estudio de Belice, el de Santa Lucía (Russell y otros, 1988) intentó evaluar la adecuación de la subvención anual de US$570.000 del Sistema Nacional de Seguros (NIS) para el tratamiento médico de sus afiliados en dependencias de salud pública (se incluyó un mayor número de beneficios médicos que en el estudio de Belice).

— En Santa Lucía se carecía de un sistema que permitiera determinar qué pacientes atendidos en las instalaciones públicas eran miembros del NIS. Por esta razón no fue posible realizar una simulación de combinaciones de hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios que indicara la magnitud de la cobertura lograda por la subvención, tal como se hizo en el caso de Belice.

Como en Belice, no pudo concluirse si el subsidio era adecuado para cubrir los costos de salud incurridos por los afiliados del NIS.

ARANCELES AL USUARIO

El término "aranceles al usuario" se refiere a los cargos impuestos al momento de la prestación de la atención de salud. A veces esta expresión se reserva para los pagos efectuados a servicios de salud pública (e.g., Overholt 1987:iii), aunque por lo general (e.g., de Ferranti 1984, 1985) se aplica a los cobros en los sectores público y privado. A pesar de la generalizada convicción en los países de menor desarrollo que los servicios de salud debieran ser gratuitos, los aranceles al usuario es una práctica común. La mayoría del gasto privado en salud adquiere la forma de aranceles (de Ferranti 1985) y en diversos países los proveedores públicos de salud cobran a ciertos usuarios por determinados servicios, si bien los ingresos que generan son pequeños (Hoare y Mills 1986:40).

Otra creencia muy aceptada, que el pobre no puede pagar aranceles, está rebatida por estudios que revelan que, en ciertos países de menor desarrollo, segmentos de bajos ingresos de la población pagan por atención de salud y medicamentos; en diversos países de ALC, los pobres del sector urbano gastan aproximadamente un dos por ciento del ingreso familiar en servicios de salud y medicamentos y aquellos de mayores ingresos hasta un cuatro por ciento (Musgrove 1983). El tema de los aranceles al usuario no se refiere a la "voluntad" de pago, sino a la equidad: ¿deben los usuarios de bajos ingresos pagar por servicios de salud y cuánto deben pagar los de mayores ingresos, sea en forma directa mediante aranceles o indirectamente por planes de prepago?

Además de las consideraciones de equidad, existen otros problemas que pueden obstaculizar una aplicación amplia de aranceles al usuario. Primero, la proporción de los aranceles en relación al ingreso requiere el uso de comprobación de medios, tarea difícil, si no imposible, de lograr en muchos países de menor desarrollo por falta de información. Segundo, los costos de recaudación de los aranceles al usuario eliminan la ventaja del ingreso adicional, especialmente cuando es mínima la experiencia en la administración de estos aranceles. Tercero, la imposición de aranceles al usuario puede reducir la utilización por parte de los pobres (e.g., Bitrán 1989; véase también Overholt 1987:iv), o disminuir el consumo de otras necesidades básicas.

Entre los argumentos en favor de la imposición de aranceles al usuario se pueden mencionar las consideraciones siguientes (véase también Banco Mundial 1987). Primero, en cada país existe un porcentaje de la población que puede pagar la atención de salud y los ingresos así originados pueden utilizarse para cubrir los costos de los servicios de quienes no pueden pagar. Segundo, los pobres ya están pagando más por atenicón de salud privada de lo que pagarían en aranceles en las instalaciones públicas (de Ferranti 1985). Tercero, los aranceles generarían en los usuarios una mayor "sensibilidad" de su demanda de servicios de salud (Banco Mundial 1987:26). Los aranceles por atención curativa (que según ciertos estudios son más fáciles de recaudar que los aranceles por servicios preventivos o promocionales) pueden contribuir a liberar los escasos recursos públicos para atención preventiva (Russell y Zschock 1986:44). Quinto, los aranceles al usuario pueden "aumentar la participación comunitaria (de los usuarios) y el sentido de control" (ibid.:45) y promover una mayor sensibilidad a la atención que necesitan y a la calidad de la misma. Aún aranceles nominales pueden ayudar a mejorar la calidad, especialmente cuando los disminuidos presupuestos de salud pública han debido reducir sus fondos para suministros y mantenimiento (Lewis 1987b:2–3).

Entre los diversos mecanismos de recuperación de costos que disponen los gobiernos de ALC, los aranceles al usuario—a pesar de ciertas desventajas—son especialmente interesantes por cuanto no sólo generan ingresos, sino que además otorgan incentivos para un uso eficaz y eficiente de los recursos. Los pacientes que deben pagar por sus servicios de salud valoran tales servicios y al mismo tiempo se desalienta el uso innecesario y aquellas instituciones públicas que pueden cobrar una cantidad por los servicios que prestan—especialmente si pueden retener un porcentaje de

148

los ingresos recaudados—son estimuladas a proporcionar la cantidad y calidad de servicios que los usuarios continuarán demandando.

Por estas y otras razones, el Banco Mundial ha abogado por aranceles al usuario en los servicios de salud gubernamentales y es una de las cuatro políticas relativas al financiamiento de salud que constituye su "agenda para el cambio" (Banco Mundial 1987:3–4). Los aranceles al usuario también son un componente importante en las pautas de la AID para el financiamiento de la atención de la salud, que destacan el objetivo institucional de alentar a los países menos desarrollados a lograr la "sustentabilidad" y "eficacia en función de los costos" de los programas de servicios de salud, en parte por imposición de aranceles al usuario en la atención curativa individual (AID 1986b).

En el proyecto FAS/ALC se incluyen estudios recientes sobre aranceles al usuario en Perú, Bolivia, Guatemala, República Dominicana, Belice y Santa Lucía. Por otra parte, el proyecto REACH realizó investigaciones similares en Honduras, República Dominicana y Jamaica.

PERÚ

El proyecto FAS/ALC (Solari y otros, 1987) y el informe de asistencia técnica, ofrecieron las siguientes conclusiones sobre los aranceles al usuario:

— al momento de ambos estudios el empeoramiento de las condiciones económicas en Perú había disminuido la capacidad del gobierno para mantener sus servicios de salud. Esta situación provocó una mayor utilización de la atención de salud del sector privado, especialmente por parte de la población de medianos y bajos ingresos que anteriormente había recurrido a las instalaciones del sector público;

— del 20 por ciento de la población peruana (alrededor de cuatro millones de personas) que recurrió al sector privado para atención de salud, cerca de 2,2 millones recibieron cuidados por organizaciones privadas voluntarias, algunas de las cuales cobraron elevados aranceles. Otro medio millón estaba cubierto por diversos planes de prepago, algunos de los cuales exigían copago. Se deduce que el resto pagó directamente los servicios obtenidos.

BOLIVIA

PROSALUD—la red de atención primaria de salud del sector privado que recibió apoyo inicial de USAID/Bolivia—experimentó con planes de prepago y aranceles al usuario (Rosenthal y otros, 1988).

149

— Cuando se efectuó el estudio del proyecto FAS/ALC se registraban grandes diferencias en el potencial de autofinanciamiento de las instalaciones del sistema de PROSALUD, principalmente por el impacto del plan de prepago en los costos e ingresos. En razón de los bajos aranceles y de la gran utilización del plan de prepago, sus beneficiarios no contribuyeron a la recuperación de costos en la misma proporción que los pacientes que pagaron aranceles directos.

— Al momento del estudio, PROSALUD había iniciado la eliminación paulatina del plan de prepago al no renovar los contratos. Sin embargo, la mayoría de los pacientes continuaron recurriendo a PROSALUD a base de comisión por servicios y esta acción mejoró la recuperación de costos.

— El estudio corroboró la conclusión de otras investigaciones (Overholt 1987, Lewis 1987b, Shepard y Benjamin 1988) en el sentido que ciertos segmentos de la población de bajos ingresos están en condiciones y tienen la voluntad de pagar aranceles razonables, los que pueden contribuir sustancialmente a la recuperación de costos de las instalaciones de atención primaria de salud.

GUATEMALA

El estudio FAS/ALC (Gwynne 1988) incluyó diversas conclusiones sobre aranceles al usuario.

— La forma más común de prestación de servicios de salud en el área del estudio, la costa meridional, fue la atención ambulatoria por parte de médicos y farmaceúticos locales que cobraron honorarios por sus servicios. Los métodos de pago fueron diversos: en algunos casos, los pacientes pagaron directamente, en otros,—si los pacientes trabajan en predios de producción agrícola para la exportación—sus empleadores se hicieron cargo de parte o del total del arancel.

— Durante la época del estudio existían diversos tipos de arreglos para la prestación de servicios de salud. Los propietarios agrícolas proporcionaban a sus obreros servicios de salud en las fincas; contrataban visitas periódicas de médicos; oenviaban a su personal a consultas médicas en los pueblos cercanos; clínicas de organizaciones religiosas o de naturaleza similar; los sindicatos agrícolas auspiciaban servicios de salud en los predios mayores; hospitales privados proporcionaban servicios mediante contrato con los sindicatos o con las haciendas. Algunos de estos sistemas eran gratuitos; en otros se cobraba un arancel. También existía diversidad en los métodos de pago: en algunos habían dos ni-

150

veles y en los que los miembros pagaban menos que aquellos que no eran socios o un esquema de precios variables.

— Pero, en general, la pobreza de gran parte de la población objetivo limitaba el financiamiento de servicios de salud que los aranceles podían generar.

— El estudio concluyó que una combinación de aranceles al usuario y el apoyo financiero de los propietarios de las plantaciones, a través de sindicatos o instituciones filantrópicas, representaba una posibilidad factible de financiamiento a largo plazo de los servicios de salud en el área.

HONDURAS

En 1987 el proyecto REACH investigó los aranceles al usuario en el sistema de salud pública de Honduras. Por muchos años se venían aplicando aranceles en los hospitales e instalaciones de nivel inferior (Overholt 1987).

— Los aranceles al usuario constituían una fuente importante de ingresos para los hospitales hondureños, que habían establecido su propia escala de honorarios y se reservaban el derecho a gastarlos, aunque existían ciertas restricciones (ibid.:iii, v).[5]

— Los pacientes que no podían pagar eran eximidos de esta obligación por medios formales o informales (ibid.:iv).

— Por lo general, los hospitales cobraban por admisiones, policlínicas, laboratorio y rayos-X.

— Los ingresos obtenidos por concepto de aranceles variaban según el tipo de hospital, llegando a un máximo del 16 por ciento del presupuesto de los hospitales de distrito (excluyendo personal).

— Estos ingresos fueron gastados en una amplia gama de insumos, incluyendo suministros y materiales, mano de obra ocasional y viáticos para visitas de capacitación (ibid.:iv). A pesar de las restricciones presupuestarias del gobierno, los hospitales han logrado mantener la cantidad y calidad de sus servicios.

— Los mecanismos de exención que garantizaban el acceso a los servicios de salud para aquellos que no podían pagar, aparentemente permitieron que muchos que sí podían hacerlo, rehuyeran el pago. Por ejemplo, entre el 25 y 60 por ciento de los hospitalizados en el Hospital Nacional no fueron eximidos formalmente y no pagaron. Se calculó que si aquellos que podían haber pagado lo hubieran hecho, los ingresos por aranceles se habrían duplicado.

— Los aranceles cobrados por consultas en los principales centros de salud pública generaron sustanciales ingresos, los que se destinaron a programas de atención primaria y de supervivencia infantil.

REPÚBLICA DOMINICANA

En República Dominicana se aplicaron aranceles al usuario en admisiones y policlínicas de los hospitales públicos (Bitrán 1989), a pesar del hecho (de acuerdo a Lewis 1987b:5) que el cobro de aranceles por hospitalizaciones en recintos públicos estaba prohibido por el gobierno (la política de cobro por atención ambulatoria era ambigua). El proyecto REACH investigó los aranceles al usuario en diez dependencias del ministerio de salud: nueve hospitales y el Laboratorio Nacional (Lewis 1987b).

— Si bien los aranceles por hospitalizaciones estaban formalmente prohibidos, las 10 dependencias analizadas cobraban honorarios por servicios ambulatorios. Al no existir disposiciones gubernamentales sobre estos aranceles, los cobros fluctuaban considerablemente en las 10 instalaciones. Cada una determinó su propio sistema de recaudación y decidió en forma independiente su inversión.

— A pesar que los cargos por servicios ambulatorios raras veces excedían el 10 por ciento de los precios del sector privado para servicios similares, estos ingresos constituían una fuente importante de los fondos operativos de los hospitales. En los 10 institutos analizados representaban la mayor proporción de recursos para gastos de operación, excluyendo los de personal.

— El uso individual de los ingresos recaudados por concepto de aranceles al usuario incluía con frecuencia adquisiciones de medicamentos, gastos de personal adicional, mantenimiento y otros suministros.

— Se aplicó una comprobación de medios para eximir de los honorarios a pacientes pobres u ofrecer descuentos a aquellos que solo podían pagar parte de los aranceles. Alrededor de la mitad de los pacientes en los hospitales del estudio recibieron atención gratuita o pagaron un mínimo. Las decisiones respecto a conceder exención o descuentos fueron diversas y algunos exigieron, al menos, un pago nominal a todos los pacientes.

— El autor del estudio consideró que República Dominicana debía establecer aranceles al usuario para hospitalizaciones y para atención ambulatoria, porque, entre otras cosas, las admisiones representaban la mayor proporción del presupuesto hospitalario y la estructura arancelaria vigente inducía a los pacientes a buscar trantamiento básico a

152

través de la atención de urgencia o de la admisión, ya que las hospitalizaciones eran gratuitas.

El proyecto FAS/ALC, que analizó la demanda de atención médica en Santo Domingo con datos de una encuesta domiciliaria, aportó nueva información sobre los aranceles al usuario en Santo Domingo (Gómez 1988; Bitrán 1989).

— A pesar de la prohibición gubernamental de cobrar honorarios por hospitalizaciones (Lewis 1987b:10), ciertos hospitalizados y la mayoría de los que procuraban atención ambulatoria, pagaban aranceles en dependencias de salud pública. Durante la época del estudio, alrededor del 10 por ciento de los que recibían atención curativa en esas instalaciones, hospitalización o ambulatoria, pagaba aranceles. Los cobros promediaban US$7.70 por servicios externos y US$90 por admisiones. (En contraste, los precios del subsector privado alcanzaban a US$13 y US$132, respectivamente).

— Entre los pacientes que buscaban atención curativa externa en Santo Domingo se registraba una gran preferencia por médicos privados en todos los niveles de ingresos. Esto revela que aún hasta los más pobres de Santo Domingo estaban dispuestos a pagar por lo que consideraban servicios de salud de mejor calidad.

— Si bien los pacientes de bajos ingresos fueron más sensibles a los precios que los de mayores ingresos, cuando se simuló el impacto de precios más elevados en la utilización de servicios ambulatorios de salud en los subsectores público y privado, los resultados insinuaron que los precios más altos reducirían ligeramente la tasa de utilización, aún entre aquellos de menores ingresos.

— Sin embargo, el aumento de precios afectaría la distribución subsectorial de aquellos en procura de atención. Específicamente, si se aumentaran las tarifas de atención externa de los médicos privados, también se incrementaría la tendencia a lograr atención ambulatoria de médicos públicos y de la seguridad social, salvo en aquellos con mayores ingresos familiares.[6]

JAMAICA

En 1988 el proyecto REACH realizó en Jamaica un tercer estudio sobre aranceles hospitalarios (Lewis 1989). La escala arancelaria vigente estaba obsoleta y todos los ingresos habían sido incorporados al Fondo Consolidado del gobierno. Esta política fue revisada en 1985 para permitir a los hospitales la utilización de la mitad de los ingresos provenientes de

aranceles al usuario. Pero éstos debían ser identificados como "contribuciones" y los hospitales presentar propuestas presupuestarias separadas sobre los usos que se darían a tales contribuciones. Las siguientes son las conclusiones de este tercer estudio:

— si bien los gastos en salud pública declinaron en el período 1983–87, el porcentaje asignado a atención primaria aumentó proporcionalmente y los gastos hospitalarios descrecieron en la misma forma;

— los gastos de personal hospitalario aumentaron en la misma proporción que la declinación de gastos y disminuyó el procentaje de suministros y mantenimiento;

— estas comprobaciones generales ayudaron a explicar la decisión de aumentar los aranceles al usuario y las tasas de recaudación y asignar estos recursos a suministros y mantenimienro;

— los hospitales debían cobrar aranceles equivalentes a los del sector privado, pero se cobró a los pacientes según su posibilidad de pago y de acuerdo a la cobertura de seguros privados;

— los ingresos por aranceles directos han aumentado considerablemente en los últimos tres años, pero el intento de incrementar los ingresos provenientes de las pólizas de seguros de pacientes privados no logró el mismo éxito;

— la proporción de los presupuestos hospitalarios basada en aranceles, que varió entre el 2 y 10 por ciento en 1984, aumentó al 6-27 por ciento en 1987;

— los principales problemas relacionados con las neuvas políticas arancelarias del gobierno para los hospitales fueron "la incapacidad o falta de voluntad de la administración de los hospitales para recaudar aranceles en forma sistemática" (ibod.:25) y la deficiencia de los hospitales públicos en el cobro a las compañías privadas de seguros (ibid.:26).

BELICE

El tema de los aranceles al usuario fue un componente principal del estudio de Belice del proyecto FAS/ALC (Raymond y otros, 1987) y uno de sus objectivos primordiales fue actualizar la obsoleta escala arancelaria del servicio de salud pública.

— Los gastos directos del consumidor en el rubro salud en Belice representaron un gran porcentaje de los gastos totales del sector. Los grupos familiares pagaron directamente la atención médica privada, medicamentos y ciertos servicios proprocionados en hospitales y clínicas públicas.

— Sin embargo, el ministerio de salud generó solo casi el uno por ciento de su presupuesto operativo por recaudación de aranceles en el principal hospital público ya que las tarifas fueron bajas y su recaudación deficiente.

SANTA LUCÍA

Para Sant Lucía, el estudio nacional del proyecto FAS/ALC (Russell y otros, 1988) ofreció dos conclusiones sobre los aranceles al usuario:

— existían escalas arancelarias para servicios de salud pública, pero en la época del estudio, casi un 92,7 por ciento de la población estaba exenta de pago en las dependencias públicas;

— la cantidad ínfima que el Victoria Hospital tenía derecho a cobrar en aranceles al usuario disminuyó por falta de recaudación o porque a menudo el hospital cobraba a aquellos que tenían derecho a un pago inferior al arancel.

PLANES PRIVADOS DE PREPAGO Y RIESGO COMPARTIDO

Los diversos acuerdos agrupados en la categoría de "planes privados de prepago y riesgo compartido" (véase GHAA 1985) poseen tres elementos comunes. Primero, el riesgo de incurrir en gastos de atención de salud se distribuye en un grupo de personas. Segundo, han sido convenidos con antelación: el pago se efectúa antes de generar gasto alguno. Tercero, el pago es independiente de la cantidad real de servicios utilizados por cualquier afiliado; está incluido en los costos estimados de utilización de los servicios por todo el grupo asegurado.

En la última década, diversas formas de este sistema han ampliado sustantivamente su cobertura en varias áreas metropolitanas de ALC (GHAA 1985), si bien su magnitud general permanece más bien restringida. En pueblos y áreas rurales, el seguro de reembolso por terceros, cuando existe, sólo incluye una mínima parte de la población. Estudios recientes sobre este sistema en Perú, Bolivia y Guatamela han sido incorporados en el proyecto FAS/ALC. Además, la USAID ha auspiciado estudios sobre la factibilidad de tales sistemas en República Dominicana, Ecuador y Jamaica.

PERÚ

El estudio de Perú (Solari y otros, 1987) investigó el potencial de desarrollo de este sistema en Lima/Callao, donde existían varios de estos

planes y cubrían alrededor del ocho por ciento de la población metropolitana.

— Los acuerdos privados de prepago y riesgo compartido al momento del estudio, correspondían a cuatro categorías básicas. La primera, con el 45 por ciento de la cobertura total, consistía en pólizas de seguros de salud ofrecidas por compañías aseguradoras de carácter general y vendidas directamente o a través de agentes a familias o a grupos de empleados. La segunda, fondo de salud de empleados, se relacionaba principalmente con empresas grandes; la mayoría de estos fondos actuaban como mecanismos administrativos, recaudando y administrando las contribuciones de empleados y empleadores. Los fondos eran administrados directamente por la empresa o por un gerente externo al que se pagaban honorarios. La tercera categoría, en la que el agente actuaba como coasegurador, el administrador de un plan de salud asumía parte del riesgo del grupo asegurado hasta por el total de las contribuciones al fondo. Si las reclamaciones totales excedían esa cantidad, el fondo recolectaba la cantidad necesaria para pagar la deuda, pero si eran inferiores a los ingresos en un período determinado, el agente retenía esa diferencia por concepto de utilidades. La segunda y tercera categoría representaban el otro 45 por ciento de la cobertura general. Finalmente, Lima tenía cuatro planes de OPPDSS, auspiciados por hospitales privados. Estos constituían el restante 10 por ciento de la cobertura con pago anticipado.

— La mayoría de los que tenían seguros privados también estaban cubiertos por la seguridad social, por lo que existía un doble pago de atención de salud. Se inclinaban por los servicios de salud privados o los utilizaban para complementar los beneficios de la seguridad social.

— La demanda potencial de seguros de salud privados en Lima/Callao era sustancial, especialmente si tales seguros disminuían sus precios y los servicios de salud pública y de la seguridad social no mejoraban en calidad y eficacia.

— Entre los factores que tendían a obstaculizar el desarrollo de sistemas privados de prepago se mencionaban la carencia general de aptitudes gerenciales, la negativa de los médicos a negociar honorarios y las elevadas contribuciones obligatorias al sistema de seguridad social, que aumentaban el costo de la cobertura privada adicional.

BOLIVIA

Al momento del estudio en Bolivia (Rosenthal y otros, 1988), PROSALUD intentaba lograr su autofinanciamiento recurriendo a una combinación de aranceles al usuario y planes de prepago.

156

— Las diferencias observadas en el potencial de autofinanciamiento en el sistema de PROSALUD se debían en gran parte al impacto, en los costos e ingresos, de los bajos precios que se cobraban en el plan de prepago.

— Cuando PROSALUD inició la eliminación paulatina de este plan al no renovar los contratos, la mayoría de los pacientes en este esquema continuaron utilizando las instalaciones de PROSALUD mediante comisión por servicios y sus dependencias lograron viabilidad financiera.

ECUADOR

En 1985 la USAID auspició un estudio para desarrollar una estrategia del sector privado (y lograr el autofinanciamiento) para mejorar la atención de salud primaria en áreas rurales y urbanas de bajos ingresos que eran atendidas por el ministerio de salud y por los programas de seguridad social rurales y urbanos (TRITON 1985).

— Al momento del estudio, alrededor del 50 por ciento de la población rural del Ecuador carecía de acceso a los servicios básicos de salud.

— Los servicios del ministerio de salud se consideraban poco efectivos e insensibles a las necesidades de la población.

— El informe propuso la puesta en marcha de dos proyectos pilotos, ambos centros de salud comunitarios (uno rural y el otro urbano); cada uno con su propio personal y singularizados por un énfasis en actividades de educación y promoción de la salud, visitas domiciliarias y atención ambulatoria.

— El estudio propuso que ambos esfuerzos se financiaran por una combinación de acuerdos de prepago y copago, con mayor consideración al primero. Los proyectos debían haber comenzado en septiembre de 1985, pero no se han publicado sus resultados.

REPUBLICA DOMINICANA

Un reciente estudio auspiciado por la USAID evaluó la factibilidad de establecer en este país una OPPDSS como empresa comercial (ALICO 1987).

— A la fecha del estudio, ya existían en el país prácticas de grupo denominadas *igualas médicas*. Ofrecían servicios de salud prepagados y cubrían principalmente a obreros de bajos y medianos ingresos.

— Estas prácticas, comparables con los OPPDSS, representaban el 75 por ciento de la cobertura total de salud.

157

— Si bien parecía existir un mercado conveniente para un plan de prepago ascendente, los autores del estudio estimaron que el nivel de inscripción y de las pólizas necesarias para dicho plan eran insuficientes para una empresa comercial viable (de acuerdo a los criterios de los potenciales inversionistas internacionales).

JAMAICA

La USAID también auspició un estudio exploratorio de estrategias alternativas para la privatización del sector de salud de Jamaica, a la luz de la percepción de los problemas de calidad y de la eficacia en función de los costos en el sector público y privado de la salud (Rice, Ramey y McGriff n.d.).

— Se propusieron diversas fórmulas de asociación pública/privada, tres de las cuales incluían cierta forma de prepago de atención de salud: un nuevo Plan Nacional de Seguros, que sería administrado por una entidad privada; una "opción de comprobantes", en la que los jamaiquinos podrían utilizar su porcentaje per capita de los gastos ordinarios de salud para afiliarse a un plan de salud del sector privado o público; y un fondo fiduciario para subsidiar una OPPDSS "sólo para los pobres" (ibid.:36).

En 1985 el proyecto HOPE presentó un análisis preliminar de opciones de financiamiento al Comité de Jamaica sobre Métodos Alternativos de Financiamiento de Servicios de Salud (Garrison y Wilensky 1985).

— El estudio propuso un plan en el cual los empleados aportarían un porcentaje de sus ingresos a un Fondo de Seguro de Salud y adquirirían un conjunto de servicios de salud de proveedores (no se decidió si serían públicos o privados), el que facturaría al Fondo de acuerdo a una escala arancelaria fijada por el gobierno. Los pacientes pagarían la diferencia, de su propio peculio o mediante seguro privado, entre la cantidad permitida por la escala arancelaria y el costo real de los servicios. La atención de salud para indigentes sería pagada por el Fondo Consolidado.[7]

La USAID también estudió la posibilidad de establecer una organización parecida a las OPPDSS en la Parroquia de Trelawny (Zukin y Weinberg 1986). Pero la población carecía de recursos para mantener una OPPDSS y se recomendó la selección de una Parroquia diferente, o que Trelawny se asociara con otra para llevar a cabo esta iniciativa.[8]

158

GUATEMALA

El estudio de Guatemala (Gwynne 1988) informó que en esa época ya existían en la costa meridional del país diversos planes de prepago y riesgo compartido.

— Los investigadores estimaron que la mejor manera de proporcionar cobertura de prepago al mayor número de obreros de la industria agrícola de exportación (y sus dependientes) era a través de las organizaciones agrícolas existentes, como la asociación de cafetaleros.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

CONTEXTO

La crisis económica que afectó la mayoría de los países de ALC en la última década redujo el gasto de salud pública en términos absolutos y como porcentaje del PIB. El deterioro de la atención de salud pública ha sido aún mayor. Si bien los ingresos tributarios generales continúan siendo la principal fuente de apoyo a la salud, representando desde el 30 al 80 por ciento del financiamiento total de sector salud en los 10 países reseñados en este estudio, estas naciones están otorgando mayor importancia al financiamiento alternativo de la seguridad social y del sector privado.

Aparentemente, la crisis económica ha estimulado el gasto de atención privada de la salud, que parece haber aumentado en proporción al financiamiento total del sector salud. El Banco Mundial y la AID, principales fuentes internacionales de apoyo al desarrollo del sector salud, han alentado la tendencia general hacia la diversificación del financiamiento de este sector. Estos organismos han exhortado a las autoridades de salud pública a reasignar los recursos hospitalarios a la atención primaria y preventiva y buscar fuentes alternativas de financiamiento.

COSTOS

Los estudios de costos a nivel de atención primaria han comprobado que los costos totales anuales de otros centros de salud comparables, así como los costos unitarios de los servicios que prestan, registran una gran fluctuación, en y entre los diversos subsectores (esto es, público, seguridad social y privado). Estas variaciones se explican no sólo por las diferencias en la utilización eficiente de los recursos de los centros, sino también por la variedad, cantidad y calidad de los servicios que prestan.

A nivel hospitalario los estudios de costos determinaron que las dependencias principales constituyen una proporción mayor del costo total

de los servicios públicos de lo que revelan las cuentas de gastos estándares. La identificación de los costos totalmente contabilizados, así como los unitarios de departamentos individuales y los servicios que prestan, fundamentan las decisiones políticas y administrativas de contenimiento y recuperación de costos, mejoramiento de la calidad y asignación equitativa de recursos.

DEMANDA

Los estudios de la demanda de atención de salud revelan que los grupos familiares—y los empleadores a nombre de sus empleados—representan entre el 20 y el 40 por ciento de los gastos totales del sector salud en los 10 países de ALC aquí reseñados. Estos gastos incluyen pagos directos por atención pública y privada, compra de medicamentos y pago de cobertura de planes de prepago privados. A modo de ejemplo, los médicos privados proporcionaron más de un tercio de toda la atención primaria en Lima y más de la mitad en Santo Domingo.

Las simulaciones basadas en encuestas domiciliarias sugieren que si se introdujeran o aumentaran los cobros al usuario de atención ambulatoria en los hospitales públicos, razonables y con exenciones para los pobres, la utilización general de los servicios de salud no declinaría sustancialmente, pero muchos usuarios de los servicios de salud pública se inclinarían por proveedores privados, cuyos servicios consideran de mejor calidad y/o más accesibles que los públicos. La demanda de *hospitalizaciones* favorece las instalaciones públicas, porque la oferta es mayor que en los hospitales privados y porque los cobros de la hospitalización privada no están al alcance de la mayoría de los grupos familiares. Los estudios de demanda también muestran que aún las unidades familiares de más bajos ingresos efectúan ciertos pagos de atención de salud (especialmente medicamentos), pero gran parte del costo de la atención que necesitan priviene de proveedores financiados públicamente o que reciben el apoyo de instituciones de beneficiencia.

FINANCIAMIENTO ALTERNATIVO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Las conclusiones de las investigaciones destacan el papel importante que desempeña la seguridad social en el financiamiento de la atención médica, especialmente en América Latina. En los siete países latinoamericanos aquí reseñados, la atención médica de la seguridad social representa del 10 al 30 por ciento del total de los gastos del sector de salud pública;

161

en los tres países caribeños alcanza al 10 por ciento (Belice y Santa Lucía) y 0 por ciento (en Jamaica).

La seguridad social cubre, principalmente, a obreros urbanos de medianos ingresos y a sus dependientes, si bien un programa rural en Ecuador demuestra que la cobertura puede ser ampliada a las comunidades campesinas. Por lo general, el costo de la atención médica de la seguridad social es mayor que el costo de los servicios de salud públicos y privados sin embargo, la mayoría de los beneficiarios consideran que su calidad se ha deteriorado en años recientes.

Los estudios sobre sistemas privados de prepago revelan que estas alternativas aún se encuentran en sus etapas inciales, aunque en algunas áreas ya constituyen un componente importante del financiamiento total del sector salud. Esta alternativa incluye planes de seguros (pólizas indididuales y de grupos), así como planes administrados por el empleador—comunidad y proveedor. Lima y Santo Domingo, donde estos planes representan el 10 por ciento de la cobertura total, son los ejemplos principales de su potencial para cobertura en áreas urbanas extensas. En varias ciudades más pequeñas y en áreas de producción agrícola para la exportación, los empleadores (u organizaciones de empleadores) y las comunidades (o cooperativas) ofrecen atención externa financiada por planes de prepago o aranceles al usuario. Algunos de estos planes demuestran el potencial para la ampliación de la atención ambulatoria, aunque por lo general no proporcionan hospitalizaciones (salvo partos normales).

RECOMENDACIONES

APOYO A LA SALUD PUBLICA

Puesto que los países de ALC proporcionan atención de salud a los segmentos de bajos y medianos ingresos de la población a través de programas públicos financiados por los ingresos impositivos generales, el apoyo internacional para el desarrollo de la salud debe continuar concentrándose en el fortalecimiento de esos programas. Se recomiendan las siguientes acciones financieras:

— los gastos de personal en los servicios de salud pública deben limitarse proporcionalmente al presupuesto operativo global (ministerio de salud) y al nivel de centros, de modo que permitan porcentajes adecuados para otros rubros de funcionamiento (por ejemplo, suministros, mantenimiento, etc.) a fin de mantener la calidad de la atención en el

162

marco de las inevitables restricciones presupuestarias; los temas de control de costos, especialmente en personal y otros rubros de operación (por ejemplo, equipos y suministros importados) deben ser abordados al adecuado nivel de poder y responsabilidad;

— la contención de costos es más compleja en los hospitales que en las instalaciones de salud primaria y la magnitud de los recursos envueltos es mayor. En una etapa inicial, los hospitales deben constituir el objetivo principal de nuevas medidas de contención de costos. En especial, la contención del costo hospitalario requiere una nueva evaluación de las responsabilidades funcionales (por ejemplo, reducción del volumen de servicios externos) y de las tecnologías apropiadas para la atención;

— dado que es poco realista (y no necesariamente aconsejable) limitar el acceso a las hospitalizaciones en los recintos de salud pública a grupos poblacionales prioritarios, estos centros deben cobrar aranceles razonables a los usuarios, sujetos a comprobación de medios, y facturar a los pacientes que poseen planes privados de prepago. La mayor parte de los ingresos recaudados deben ser retenidos y administrados directamente por los hospitales y los centros de salud como un incentivo para mejorar la calidad de los servicios que proporcionan;

— el aumento de la recuperación de costos, particularmente en los hospitales, requiere que los compromisos políticos para la atención de salud "gratuita" se interpreten referidos a los que realmente no pueden pagar. Considerando que hasta los grupos familiares relativamente afluentes necesitan protección contra el riesgo de incurrir en obligaciones de pago "catastróficas", los aranceles al usuario deben fomentar la obtención de seguros de salud (o incorporación a planes de prepago) que los ayuden a solventar los gastos hospitalarios;

— los servicios hospitalarios deben estar sujetos a "precios de costos plenos". Esto no significa que los pacientes—incluyendo los relativamente afluentes—deban pagar el costo total de los servicios que reciban; los precios de costos plenos constituyen la base para determinar el porcentaje que debe financiarse por cargo a los usuarios (según comprobación de medios), por los beneficios de seguridad social de los pacientes, por los seguros privados de salud u otros planes de prepago, por los ingresos impositivos generales y por otras fuentes (por ejemplo, donaciones de beneficiencia nacionales e internacionales, asistencia internacional para el deserrollo de la salud, etc). Los precios de costos plenos también deben servir de base para la contención de costos, como limitación de los servicios de costos elevados sólo a quienes se considere esencial y refiriendo a los centros de salud aquellos pacientes que procuran servicio ambulatorio regular.

162

— las exenciones de aranceles al usuario, en hospitales e instalaciones primarias, requieren comprobación de medios y revisión periódica de los criterios y procedimientos aplicables; deben emitirse tarjetas de identificación de salud que indiquen esta condición del paciente y/o del beneficiario (seguridad social, seguro privado de salud, etc.) y que puedan utilizarse para registrar la información médica individual;

— las autoridades de salud pública, con la asistencia internacional para el desarrollo de salud, deben diseñar esfuerzos sistemáticos para promover estrategias de contención y recuperación de costos que incluyan coordinación de la recaudación de ingresos, registro de información médica y procedimientos de contabilidad de costos; adiestramiento de administradores y personal médico en el uso de esta información; y desarrollo de modelos jurídicos e institucionales que alienten la autonomía administrativa y el control de calidad;

— los costos de servicios similares deben compararse entre las diversas instalaciones para verificar sus variaciones y sus causas; la contención de costos debe involucrar la distribución adecuada de responsabilidades y las asignaciones de recursos correspondientes entre los distintos niveles de atención y tipos de instalaciones;

— los profesionales de salud pública, desde aquellos designados por las autoridades superiores y los administradores y personal de cada centro, deben ser capacitados en medidas de contención de costos que aumenten la productividad y la utilización de los recursos de acuerdo con los estándares que se consideren adecuados para niveles y entornos específicos de la prestación de salud pública; deben emplearse incentivos apropiados para alentar y recompensar los logros de contención de costos que aumenten la productividad;

— caulquier decisión para introducir (o aumentar) aranceles al usuario en recintos de salud pública debe ser precedida por una proyección realista de los ingresos que serán recaudados y por un cálculo, igualmente realista, de los costos de la recaudación. Los ingresos netos deben ser de una magnitud suficiente para financiar las mejoras necesarias para incrementar la calidad general de la atención y la igualdad del acceso (esto es, su efectividad);

— si se determina que un centro es apropiado para recuperación de costos, el nivel de su financiamiento por ingresos impositivos generales (y también por los ingresos de la seguridad social) debe ser (con ciertas limitaciones) condicional a la generación de ingresos por distribución del costo;

164

— las evidencias de insatisfacción del usuario (por encuestas domiciliarias) y subutilización de instalaciones (por registros institucionales), muestran que las reducciones en el financiamiento han resultado en servicios de salud pública menos efectivos en función de los costos; las mejoras *cualitativas* de los servicios de salud pública, reflejadas en la mayoría de estas recomendaciones, son esenciales para aumentar la efectividad en función de los costos en la prestación de servicios y en la extensión de la cobertura de salud pública.

APOYO A LA SEGURIDAD SOCIAL

Los costos elevados y la cobertura mínima de la atención médica de la seguridad social motivaron que en el pasado el Banco Mundial y la AID se abstuvieran de proporcionarle asistencia para el desarrollo de salud, situación que ahora está siendo revisada. Es sustancial el potencial para aumentar la efectividad en función de los costos de la atención médica de la seguridad social. Entre las recomendaciones específicas, se encuentran las siguientes:

— Conceder asistencia técnica a aquellos programas que ya decidieron extender cobertura total a los dependientes de los obreros asegurados. La aplicación de esta decisión exigirá cambios importantes en las estructuras de costos de estos programas, como la reducción de servicios concentrados en hospitales en favor de centros de atención externa ampliados y el aumento de la productividad de los recursos de personal, relativamente onerosos.

— No se recomienda el aumento de impuestos a las remuneraciones para incrementar los ingresos de la seguridad social, ya que (junto con otros beneficios) estos tributos representan una carga pesada para empleadores y obreros. En su lugar debe mejorarse la recaudación de los impuestos a la renta, si bien ello involucra perfeccionar simultáneamente la calidad y accesibilidad de los servicios médicos a los que tienen derecho los obreros asegurados.

— Aquellos gobiernos que en su calidad de empleadores se encuentran en mora de sus contribuciones obligatorias a la seguridad social, no deben esperar que los empleados públicos reciban atención médica bajo la seguridad social a menos que concreten las transferencias de ingresos a que estrán obligados; el no hacerlo representa un implícito impuesto adicional a empleadores y empleados privados que sí contribuyen a esos programas.

— Es posible la ampliación de la cobertura a grupos poblacionales con menores ingresos promedios a los que actualmente están cubiertos; pero

165

si se considera que los programas de la seguridad social no pretenden redistribuir el ingreso (o los beneficios), el costo marginal de la cobertura para grupos nuevos debe ser inferior al costo promedio de la atención a los beneficiarios actuales. Esta meta puede lograrse mediante el financiamiento de la ampliación de la atención primaria de la salud a través de un plan de prepago para los nuevos asegurados, en tanto que su atención hospitalaria puede financiarse por subsidios internos múltiples e incluso por los ingresos impositivos generales.

— Los centros de atención primaria financiados por programas de seguridad social deben proporcionar los mismos servicios preventivos que ofrecen los centros de salud pública. Si bien esto puede aumentar el costo total de los centros (dependiendo de la combinación y volumen total de la atención), la mayor variedad de los servicios ofrecidos podría disminuir el promedio de los costos unitarios y así posibilitar una mayor ampliación de la cobertura.

— Los sistemas de información (esto es, gastos, utilización y contabilidad de costos) de los programas de atención médica de seguridad social son tan deficientes como los de los servicios de salud pública y requieren de mejoras similares. Aún más, los sistemas de información de la salud pública y de la seguridad social debieran ser compatibles a fin de comparar los costos unitarios de servicios similares entre los respectivos subsectores y entre ambos sistemas.

— Si bien se recomienda y ya se practica en escala reducida la recuperación de costos por medio de aranceles al usuario en los centros de salud pública, no ocurre lo mismo en los programas de atención médica financiados por la seguridad social. Estos programas, al igual que en el seguro de salud privado otros planes de prepago, podrían exigir copago (como restricción contra la utilización innecesaria o como recuperación de costos *per se*). El copago puede ser más aceptable a empleadores y empleados que el aumento del impuesto a la renta.

— Puesto que la mayoría de los beneficiarios de la seguridad social ya dispone de seguros privados complementarios u otros planes de prepago, debiera examinarse la posibilidad de confinanciar la atención médica de la seguridad social con fórmulas privadas de riesgo compartido (nuevamente, como opción al aumento de gravámenes impositivos a la seguridad social).

— Como alternativa a la provisión de atención médica directa para la mayoría de sus beneficiarios (que es el caso de los países lationamericanos aquí reseñados), los programas de la seguridad social debieran contemplar fórmulas de beneficios médicos a través de proveedores públicos y/o privados mediante capitación o reembolso. Esta opción ya

está disponible, en forma limitada, en algunos de estos países y puede ser especialmente apropiada para la ampliación de la cobertura a grupos de bajos ingresos de áreas urbanas y a los trabajadores y sus dependientes de las zonas agrícolas dedicadas a la exportación.

— En los países del Caribe el uso de los ingresos de la seguridad social se encuentra limitado, por el momento, a transferencias de pago mal definadas a los servicios de salud pública. No es aconsejable que los programas de la seguridad social del Caribe desarrollen sus propias instalaciones de atención médica, sino que debieran inclinarse por acuerdos adecuados con proveedores públicos o privados. Esta alternativa requiere disponer de costos unitarios promedios como base para determinar la cuantía de la contribución de la seguridad social para la cobertura de sus beneficiarios.

APOYO AL SECTOR PRIVADO

Los aranceles al usuario, mencionados con frecuencia en este estudio, además de los impuestos generales y los gravámes a la seguridad social, son una de las tres fuentes principales de financiamiento de la salud en los diez países aquí reseñados. Muchos grupos familiares pagan directamente por atención privada y adquieren medicamentos en farmacias privadas; esta situación afecta negativamente los escasos recursos de los pobres. Por esta razón y considerando la preferencia de estos países por atención de salud financiada por el estado, todas las partes involucradas debieran reconocer la proporción substancial del financiamiento total de la atención de salud que se origina en estos pagos directos de los grupos familiares.

— El peso de los pagos directos de los grupos familiares de bajos ingresos no debe ser agravado por la imposición de aranceles al usuario en los servicios de salud pública. Esta posición ya ha sido aceptada, como lo evidencian las exenciones a los indigentes. Entre uno y dos tercios de ls población de los diez países estudiados debiera considerarse exenta, salvo cobros nominales necesarios para controlar e incluso estimular la utilización de servicios primarios de salud (esta última meta para el caso que la población objetivo considere de baja calidad la atención gratuita).

— Es evidente la demanda potencial para planes privados de prepago y riesgo compartido entre el tercio y los dos tercios de la población que no califica para las exenciones de aranceles al usuario. Debe promoverse el desarrollo de tales planes.

167

— Esta recomendación, de fomentar el desarrollo de planes privados de prepago y riesgo compartido, se basa en la presunción que la demanda de tal cobertura refleja una preferencia real por la atención privada y no una reacción frente a la mala calidad de la atención proporcionada por los programas de salud pública de seguridad social. También es preciso determinar si el desarrollo de estas alternativas del sector privado requiere el apoyo de organismos públicos e internacionales o sólo de normas reglamentarias.

— Las alternativas de financiamiento privado para la atención de salud, si bien pueden ser importantes como acuerdos de riesgo compartido, encierran el peligro de estimular una demanda innecesaria de atención de salud y costos elevados de operación, especialmente si su composición es relativamente pequeña. En estas circunstancias estos planes deben exigir algún tipo de copago para el control de la utilización y ayudar a prevenir—más que a contribuir—a una provisión innecesariamente costosa de la atención de salud.

— Existen evidencias que los servicios privados de salud pueden lograr la autosuficiencia financiera a nivel primario de la atención, pero su éxito también refleja el fracaso de los sistemas de salud pública para proporcionar la cobertura necesaria para la población de bajos ingresos. Si se pretende establecer servicios privados autofinanciados en nuevas localidades, las presunciones implícitas que favorecen aranceles al usuario (o incluso prepago) por parte de grupos familiares de bajos ingresos deben revisarse desde una perspectiva de equidad.

— Los estudios de demanda familiar revelan una excesiva utilización múltiple de los servicios de salud entre los subsectores, independiente de la situación del beneficiario. Este sugiere que los sistemas de salud están desorganizados y que los recursos son utilizados en forma deficiente. Debieran analizarse en forma más sistemática las razones aparentes de las preferencias por la atención privada y las causas de la excesiva utilización múltiple de los servicios.

— No hay evidencias en las investigaciones aquí reseñadas que las alternativas del sector privado sean necesariamente más efectivas en función de los costos o preferidas inequívocamente por los grupos familiares; estos buscan la mejor atención que pueden pagar y decididamente se inclinan por profesionales médicos y no personal paramédico. Las conclusiones de estas encuestas domiciliarias insinúan un cambio en el énfasis de las políticas de salud, de alternativas de "bajo costo" a "elevada productividad" en la atención primaria de salud.

— Finalmente, la distinción entre bienes públicos/privados, aplicada a la atención preventiva/curativa, utilizada por el Banco Mundial en su

"agenda para el cambio" para el financiamiento de la salud, no logró un apoyo sólido en la investigación aquí reseñada. Por lo general se acepta como responsabilidad del sector público la atención curativa para el indigentes y las autoridades de salud consideran la atención curativa y preventiva como interactivas y de apoyo mutuo. Las políticas que favorecen el financiamiento privado de la atención curativa serían más convincentes, especialmente en los países ALC incluidos en este estudio, si se sustentaran en los ingresos de los grupos familiares en lugar de consideraciones de costo/beneficios y si tomaran en cuenta el hecho que los grupos familiares y los empleadores privados ya contribuyen en forma sustancial a través de aranceles al usuario, planes de prepago y aportes a la seguridad social.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de los diversos colegas que participaron en el proyecto FAS/ALC, incluyendo los 17 autores y editores de los informes de investigación, los 10 consultores internacionales y más de 30 profesionales en los países anfitriones. De igual forma reconocemos la valiosa cooperación de diversas instituciones consultoras, incluyendo Group Health Association of America e International Resources Group Ltd., ambas de Washington D.C.; Abt Associates, Inc., de Cambridge, MA; PROSALUD de Santa Cruz, Bolivia; SAYTEC (Salud y Tecnología) de Quito, Ecuador; e IEPD (Instituto de Estudios de Población y Desarrollo) de Santo Domingo, República Dominicana. El informe preliminar sobre el que se basó este documento fue revisado en la reunión final de FAS/ALC por representantes de los países de América Latina y el Caribe, de la AID, de empresas consultoras y organizaciones donantes, expertos y miembros del comité asesor del proyecto. También deseamos destacar las valiosas contribuciones de Luis Carlos Gómez, experto en salud; de los directores de proyecto de la AID, Kate Jones-Patron (1985–1987) y Patricia Moser (1988-1989) y de los dos investigadores adjuntos, Chandra Shrestha y Héctor Zamalloa. Un comité asesor, integrado por Judith Cahill, William McGreevey, Philip Musgrove, Philip Palmedo, Allan Randlov, Gerald Rosenthal, George Strumpf y Theodore Weinberg, proporcionó una muy útil orientación en los cuatros años del proyecto FAS/ALC.

NOTAS

1. Este procedimiento se ilustra pormenorizadamente en Raymond y otros, 1987, Cuadro A.12, y Russel y otros, 1988, Cuadros B.4 y B.5.
2. Más adelante se enumeran las variables específicas que fueron seleccionadas en definitiva para el modelo de demanda.
3. Nótese que esta medida de resultado difiere de la empleada para el análisis de costos del estudio de costos de FAS/LAC en Ecuador, que fue "servicios finales."
4. Aparentemente no se determinó el porcentaje de la población encuestada que percibió enfermedades.
5. La exactitud de esta conclusión fue cuestionada por los participantes en la reunión final de FAS/LAC en junio de 1989.
6. El equipo del proyecto FAS/ALC no pudo calcular los efectos de los precios en la elección del subsector para los casos de hospitalizaciones por falta de datos.
7. Los participantes en la reunión final del proyecto FAS/ALC, junio de 1989, informaron que el Fondo no se había establecido por las restricciones a la imposición de nuevos gravámenes.
8. Los participantes en la reunión final del proyecto FAS/ALC, junio de 1989, informaron que se había establecido en 1986 una OPPDSS en Jamaica, ofreciendo planes de salud prepagados al tipo de "proveedor privilegiado" a empresas con cinco o más empleados (véase Lewis 1988b:58).

170

GLOSARIO DE SIGLAS

AID (AID/W) Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, con sede en Washington D.C. (véase también USAID)

ALC América Latina y el Caribe

AMI Atención maternoinfantil

ANSESA-PERU Análisis del Sector de Salud de Perú, un estudio sectorial que realizó entre 1985 y 1988 SUNY/SB con financiamiento de USAID.

APS Atención primaria de salud

BID Banco Interamericano de Desarrollo

BZ $ Dólar beliceño

CARICOM Comunidad del Caribe, la organización del mercado común del Caribe

CEPSC Compuesto estadístico para ciencias sociales, un programa de computación

CPS Comisión por servicios

DME Duración media de la estadía (en el hospital)

EC $ Dólar del Caribe Oriental

ENNSA Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Perú, 1984

FAS/ALC Financiamiento de la Atención de Salud en América Latina y el Caribe, un proyecto financiado principalmente por AID/W, cuya ejecución estuvo a cargo de SUNY/SB

FIDES Fundación Integral de Desarrollo, una organización boliviana de fomento

GDR Grupos de Diagnósticos Relacionados, categorías de tratamientos utilizadas para el cálculo de los costos hospitalarios

GHA Group Health Association, Inc., una OPPDSS de Washington, D.C.

HIPGNY Health Insurance Plan (plan de seguro de salud) of Greater New York

IDSS Instituto Dominicano de Seguridad Social

IEPD Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, República Dominicana

IGSS Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

IPSS Instituto Peruano de Seguridad Social

JSI John Snow, Inc., organización de consultoría, en Arlington, Virginia

MS Ministerio de Salud

MSCI Medical Services Corporation International, organización de consultoría, en Arlington, Virginia

MSH Management Sciences for Health, organización de consultoría, sin fines de lucro, de Boston, Massachusetts

MSP Ministerio de Salud Pública

NIS National Insurance Scheme, el Sistema Nacional de Seguros de Santa Lucía

OECS Organization of Eastern Caribbean States, la Organización de los Estados del Caribe Oriental

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organismos no gubernamentales

OPPDSS Organización de Prepago y Prestación Directa de Servicios de Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

OVP Organización voluntaria privada

PEA Protocolo de Evaluación de Adecuación, un instrumento objetivo para determinar la adecuación del uso de los hospitales

PIB Producto Interno Bruto

PMD País menos desarrollado

PREMI Programa para la Reducción de las Enfermedades Maternoinfantiles, del Ministerio de Salud de Ecuador, apoyado por USAID

PRICOR Primary Health Care Operations Research, Investigación de Operaciones de Atención Primaria de Salud, proyecto financiado principalmente por AID/W, cuya ejecución está a cargo de URC

PRITECH Technologies for Primary Health Care, Técnicas de Aten-

ción Primaria de Salud, proyecto financiado principalmente por AID/W, cuya ejecución está a cargo de MHS

PROSALUD Protección a la Salud, organización privada de atención de salud, sin fines de lucro, patrocinada por AID, del Departamento de Santa Cruz, Bolivia

PUJ Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

REACH Resources for Child Health, Recursos para la Salud Infantil, un proyecto de investigación financiado principalmente por AID, cuya ejecución está a cargo de JSI

SAYTEC Empresa particular de consultoría, Quito, Ecuador

SEGEPLAN Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, Guatemala

SESPAS Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana

SIAE Sistema Integrado de Análisis de Encuestas, un programa de computación

SPT/2000 Salud para Todos en el Año 2000, la Declaración de Alma Alta patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF

SS Seguridad Social

SSB Social Security Board, Belice

SSC Seguro Social Campesino, Ecuador

SUNY State University of New York

SUNY/SB State University of New York, recinto de Stony Brook

URC University Research Corporation, organización de investigación en Chevy Chase, Maryland

USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; esta sigla se refiere generalmente a las misiones de la Agencia en los países en desarrollo

BIBLIOGRAFIA DE FUENTES SELECCIONADAS

CODIGO

(G) = Pautas y reseñas
(P) = Estudios de sistemas y políticas de salud
(C) = Estudios de costos
(D) = Estudios de demanda
(A) = Estudios de financiamiento alternativo de salud
• = Investigaciones cuyas conclusiones se sintetizan en los Capítulos IV–VI.

AID (United States Agency for International Development) (P)
1986a (December). *AID Policy Paper: Health Assistance* (revised). Washington, DC: AID.

1986b (July). *Health Financing Guidelines.* Washington, DC: AID. (P)

Akin, John S., D. K. Guilkey, C. C. Griffin, and B. M. Popkin (G)
1985. *The Demand for Primary Health Services in the Third World.* Totowa, NJ: Rowman and Allanheld.

ALICO (American Life Insurance Company) •(A)
1987 (September). *ALICO Dominican Republic Feasibility Study.* Santo Domingo, Dominican Republic: ALICO.

Birch and Davis Associates, Inc. (P)
1986. *Report for the 1986 Workshop* (report of AID/LAC/DR Health Officers' Workshop). Silver Spring, MD: Birch and Davis Associates, Inc.

Bitrán, Ricardo A. (G)
1988 (February). *Health Care Demand Studies in Developing Countries: A Critical Review and Agenda for Research* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc.

1989 (March). *Household Demand for Medical Care in Santo Domingo, Dominican Republic* (HCF/LAC Research Report No. 9). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC. •(D)

Brenzel, Logan E. (G)
1987 (March). *Planning the Financing of Primary Health Care: Assessing Alternative Methods* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc.

Cleland, Catherine (A)
1984 (Oct.). *Possibilities for HMO-Type Organizations in Less Developed Countries* (unpubl. ms.). Washington, DC: Office of Health Maintenance Organizations, Health Resources and Services Administration, Department of Health and Human Services.

Colon, Dominique, A. Fairbank, J. Norris, and S. Raymond (P)
1989 (January). *Health and Development in Belize: A Sector Assessment* (report prepared for the PRITECH project). Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Cumper, George (G)
1986 (Spring). *Health Sector Financing: Estimating Health Expenditure in Developing Countries* (EPC Publication No. 9). London: EPC (Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine).

de Ferranti, David (A)
1984. Strategies for Paying for Health Services in Developing Countries. *World Health Statistics Quarterly* 37(4):428–450.

1985. *Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview* (World Bank Staff Working Paper No. 721). Washington, DC: The World Bank. (P)

Evans, John R., K. L. Hall, and J. Warford (P)
1981. Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice. *New England Journal of Medicine* 305(19):1117–1127.

Fiedler, John L. (P)
1986 (July). *An Economic Analysis of Segments of the Public Health Sector of El Salvador* (report prepared for USAID/El Salvador). Silver Spring, MD: Birch and Davis Associates, Inc.

175

Fox, Peter D., and L. Heinen (A)
1987. *Determinants of HMO Success.* Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives.

Garrison, Louis P., Jr., and G. R. Wilensky *(A)
1985 (March). *Alternatives for Financing Health Care in Jamaica: A Preliminary Analysis.* Atlanta, GA: Project HOPE, Center for Health Affairs.

Gertler, Paul, L. Locay, and W. Sanderson *(D)
1987. *Cuotas a los Usarios de los Servicios de Salud: Analisis de Sus Efectos Potentiales en el Peru.* In Musgrove 1987b, *op. cit.*, pp. 635–655.

Gilson, Lucy (P)
1988 (Spring). *Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned? A Discussion Paper* (EPC Publication No. 15). London: EPC (Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine).

Gomez, Luis Carlos *(C)
1987 (ed.). *Costos de los Servicios Basicos de Salud en Ecuador (with English Summary)* (HCF/LAC Research Report No. 4). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

1988. *Household Survey of Health Services Consumption in Santo Domingo, Dominican Republic: Methodology and Preliminary Findings* (HCF/LAC Research Report No. 8). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC. *(D)

Griffin, Charles C. (G)
1988. *User Charges for Health Care in Principle and Practice* (Economic Development Institute Seminar Paper No. 37). Washington, DC: The World Bank.

Griffiths, Adrian, and M. Mills (G)
1983. *Money for Health: A Manual for Surveys in Developing Countries.* Geneva: Sandoz Institute for Health and Socio-Economic Studies.

GHAA (Group Health Association of America, Inc.) (G)
1985. *Managed Prepaid Health Care in Latin America and the Caribbean: A Critical Assessment* (Vols. I–III). Washington, DC: GHAA.

176

Gwynne, Gretchen (ed.) *(A)
1988. *Private Sector Health Care Alternatives for Agricultural Workers on the South Coast of Guatemala* (HCF/LAC Research Report No. 7). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Gwynne, Gretchen, and Dieter K. Zschock *(A)
1989. *Health Care Financing in Latin America and the Caribbean, 1985–89: Findings and Recommendations* (HCF/LAC Research Report No. 10). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Habis, Antoine M. *(A)
1984 (January). *Private Sector Health Assessment, Part I: Bringing Health to Ecuador's Poor through Private Sector Initiatives.* Washington, DC: AID.

Hamilton, Trevor, and M. A. Hinchcliffe *(C)
1988 (February). *Cost-effective Management of Health Services in Belize, Grenada, St. Kitts-Nevis, and St. Lucia.* Kingston, Jamaica: University of the West Indies.

Hoare, Geoff, and A. Mills (G)
1986. *Paying for the Health Sector: A Review and Annotated Bibliography of the Literature on Developing Countries* (EPC Publication No. 12). London: EPC (Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine).

IDB (Interamerican Development Bank) (P)
1988. *Economic and Social Progress in Latin America: 1988 Report.* Washington, DC: IDB.

IDS (Information Data Systems, Inc.) (P)
1989. *Report of the 1989 Workshop* (report prepared for AID/LAC/DR Health Officers' Workshop). Silver Spring, MD: Information Data Systems, Inc.

Jeffers, James R., T. Weinberg, C. Cleland, and A. Bekele (P)
n.d. *Health Sector Resources Management* (report prepared for the Health Sector Resources Management Project, Improved Health Resource Management Component). Bridgetown, Barbados: USAID/RDO/C.

Jimenez, Emmanuel (G)
1987. *Pricing Policy in the Social Sectors: Cost Recovery for Edu-*

cation and Health in Developing Countries. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Lewis, Maureen A. (A)
1983 (April). *The Private Sector and Health Care: The Rationale and Role for Pre-Payment Schemes in LDCs* (unpubl. ms.). Washington, DC: AID (Bureau for Program and Policy Coordination).

1987a. *The AID Experience in Health Care Financing, 1978–1986* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc. (G)

1987b. *The Hospital User Fee Experience in the Dominican Republic* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc. •(A)

1988a (April). *The Private Sector and Health Care Delivery in Developing Countries: Definition, Experience, and Potential* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc. (A)

1988b (November). *Financing Health Care in Jamaica.* Washington, DC: The Urban Institute. (P)

1989. *Government Policy and the Effectiveness of User Charges in Jamaican Hospitals* (report prepared for the Resources for Child Health project). Washington, DC: The Urban Institute. •(A)

Mach, E.P., and B. Abel-Smith (G)
1983. *Planning the Finances of the Health Sector: A Manual for Developing Countries.* Geneva: WHO.

McFarlane, Dennis H. C., and C. McFarlane •(D)
1987 (December). *Appraisal of and Analytical Report on a Survey on New Initiative in Health Finance and Administration* (report prepared by McFarlane Consultants for Statistical Institute of Jamaica). Kingston, Jamaica: McFarlane Consultants.

Mesa-Lago, Carmelo •(A)
1988. *Informe Economico sobre la Extension de la Cobertura Poblacional del Programa de Enfermedad-Maternidad del IPSS* (an HCF/LAC Technical Report). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

178

MSH (Management Sciences for Health) (P)
1984. *Proceedings: Health Officers' Conference. Bureau for Latin America and the Caribbean* (report prepared for AID/LAC/DR/HN). Boston, MA: MSH.

1985. *Final Report on the Study of Financial Alternatives to Support Extension of Basic Health Services in Honduras* (unpubl. draft). Chevy Chase, MD: University Research Corporation. •(A)

Musgrove, Philip (D)
1983. Family Health Care Spending in Latin America. *Journal of Health Economics* 2(3):245–257.

1985 (August). Reflexiones sobre la Demanda por Salud en America Latina. *Curadernos de Economia* 22(66):293–305. (D)

1987a. The Economic Crisis and its Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services* 17(3):411–441. (P)

1987b (December)(ed.). Economia de la Salud (numero especial). *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana* 103:6. (P)

1988 (November)(ed.). *Crisis Economica y Salud: La Experiencia de Cinco Paises Latinoamericanos en los Anos Ochenta* (unpubl. draft doc.). Washington, DC: PAHO. (P)

O'Conner, Patricia, W. E. Bertrand, and A. Bayona (D)
1985 (December). *Primary Health Care Planning: Health Status, Health Services Utilization, and Community Financing—San Julian, Mineros, and Santa Cruz, Bolivia* (unpubl. ms.). Chevy-Chase, MD: University Research Corporation.

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 1985. *Measuring Health Care, 1960–1983: Expenditure, Costs and Performance* (OECD Social Policy Studies No. 2). Paris: OECD. (G)

Overholt, Catherine •(A)
1987 (November). *User Fees in Honduran Hospitals and Health Centers: Policy and Experience* (report prepared for the Resources for Child Health project). Arlington, VA: John Snow, Inc.

PAHO (Pan American Health Organization) (G)
1984. *Policies for the Production and Marketing of Essential Drugs* (Scientific Publication No. 462). Washington, DC: PAHO.

179

Petrera Pavone, Margarita (P)
1987. *Eficacia y Eficiencia de la Seguridad Social en Relacion con el Ciclo Economico: El Caso Peruano.* In Musgrove 1987b (*op. cit.*), pp. 620–634.

PRICOR (Primary Health Care Operations Research) (D)
1987 (March). *Community Financing of Primary Health Care: The PRICOR Experience.* Chevy Chase, MD: University Research Corporation.

Ramirez, Nelson, I. Duarte, and C. Gomez (P)
1986. *Poblacion y Salud en la Republica Dominicana* (Estudio No. 5). Santo Domingo, Dominican Republic: Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo.

Raymond, Susan Ueber, B. Lewis, P. Meissner, and J. Norris •(C)
1987. *Financing and Costs of Health Services in Belize* (HCF/LAC Research Report No. 2). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

REACH (Resources for Child Health Project) (G)
1987. *ANE (Africa/Near East) Bureau Guidance for Costing of Health Service Delivery Projects: Background and Guidance.* Arlington, VA: John Snow, Inc.

1989 (July). *Annotated Compilation of Health Care Financing Activities in the Latin American and Caribbean Region, 1982–1988* (draft). Arlington, VA: John Snow, Inc. (G)

Reynolds, Jack, and K. C. Gaspari (G)
1985 (May). *Cost-Effectiveness Analysis* (PRICOR Monograph Series, Methods Paper No. 2). Chevy Chase, MD: University Research Corporation.

Rice, James A., T. C. Ramey, and L. D. McGriff •(A)
1985. *Privatization Options in Jamaica Health Sector* (an exploratory research study for the Bureau of Private Enterprise, AID). Minneapolis: Health Central International, Inc.

Robertson, Robert L. (G)
1985 (November). *Review of Literature on Costs of Health Services in Developing Countries.* Washington, DC: The World Bank.

Robertson, Robert L., and D. K. Zschock (G)
1979. *Guidelines for Analysis of Health Sector Financing in Developing Countries* (International Health Planning Methods Series,

180

No. 8). Washington, DC: Office of International Health, United States Department of Health, Education and Welfare.

Roemer, Milton I. (P)
1986 (January). The Changeability of Health Care Systems: Latin American Experience. *Medical Care* 24(1):24–29.

Rosenthal, G., A. Arrazola, G. M. Crowley, C. Cuellar, and A. Solari *(A)
1988. *Toward Self-Financing of Primary Health Services: A Market Study of PROSALUD in Santa Cruz, Bolivia (with Epilogue)* (HCF/LAC Research Report No. 6). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Russell, Sharon Stanton, and J. Reynolds (G)
1985 (May). *Operations Research Issues: Community Financing* (PRICOR Monograph Series, Issues Paper 1). Chevy Chase, MD: University Research Corporation.

Russell, Sharon Stanton, and D. K. Zschock (G)
1986. *Health Care Financing in Latin America and the Caribbean: Research Review and Recommendations* (HCF/LAC Research Report No. 1). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Russell, Sharon Stanton, G. Gwynne, and M. Trisolini *(C)
1988. *Health Care Financing in St. Lucia and Costs of Victoria Hospital* (HCF/LAC Research Report No. 5). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Shepard, Donald S., and E. R. Benjamin (A)
1988. User Fees and Health Financing in Developing Countries: Mobilizing Financial Resources for Health. In Bell, David E., and Michael R. Reich (eds.): *Health, Nutrition, and Economic Crises: Approaches to Policy in the Third World*, pp. 401–424. Dover, MA: Auburn House Publishing Co.

Shepard, Donald S., R. L. Robertson, C. S. M. Cameron III, P. Saturno, M. Pollack, J. Manceau, P. Martinez, P. Meissner, and J. Perrone 1989 (March). *Cost-Effectiveness of Routine and Campaign Vaccination Strategies in Ecuador* (unpubl. ms.). Cambridge, MA: Harvard Institute for International Development. *(C)

Solari, Alfredo, J. Castaneda Costa, G. M. Crowley, and J. C. Vera *(A)
1987. *Private Health Care Financing Alternatives in Metropolitan*

181

Lima, Peru (HCF/LAC Research Report No. 3). SUNY/Stony Brook, NY: HCF/LAC.

Stinson, Wayne (G)
1982. *Primary Health Care Issues: Community Financing.* Washington, DC: American Public Health Association.

1985. *Employer-supported Health Care in Developing Countries.* Washington, DC: American Public Health Association. (A)

TRITON •(A)
1985 (July). *A Feasibility Study and Development Plan for a Private Alternative Health Service Delivery Model in Ecuador* (report submitted to USAID/Ecuador). Quito: USAID/Ecuador.

Ugalde, Antonio (A)
1985. The Integration of Health Care Programs into a National Health Service. In Mesa-Lago, Carmelo (ed.): *The Crisis of Social Security and Health Care: Latin American Experiences and Lessons* (Latin American Monograph and Document Series No. 9), pp. 109–142. Pittsburgh: Center for Latin American Studies, University of Pittsburgh.

USAID/Belize and PAHO (P)
1982. *Belize Health Sector Assessment.* Belize City: USAID and PAHO.

USAID/Honduras (P)
1980 (June). *Assessment of the Public Health Sector in Honduras.* Tegucigalpa: USAID.

World Bank (P)
1980 (February). *Health Sector Policy Paper.* Washington, DC: The World Bank.

1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform (a World Bank policy study).* Washington, DC: The World Bank. (P)

WHO (World Health Organization) (G)
1978. *Financing of Health Services* (World Health Organization Technical Report Series, No. 625). Geneva: World Health Organization.

Zschock, Dieter K. (G)
1979. *Health Care Financing in Developing Countries* (APHA In-

-182

ternational Health Programs Monograph Series, No. 1). Washington, DC: American Public Health Association.

1980. Health Care Financing in Central America and the Andean Region: A Workshop Report. *Latin American Research Review* XV(3):149–168. (F)

1986. Medical Care under Social Insurance in Latin America. *Latin American Research Review* XXI(1):99–122 (G)

1988 (ed.) *Health Care in Peru: Resources and Policy*. Boulder, CO: Westview Press. (P)

Zukin, Paul, and Theodore J. Weinberg •(A)
1986 (March). *Proposed Trelawny Health Plan: Preliminary Assessment of a Managed Prepaid Health Service Organization for Trelawny Parish*. Piedmont, CA: Health Management Group, Ltd.

ANNUAL INDEX

Analyzing the Financial Performance of Hospital-based Managed Care Programs: The Case of Humana. J.S. Coyne, 571

Approaches to Assessing Educational Outcomes. J.S. Stark, 210

Austin, C.J. and B.T. Malec. Ideal Curriculum Model, 53

Baker, G.R. and P. Leatt. Roles and Relationships of Graduate and Undergraduate Programs in Health Administration: A View from the University of Toronto, 200

Bell, R. and B.T. Malec, CIO's Location in the Organizational Structure: Implications for Health Administration, 25

Borgenhammar, E. and M. Brommels. Management Education at the Nordic School of Public Health, 403

Boissoneau, R., D. Mondraón, and B. Schwahn. Publication in Research- or Practice-Oriented Journals by Health Administration Faculties, 425

Bowlyow, J.E. Critical Issues in the Undergraduate Health Administration Curriculum, 184

Boxerman, S.B., R.C. Peterson, and S.L. Welton. Continuing Education Needs of Board Members, Administrators, and Health Care Personnel, 73

Capitated Medicaid and St. Joseph's Hospital. B. Kirkman-Liff, 643

CIO's Location in the Organizational Structure: Implications for Health Administration. R. Bell and B.T. Malec, 25

Cloher, T. and D. Boldy. Public Health Administration: Collaboration of Competition?, 417

Competition, Integration, and Diversification: Seven Hospitals of Growthville, U.S.A. D.B. Starkweather, 519

Continuing Education Needs of Board Members, Administrators, and Health Care Personnel. S.B. Boxerman, R.C. Peterson, and S.L. Welton, 73

Coyne, J.S. Analyzing the Financial Performance of Hospital-based Managed Care Programs: The Case of Humana, 571

Critical Issues in the Undergraduate Health Administration Curriculum. J.E. Bowlyow, 184

Davies G. New Zealand Health Care: From Ossification to Action, 367

Dearden, B. and B. Lewis. Top Management Program: Management Development in New Zealand's Health Services, 391

Development of Baccalaureate Health Administration Education: An Overview of AUPHA Initiatives. S.B. Gelmon, 227

Editorial. B.T. Malec and C.J. Austin, 1

Environment and Future of Health Information Systems. J.B. Martin, 11

Environmental Assessment, 5–40

Expectations and Outcome Skills of a Generalist Health Care Administrator. V.B. Jones and L.C. Taylor, 41

Filerman, G.L. Undergraduate Professional Education Accomplishment and Agenda, 159

Full Undergraduate Membership Criteria, Adopted April 1989, 257

Gelmon, S.B. Development of Baccalaureate Health Administration Education: An Overview of AUPHA Initiatives, 227
Gwynne, G. and D.K. Zschock. Health Care Financing in Latin America and the Caribbean, 1985–1989: Findings and Recommendations, 745

Health Care Financing in Latin America and the Caribbean. G. Gwynne and D.K. Zschock, 745
Holland, G.J. Resource Guide for Faculty and Practitioners, 85

Ideal Curriculum Model. C.J. Austin and B.T. Malec, 53
Impact of Technology in Health Care and Health Administration: Hospitals and Alternative Care Delivery Systems. J.K. Kerr and R. Jelinek, 5
Improving the Management of Health Care Resources in Less-Developed Countries: A Need for Appropriate Technology. G. Rosenthal, 363
Information Systems Education for Future Health Services Administrators, 1–112
international health administration in: Australia, 417; Canada, 200; Latin America and the Caribbean, 745; lesser developed countries, 363; New Zealand, 367, 391; Spanish translation of JHAE, 133, 307, 473, 697, 831; Sweden, 403
IS Curriculum Assessment and Implementation Strategies. B.T. Malec, 63

Jones, V.B. and L.C. Taylor. Expectations and Outcome Skills of a Generalist Health Care Administrator, 41

Kerr, J.K. and R. Jelinek. Impact of Technology in Health Care and Health Administration: Hospitals and Alternative Care Delivery Systems, 5
Kirkman-Liff, B. Capitated Medicaid and St. Joseph's Hospital, 643

Malec, B.T. IS Curriculum Assessment and Implementation Strategies, 63
Malec, B.T. Select IS Bibliography, 101
Malec, B.T. and C.J. Austin. Editorial, 1
Management Education at the Nordic School of Public Health. E. Borgenhammar and M. Brommels, 403
Martin, J.B. Environment and Future of Health Information Systems, 11

New Zealand Health Care: From Ossification to Action. G. Davies, 367

Practitioner Perceptions of the Knowledge and Skills Required for Successful Practice in Health Administration. J.T. Reagan, 245
Practitioner's Perspective of Baccalaureate Education in Health Administration. R.S. Quinlan, 281
Public Health Administration: Collaboration of Competition? T. Cloher and D. Boldy, 417
Publication in Research- or Practice-Oriented Journals by Health Administration Faculties. R. Boissoneau, D. Mondragón, and B. Schwahn, 425

Quinlan, R.S. A Practitioner's Perspective of Baccalaureate Education in Health Administration, 281

Reagan, J.T. Practitioner Perceptions of the Knowledge and Skills Required for Successful Practice in Health Administration, 245
Report on Baccalaureate Career Development, December 1989, 266
Reports and Statistics, 257–280, 425–449
Resource Guide for Faculty and Practitioners. G.J. Holland, 85

185

Reutzel, T.J. and B. Butler. Strategic Planning for Graduate Health Administration Education: A Case Study, 441

Reviews, 113–128, 289–381, 453–466, 677–694

Revista de Educación en Administración de Salud, 131–153, 305–359, 471–511, 697–737, 831–930

Roberts, J.D.T. Undergraduate Health Administration Education: A Practitioner's Viewpoint, 285

Roles and Relationships of Graduate and Undergraduate Programs in Health Administration: A View from the University of Toronto. G.R. Baker and P. Leatt, 200

Rosenthal, G. Improving the Management of Health Care

Seavey, J.W. Undergraduate Health Administration in the 1990s, 165

Select IS Bibliography. B.T. Malec, 101

Stark, J.S. Approaches to Assessing Educational Outcomes, 210

Starkweather, D.B. Competition, Integration, and Diversification: Seven Hospitals of Growthville, U.S.A., 519

Strategic Planning for Graduate Health Administration Education: A Case Study. T.J. Reutzel and B. Butler, 441

Top Management Program: Management Development in New Zealand's Health Services. B. Dearden and B. Lewis, 391

Undergraduate Health Administration in the 1990s. J.W. Seavey, 165

Undergraduate Health Administration Education: A Practitioner's Viewpoint. J.D.T. Roberts, 285

Undergraduate Education in Health Administration, 159–288

Undergraduate Professional Education Accomplishment and Agenda. G.L. Filerman, 159

186

INDICE ANUAL VOLUMEN 8

El ambiente en los sistemas de información en salud en la década de los años 1990 y su impacto en la educación en sistemas de información. J.B. Martin, 11

Analizando el desempeño financiero de los programas de salud basados en el hospital: El caso de Humana, Inc. J.S. Coyne, 571

Aspectos críticos en el plan de estudios de pregrado. J.E. Bowlyow, 184

Atención de salud en Nueva Zelandia: De la rigidez a la acción. G. Davies, 367

Austin, C.J. y B.T. Malec. Un modelo curricular ideal, 53

Baker, G.R. y P. Leatt. El papel y las relaciones de programas de pre y posgrado en administración de salud: Una vista desde la Universidad de Toronto, 200

Bell, R. y B.T. Malec. La posición del Jefe de Sistemas de Información en la estructura organizacional: Implicaciones para la educación en administración de salud, 25

Bibliografía selecta en el área de sistemas de inforamción. B.T. Malec, 101

Borgenhammar, E. y M. Brommels. Educación de administración en la Escuela Nórdica de Salud Pública, 403

Boissoneau, R.D., D. Mondragón y B. Schwahn. Publicaciones en revistas de investigación o dirigidas a la práctica profesional por docentes de administración de salud, 425

Bowlyow, J.E. Aspectos críticos en el plan de estudios de pregrado, 184

Boxerman, S.B., R.C. Peterson y S.L. Welton. Las necesidades de educación continua de miembros de juntas directivas, gerentes y personal de atención a la salud, 73

Cloher, T. y D. Boldy. Salud pública y administración de salud: ¿Colaboración o competencia? Una perspectiva australiana, 417

Competencia, integración y diversificación: Siete hospitales de Growthville, EE.UU. D.B. Starkweather, 519

Criterios para la membrecía de pregrado como miembros titulares, adoptados en abril de 1989, 257

Coyne, J.S. Analizando el desempeño financiero de los programas de salud basados en el hospital: El caso de Humana, Inc., 571

Davies, G. Atención de salud en Nueva Zelandia: De la rigidez a la acción, 367

Dearden, B. y B. Lewis. El mejor programa de administración: Desarrollo de la administración en los servicios de salud de Nueva Zelandia, 367

El desarrollo de la licenciatura en administración de salud: Reseña de las iniciativas de AUPHA. S.B. Gelmon, 227

Editorial. B.T. Malec y C.J. Austin, 1

Educación de administración en la Escuela Nórdica de Salud Pública. E. Borgenhammar y M. Brommels, 403

Educación en sistemas de información para futuros gerentes de servicios de salud, 1–112

La educación profesional universitaria de pregrado: Objetivos y programa. G.L. Filerman, 159

187

La educación universitaria de pregrado en administración de salud en los años 1990. J.W. Seavey, 165
Educación universitaria de pregrado en administración de salud: Un punto de vista del profesional. J.D.T. Roberts, 285
educación universitario de pregrado en administración de servicios de salud, 159–288
Enfoques para evaluar los resultados educacionales. J.S. Stark, 210
Estrategias para la evaluación e instrumentación de programas de estudios. B.T. Malec, 63
Evaluación ambiental, 5–40
Expectativas y habilidades resultantes de graduados de programas en administración de salud: Una perspectiva del practicante. V.B. Jones y L.C. Taylor, 41

Filerman, G.L. La educación profesional universitaria de pregrado: Objetivos y programa, 159
Financiamiento de la atención de salud en América Latina y el Caribe. G. Gwynne y D.K. Zschock, 745

Gelmon, S.B. El desarrollo de la licenciatura en administración de salud: Reseña de las iniciativas de AUPHA, 227
Una guía de los recursos para profesores y practicantes. G.J. Holland, 85
Gwynne, G. y D.K. Zschock. Financiamiento de la atención de salud en América Latina y el Caribe, 837

Holland, G.J. Una guía de los recursos para profesores y practicantes, 85

El impacto de la tecnología en la atención a la salud y la administración de salud: Hospitales y sistemas de prestación de servicios de salud. J.K. Kerr y R. Jelinek, 5
Informe sobre el desarrollo de la carrera de licenciature, diciembre de 1989, 266
Informes y estadísticas, 257–280, 425–449
internacional, administración de salud: América Latina y el Caribe, 745; Australia, 417; Canadá, 200; Nueva Zelandia, 367, 391; países en vías de desarrollo, 363; Suecia, 403; traducción al español de JHAE, 133, 307, 473, 697, 831

Jones, V.B. y L.C. Taylor. Expectativas y habilidades resultantes de graduados de programas en administración de salud: Una perspectiva del practicante, 41

Kerr, J.K. y R. Jelinek. El impacto de la tecnología en la atención a la salud y la administración de salud: Hospitales y sistemas de prestación de servicios de salud, 5
Kirkman-Liff, B. El "Sistema Medicaid" capitado y el hospital de St. Joseph, 643

Malec, B.T. Bibliografía selecta en el área de sistemas de información, 101
Malec, B.T. Estrategias para la evaluación e instrumentación de programas de estudios, 63
Malec, B.T. y C.J. Austin. Editorial, 1
Martin, J.B. El ambiente en los sistemas de información en salud en la década de los años 1990 y su impacto en la educación en sistemas de información, 11
El mejor programa de administración: Desarrollo de la administración en los servicios de salud de Nueva Zelandia. B. Dearden y B. Lewis, 367
Mejorando la administración de los recursos de salud en los países de menor desarrollo: Necesidad de una tecnología apropiada. G. Rosenthal, 363
Un modelo curricular ideal. C.J. Austin y B.T. Malec, 53

188

Las necesidades de educación continua de miembros de juntas directivas, gerentes y personal de atención a la salud. S.B. Boxerman, R.C. Peterson y S.L. Welton, 73

El papel y las relaciones de programas de pre y posgrado en administración de salud. G.R. Baker y P. Leatt, 200

Percepciones del profesional sobre el conocimiento y las habilidades que se requieren para practicar exitosamente la administración de salud. J.T. Reagan, 245

Una perspectiva del profesionista sobre la educación de licenciatura en administración de salud. R.S. Quinlan, 281

Planeación estratégica para la educación en administración de salud: Un estudio de caso. T.J. Reutzel y B. Butler, 441

Publicaciones en revistas de investigación o dirigidas a la práctica profesional por docentes de administración de salud. R.D. Boissoneau, D. Mondragón y B. Schwahn, 425

Quinlan, R.S. Una perspectiva del profesionista sobre la educación de licenciatura en administración de salud, 281

Reagan, J.T. Percepciones del profesional sobre el conocimiento y las habilidades que se requieren para practicar exitosamente la administración de salud, 245

Reseña de libros, 113–128, 289–381, 453–466, 677–694

Reutzel, T.J. y B. Butler. Planeación estratégica para la educación en administración de salud: Un estudio de caso, 441

Revista de Educación en Administración de Salud, 131–153, 305–359, 471–511, 697–737, 831–930

Roberts, J.D.T. Educación universitario de pregrado en administración de salud: Un punto de vista del profesional, 285

Rosenthal, G. Mejorando la administración de los recursos de salud en los países de menor desarrollo: Necesidad de una tecnología apropiada, 363

Salud pública y administración de salud: ¿Colaboración o competencia? Una perspectiva rustrialiana. T. Cloher y D. Boldy, 417

Seavey, J.W. La educación universitaria de pregrado en administración de salud en los años 1990, 165

El "Sistema Medicaid" capitado y el hospital de St. Joseph. B. Kirkman-Liff, 643

Stark, J.S. Enfoques para evaluar los resultados educacionales, 210

Starkweather, D.E. Competencia, integración y diversificación: Siete hospitales de Growthville, EE.UU., 519

189

INDICE ANUAL DE LA REVISTA DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD, VOLUMEN 8

Algunas implicaciones educativas de la introducción de la administración general en el Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña (NHS). D. Williams, 141

Análisis de problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias: I. Una metodología para la búsqueda e identificación de problemas. E. Ruelas, L. Durán, M. García, M. Campero y A. Hurtado, 340

Análisis de problemas de los medicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias: II. Formación académica y trayectoria laboral de los médicos directivos en México. E. Ruelas, M. Campero y M. García, 479

Análisis de problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias: III. Caracterización cuantitativa de los problemas percibidos por los médicos directivos en México. E. Ruelas, M. García y M. Campero, 709

directivos médicos, capacitación de: Análisis de problemas, 340; Formación académica y trayectoria laboral, 479; Caracterización cualitativa de problemas, 719

Criterios para afiliación de programas de pregrado como miembros titulares, Adoptados en abril de 1989, Association of University Programs in Health Administration, 331

El desarrollo de la licenciatura en administración de salud: Reseña de las iniciativas de AUPHA. S. Gelmon, 313

pregrado, educación de: Objetivos y programa, 311; Iniciativas de AUPHA, 313; Criterios para la afiliación de programas, 331

La educación profesional universitaria de pregrado: Objetivos y programa. G. Filerman, 311

Filerman, G. La educación profesional universitaria de pregrado: Objetivos y programa, 311

Financiamiento de la atención de salud en América Latina y el Caribe. G. Gwynne y D. Zschock, 837

Gelmon, S. El desarrollo de la licenciatura en administración de salud: Reseña de las iniciativas de AUPHA, 313

Gwynne, G. y D. Zschock. Financiamiento de la atención de salud en América Latina y el Caribe, 1985–1989: Conclusiones y recomendaciones, 837

Resumen de artículos seleccionados, 137, 311, 475, 705

Ruelas, E., L. Durán, M. García, M. Campero y A. Hurtado. Análisis de problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias: I. Una metodología para la búsqueda e identificación de problemas, 340

190

Ruelas, E., M. Campero y M. García. Análisis de problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias: II. Formación académica y trayectoria laboral de los médicos directivos en México, 479

Ruelas, E., M. García y M. Campero. Análisis de problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias: III. Caracterización cuantitativa de los problemas percibidos por los médicos directivos en México, 709

Williams, D. Algunas implicaciones educativas de la introducción de la administración general en el Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña (NHS), 141

REFEREE ACKNOWLEDGMENTS

The editor and the editorial staff of *The Journal of Health Administration Education* gratefully acknowledge the assistance of the following individuals, who, together with members of the editorial board, have reviewed articles for the *Journal* during the past year.

David Bergwall, D.B.A.
Florida International University

Jon Chilingerian
Brandeis University

William Considine
Children's Hospital Medical Center of Akron

Godwin Eni, Ph.D.
University of British Columbia

David Falcone, Ph.D.
Duke University

Martin Gerowitz, Ph.D.
Xavier University

Alma Koch, Ph.D.
San Diego State University

John Kralewski, Ph.D.
University of Minnesota

Donald Lisnerski, Dr.P.H.
University of North Carolina—Asheville

Henry Manning
Cuyahoga County Hospital

Orlando Nieves
University of Puerto Rico

Michael Nowicki, Ed.D.
Southwest Texas State University

Howard Peterson
dBi Healthcare, Inc.

Michael D. Rosko, Ph.D.
Widener University

Daniel W. Russell, Ph.D.
University of Iowa

Joseph K. Taylor, Ph.D.
University of Houston—Clear Lake

Meredeth Turshen, Ph.D.
Rutgers—The State University of New Jersey

192

GUIDELINES FOR CONTRIBUTORS

The Journal of Health Administration Education is an international journal which chronicles advances in the education of health services managers and key policy issues for the field. The *Journal*, published quarterly by the Association of University Programs in Health Administration, provides a forum for the presentation of health services research as it relates to the educational process, the communication of innovative approaches to formal education and management development in health services administration, and the review of new books from the perspective of educators.

The Journal of Health Administration Education accepts four types of submissions for publication: *Articles, Invited Essays, Reports and Statistics, and Communications* (letters to the editor). The *Articles* section provides a forum for the reporting of original research or the scholarly discussion of current issues relating to health administration education and management development. Manuscripts will be accepted for publication in this section provided they have not been published or committed for publication elsewhere; information pertaining to an article's prior presentation should be noted on the manuscript. The *Invited Essay* section includes opinion-based manuscripts on topics of interest to health administration educators and practitioners. The *Reports and Statistics* section includes the publication of new ideas, educational techniques and research findings presented in an abbreviated format. *Communications* (letters to the editor) may include discussion of any issue related to health administration education. Manuscripts published elsewhere in media not typically reaching health administration educators may be considered for publication in a separate section at the discretion of the editor.

Contributions to the *Articles* sections will be peer reviewed by the *Journal*'s editorial advisors. Selection of submissions for publication is based upon the article's significance of findings to the field, quality of presentation, soundness of method, appropriateness of conclusions, and timeliness of topic. Submissions to the *Invited Essay* and *Reports and Statistics* sections will be reviewed by *Journal* staff according to similar criteria.

Four copies of the manuscripts to be considered for publication in the *Journal* should be submitted to:

Donna F. Royston
Managing Editor
The Journal of Health Administration Education
1911 North Fort Myer Drive, Suite 503
Arlington, VA 22209

All manuscripts are acknowledged upon receipt and are promptly submitted for review or evaluation. Rejected manuscripts will be returned to the author; those published in the *Journal* become the property of the Association of University Programs in Health Administration and may not be reproduced without written permission.

Manuscripts, including references and tables, should be typed double-spaced on 8½" x 11" paper with pages numbered consecutively. Tables, diagrams, and figures should be interpretable independent of the text. Professionally drawn original artwork not to exceed 4½" x 7" should be submitted for all diagrams and figures. If an article contains material reproduced from other sources, written permission from the author and publisher to use such material must accompany the manuscript. Authors must supply the following information: full name; highest academic degree; professional title and institution; and a current address and phone number.

Manuscripts submitted for the *Articles* and *Invited Essays* sections should be 3,000–6,000 words in length (12–20 double spaced typewritten pages), exclusive of tabular material. Submissions for the *Articles* section should also include a 200 word abstract. Longer articles, however, may be accepted if the subject matter requires more extensive treatment. Submissions to the *Reports and Statistics* section are limited to 6–8 pages.

References should be numbered consecutively as they appear and should be listed in order of citation at the end of the text. A sample journal citation is as follows:

1. Krant, M.J. The Hospice Movement. *New England Journal of Medicine* 299: 547–52, 1978.
   Journal that does not page consecutively:
2. Richie, N.D., J.C. Tagliareni, and J.P. Schmitt. Identifying Health Administration Competencies via a Delphi Survey. Association of University Programs in Health Administration *Program Notes* 82(January): 8–18, 1979.
   References to books should appear as follows:
3. Donabedian, A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
   Book with a volume number/part of a book:
4. Allision, R.F., W.L. Dowling, and F.C. Munson. The Role of the Health Services Administrator and Implications for Education. In Vol. 2 of *Education for Health Administration*, ed. Commission on Education for Health Administration. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1975.
   Edited book/subsequent edition of a book:
5. Kovner, A.R., and D. Neuhauser, eds. *Health Services Management: Readings and Commentary*. 2d ed. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1983.
   Reference to a previous citation:
6. Walton, R.E., and J.M. Dutton. See number 2, p. 6.
   Government documents:
7. Morrissey, J., R. Hall, and M. Lindsay. *Interorganizational Relations: A Sourcebook of Measures for Mental Health Programs*. NIMH Series BN No. 2. DHHS Pub. No. (ADM) 82-1187. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1982.
8. Cohen, A.C. *The Citizen as the Integrating Agent: Productivity in the Human Services*. DHEW Pub. No. OS-7G-130. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education and Welfare, September 1978.
   Government report:
9. U.S. General Accounting Office. Physician Cost-Containment Training Can Reduce Medical Costs. Washington, DC: General Accounting Office, 1982.
   Paper from a conference:
10. Woolley, T.W., and S.E. Brown. A Power-Analytic Investigation of American Criminological Research Literature. Paper presented at the 1983 meeting of the American Society of Criminology, Denver, CO, November 1983.
    References to proceedings and other collections of papers should include citation of pages referred to, as follows:
11. Francisco, E. Analysis of Cost Variations Among Short-term General Hospitals. In *Empirical Studies on Health Economics—Proceedings of the Second Conference on Economics of Health*, ed. H. Klarman, 321–32. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1970.

All manuscripts are subject to copyediting. Those manuscripts which have been accepted for publication in the *Articles* section will be sent to authors after copyediting and are to be returned with corrections within 48 hours. Upon publication, 15 offprints are sent to authors without charge.

The Journal of Health Administration Education is copyrighted and may not be reproduced without permission.

194

INFORMACION A LOS AUTORES

The Journal of Health Administration Education es una revista internacional que reseña los avances en la educación de administradores de servicios de salud y asuntos de política claves en el campo. La revista se publica trimestralmente por la Asociación de Universidades con Programas en Administración de Salud, ofrece un foro para la presentación de investigación de servicios de salud relacionada con los procesos educacionales, la comunicación de enfoques innovativos para la educación formal y el desarrollo gerencial en la administración de servicios de salud, asimismo ofrece revisiones de nuevos libros desde la perspectiva de los educadores.

The Journal of Health Administration Education acepta cuatro tipos de documentos para la publicación: *Artículos, Ensayos Invitados, Estadísticas e Informes* y *Comunicaciones* (cartas al editor). La sección de *Artículos* ofrece un foro para el informe de investigaciones originales o para la discusión académica de asuntos de actualidad relacionados con la educación en administración de salud y el desarrollo gerencial. Los manuscritos se podrán aceptar para su publicación en esta sección siempre y cuando no hayan sido publicados o comprometidos para ser publicados en ningún otro lugar. Si la información contenida en el artículo ha sido utilizada previa a su presentación, esto debe ser consignado en el manuscrito. La sección de *Ensayos Invitados* incluye manuscritos con opiniones sobre tópicos de interés a los educadores y ejecutivos en administración de salud. La sección de *Informes y Estadísticas* incluye la publicación de nuevas ideas, técnicas educacionales y resultados de investigación presentados en un formato abreviado. *Comunicaciones* (cartas al editor) pueden incluír la discusión de cualquier asunto relacionado con la educación en administración de salud. Los manuscritos que hayan sido publicados en cualquier otro medio que no tenga difusión entre los educadores en administración de salud pueden ser considerados para publicación en una sección aparte a discreción del editor.

Las contribuciones que se hagan para la sección de *Artículos* serán revisadas por el consejo asesor editorial de la revista. La selección de los manuscritos para la publicación se basa en la significancia que tengan los hallazgos para el campo, en la calidad de la presentación, en la solidez del método, en lo apropiado de las discusiones y en la oportunidad del tema. Los artículos que se sometan a las secciones de *Ensayos Invitados o Informes y Estadísticas* serán revisados por el personal de la revista de acuerdo a criterios similares.

Se deben enviar cuatro copias del manuscrito que se desea sea considerado para la publicación en la revista a:

Donna F. Royston
Managing Editor
The Journal of Health Administration Education
1911 North Fort Myer Drive, Suite 503
Arlington, VA 22209

A todos los manuscritos se les envía un acuse de recibo inmediato y son sometidos para su revisión o para evaluación a la brevedad posible. Los manuscritos que sean rechazados se devolverán al autor. Aquellos que sean publicados en la revista se vuelven propiedad de la Asociación de Universidades con Programas en Administración de Salud y no pueden ser reproducidos sin permiso escrito.

Los manuscritos incluyendo referencias o tablas, deben estar mecanografiados a doble espacio en papel blanco tamaño carta (8½" x 11") con las páginas numeradas consecutivamente. Las tablas,

195

los diagramas y las figuras deben ser interpretadas independientemente al texto. Los dibujos artísticos profesionales en original no deben exceder 4½" x 7" y serán sometidos para todos los diagramas y figuras. Si el artículo contiene materiales reproducidos de otras fuentes, se debe acompañar el manuscrito con un permiso por escrito del autor y editor de dichos materiales. Los autores deben proporcionar la siguiente información: Nombre completo, grado académico más also, título profesional y nombre de la institución, dirección y número telefónico actualizado.

Los manuscritos que se presenten para las secciones de *Artículos* y *Ensayos Invitados* deben tener entre 3.000 y 6.000 palabras de longitud (entre 12 y 20 páginas mecanografiadas a doble espacio) exclusivo del material tabular. Las propuestas para la sección de *Artículos* también deben incluír una síntesis de 200 palabras. Los artículos más largos pueden ser aceptados si el tema a tratar requiere una mayor extensión. Las presentaciones para informes y estadísticas se limitan a 6 y 8 páginas. Se podrán publicar artículos en español o portugués y sismultaneamente en inglés cuando se consideren de interés para el auditorio de habla inglesa. Los manuscritos que se sometan en español o portugués deben tener una síntesis en inglés de 200 palabras. Las referencias bibliográficas deben ser numeradas consecutivamente según aparecen en el artículo y deben ser listadas en el orden en que son citadas al final del texto. Un ejemplo de una cita de la revista es como sigue:

1. Lee, J.A.H., S.L. Morrison, y J.N. Morris. Tasa de fatalidad en tres condiciones quirúrgicas comunes en hospitales de enseñanza y hospitales normales. *Lancet* 273: 785-90, 1957.

Deben incluír la cita de las páginas referidas como se muestra a continuación:

2. Francisco, E. Análisis de variaciones de costos en un hospital general de corta estancia. En *Estudios empíricos en economía de salud—Memorias de la segunda conferencia en economía de salud*, ed. H. Klarman, pags. 321–32. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1970.

Las referencias a libros deben ser de la siguiente manera:

3. White, K.L., y M.H. Henderson, eds *La epidemiología como una ciencia fundamental*. New York: Oxford University Press, 1976.

Todos los manuscritos están sujetos a edición de las copias. Aquellos manuscritos que hayan sido aceptados para publicación en la sección de artículos serán enviados a los autores después de la edición y deben ser regresados con correcciones en las próximas 48 horas a su recepción. Una vez hecha la publicación se enviarán a los autores sin cargo 15 sobretiros.

The Journal of Health Administration Education tiene derechos de propiedad y no puede ser reproducido sin permiso.

196