3 La unión hace la fuerza

44 Mensajes importantes
45 Problemas con los pagos directos
48 ¿Funcionan las exenciones de pago?
50 La eliminación de los pagos directos
52 La unión hace la fuerza
54 ¿Dónde y cómo dar cobertura a un mayor número de personas?
55 La mayor prioridad: los pobres
57 Otras barreras de acceso
58 Conclusión

Mensajes importantes

- Los sistemas que exigen pagos directos en el momento en que las personas necesitan asistencia (incluyendo las cuotas de usuario y los pagos por medicamentos) impiden a millones de individuos acceder a los servicios y provocan dificultades económicas, incluso empobrecimiento, a otros tantos millones.
- Los países pueden acelerar el progreso hacia la cobertura universal mediante la disminución de la dependencia de los pagos directos. Para esto se necesita presentar o fortalecer formas de prepago y mancomunación.
- Los países que más se han acercado a la garantía de una cobertura universal exigen contribuciones a las personas que pueden pagarlas, a través de cargas fiscales y/o aportes al seguro.
- Lo ideal sería que los fondos obligatorios de prepago estuvieran preferentemente combinados en un fondo mancomunado, en vez de que se conserven como fondos independientes. Al reducir la fragmentación, hay mayor probabilidad de otorgar protección financiera gracias a un determinado nivel de fondos pagados por anticipado que, a su vez, facilitarán el cumplimiento de los objetivos de equidad.
- Los planes voluntarios, como el seguro médico comunitario o el microseguro, aún pueden ser de utilidad allí donde los recursos obligatorios proporcionan sólo niveles mínimos de prepago. Si consiguen redirigir algunos de sus pagos directos a los fondos mancomunados de prepago pueden ampliar en cierta medida la protección contra los riesgos financieros que conlleva la enfermedad y ayudar a las personas a comprender los beneficios de estar asegurado.
- Algunas personas se enfrentarán a barreras económicas de acceso, aun eliminándose los pagos directos; ya que los gastos de transporte y alojamiento necesarios para recibir tratamiento podrían seguir resultando prohibitivos. Para reducir estas barreras, los gobiernos deberán considerar las opciones, entre ellas, las transferencias condicionadas de dinero en efectivo.

3

La unión hace la fuerza

Problemas con los pagos directos

La manera en que se pagan los servicios sanitarios es un aspecto fundamental para el funcionamiento del sistema sanitario. Si bien es obvio que recaudar los recursos suficientes es imprescindible para hacer funcionar un sistema sanitario, el modo en que estos recursos se utilizan para adquirir bienes y servicios, o en otras palabras, el modo en que se efectúan los pagos, es igual de importante. Una de las formas de pagar más comunes en todo el mundo es el pago directo de los medicamentos y los servicios sanitarios en el momento en que se necesitan, y son los países más pobres quienes más lo utilizan (*1*).

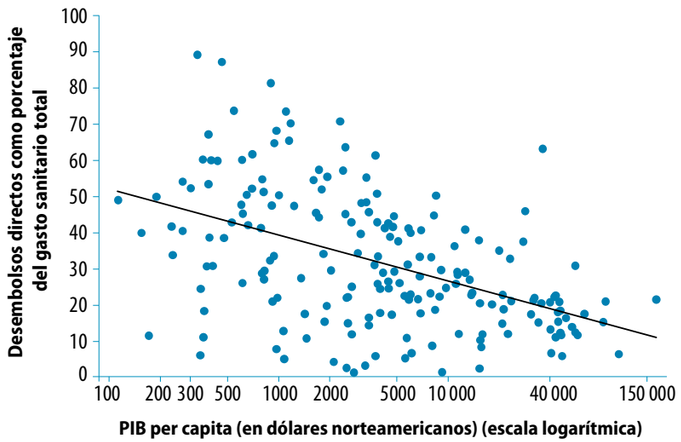
> *"Las cuotas de usuario han castigado a los pobres."*
>
> Dra Margaret Chan (2)

Un estudio reciente realizado en 50 países de ingresos bajos y medios, basado en los datos de la OMS sobre el gasto sanitario, en una encuesta sobre la tipología de los sistemas sanitarios y en entrevistas con informantes clave, reveló que sólo seis de esos países no solicitaban ningún tipo de pago directo en las instalaciones públicas (*3*).

Pero el pago directo no es exclusivo de los países de ingresos más bajos ni de los sistemas de financiación sanitaria menos sofisticados (Figura 3.1). El cobro a los usuarios en el momento en que necesitan de asistencia es el mecanismo de recaudación de fondos predominante en 33 países y representa más del 25% del total de los fondos recaudados para la salud en otros 75 (*4*). Como hemos visto en el Capítulo 1, los pagos directos adoptan varias formas, que incluyen los honorarios por la consulta médica, el pago de los procedimientos, los medicamentos u otros servicios, así como el pago de los análisis clínicos. También se consideran pagos directos los deducibles, como las pólizas en participación y copagos para las personas con cobertura de seguro.

Uno de los motivos por los que el pago directo no es adecuado para la prestación y el consumo de asistencia sanitaria es que dificulta el acceso a la misma. Esto es especialmente aplicable a las personas pobres, quienes a menudo tienen que elegir entre pagar por la salud o pagar por otras necesidades como la comida o el alquiler de una vivienda. Las personas que creen que tan sólo deben recibir tratamiento (para un bulto que les ha salido en el pecho o la fiebre que no baja en un niño) corren el riesgo de empobrecerse o de llegar incluso a una situación de miseria. Burundi introdujo cuotas de usuario en 2002. Dos años más tarde, cuatro de cada cinco pacientes estaban endeudados o habían vendido sus bienes (*5*). Los habitantes de muchos países se ven obligados a pedir préstamos o a vender bienes para financiar la asistencia sanitaria (*6*, *7*).

Figura 3.1. **Desembolsos personales en función del producto interior bruto (PIB) *per capita*, año 2007**



Fuente (*4*).

La incidencia de catástrofe financiera asociada a los pagos directos por servicios sanitarios, es decir, la cantidad de personas que gastan de su bolsillo más del 40% de sus ingresos anuales después de restar los gastos de alimentación, puede llegar a ser de hasta el 11% al año en el ámbito nacional y suele ser superior al 2% en los países de ingresos bajos. Quizá no sorprenda que, en general, dentro de un mismo país la incidencia más baja se registre entre la gente más rica; pero los más pobres no siempre son, en este aspecto financiero en particular, los más afectados, porque directamente no pueden permitirse usar los servicios y no incurren en gastos sanitarios. Las investigaciones recientes dan a entender que la probabilidad de sufrir gastos sanitarios catastróficos es mayor para los hogares que tienen un integrante con discapacidad y para los que cuentan con niños o ancianos (*8–11*).

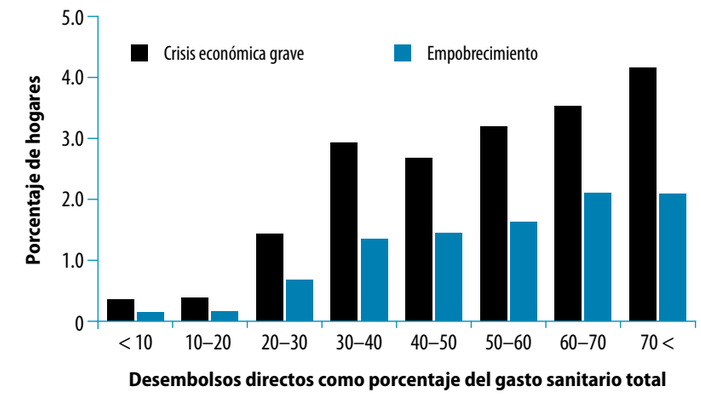
Sólo cuando la dependencia del pago directo se coloca por debajo del 15–20% de los gastos sanitarios totales, la incidencia del desastre financiero, en general, desciende a niveles insignificantes (Figura 3.2) (*1*). En su mayoría, son los países de ingresos altos los que han logrado estos niveles, por lo que es posible que los países de ingresos bajos y medios quieran establecer para sí mismos unos objetivos más viables a corto plazo. Por ejemplo, los países de las Regiones de la OMS de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental se han marcado hace poco un objetivo del 30–40% (*12*, *13*).

Cualquier carga impuesta directamente sobre los hogares, aun cuando sea relativamente baja, puede disuadir a las personas de usar los servicios de asistencia sanitaria o forzarlas a vivir cerca o por debajo del umbral de la pobreza. Un estudio experimental realizado en Kenya demostró que establecer el precio de US$ 0,75 para las mosquiteras para camas tratadas con insecticida, que antes eran gratuitas, hizo caer la demanda en un 75% (*14*), y que ponerle un precio bajo a los antiparasitarios redujo su uso en un 80% (*15*). Los pagos directos, por módicos que sean, también pueden fomentar el auto-tratamiento y la auto-medicación inapropiados (por ejemplo, el uso de medicamentos caducados o de mala calidad, o de dosis parciales) o posponer las consultas preventivas con el profesional sanitario, que suelen ser cruciales (*16*).

No es necesario que los pagos directos sean oficiales para que limiten el acceso. En Armenia, por ejemplo, hasta hace poco tiempo sólo alrededor del 10% de los pagos directos en hospitales eran cargos oficiales cobrados por los servicios públicos al usuario. Una parte considerable del otro 90% estaba formada por pagos no oficiales o informales realizados al personal sanitario. Ahora, el gobierno ha ideado estrategias para eliminar los pagos no oficiales, reconociendo que también evitan que las personas accedan a la asistencia necesaria y añaden otro motivo de ansiedad para los enfermos y sus familias, debido a la naturaleza impredecible de las cuotas no oficiales (*17*). Los pagos informales se producen en muchos países del mundo (*18–20*).

Los pagos directos son la forma de financiación sanitaria menos equitativa. Son regresivos, permiten que los ricos paguen la misma cantidad que los pobres por un determinado servicio. El trasfondo socio-económico no es la única base para la desigualdad. En culturas donde la situación jurídica y social de las mujeres es inferior a la de los hombres, las mujeres y las niñas deben, a menudo, esperar a recibir tratamiento después de que lo reciban los hombres de la casa, cuando ya se han cobrado las cuotas de usuario y, por consiguiente, es menos probable que accedan a los servicios (*21*).

Figura 3.2. **Efecto de los desembolsos personales en el gasto catastró fico y el empobrecimiento**



Fuente (*1*).

El beneficio derivado de los pagos directos se limita a la persona que recibe la asistencia y al profesional o al centro que cobra la cuota. La moneda que se da a una enfermera en la clínica de un pueblo garantiza que la persona que paga obtenga un servicio o medicamentos. Esto en sí no es malo, pero resulta contraproducente si, como ministro de sanidad, quieres ayudar también a los habitantes de las montañas cercanas que posiblemente, no tengan ninguna moneda que ofrecer. Los pagos directos tienden a impedir que el coste se pague a través de grupos de personas como expresiones formalizadas de solidaridad, por ejemplo, entre ricos y pobres o entre personas sanas y enfermas. Asimismo, hacen que sea imposible distribuir los costes a lo largo de la vida de una persona. Con los pagos directos, las personas no pueden pagar su cotización cuando son jóvenes y están sanas, para después recurrir a ella cuando la necesiten más adelante en la vida. Tienen que pagar cuando están enfermas. Tienen que pagar cuando son más vulnerables.

Dadas las deficiencias del pago directo como mecanismo de financiación sanitaria, ¿por qué está tan difundido?

En primer lugar, se presenta una gran dependencia de los pagos directos cuando los gobiernos no están dispuestos a gastar más en materia de salud o no creen o reconocen que tienen la capacidad necesaria para ampliar los sistemas de prepago y mancomunación. Esto abre una brecha entre la cobertura necesaria de servicios y la cobertura que el gobierno consigue otorgar. Como de costumbre, el personal sanitario queda atrapado en el medio, arreglándose con salarios bajos (complementados a veces con cobros informales) y tratando de brindar los servicios con materiales y medicamentos insuficientes. En respuesta a esta situación, muchos gobiernos han escogido la aplicación de cuotas o copagos formales para los usuarios con

el fin de complementar los salarios del personal sanitario y conseguir una mayor disponibilidad de materiales y medicamentos.

En segundo lugar, los pagos directos ofrecen la oportunidad de sacar provecho de recursos en zonas donde los centros sanitarios, de otra manera, podrían no tener dinero en absoluto, tal vez en zonas donde la financiación del gobierno llega de manera irregular o no llega. En la República Democrática del Congo, la lejanía geográfica, los conflictos esporádicos y los desastres naturales han aislado a veces muchas partes del país, al menos temporalmente. Este aislamiento respecto al apoyo y al control del gobierno, especialmente en las provincias orientales, hace que el pago directo de los pacientes sea el método por defecto (aparte de la ayuda externa) para mantener los servicios en funcionamiento, por lo menos a cierto nivel (*22*). En general, los pagos directos se convierten en el método común de financiación sanitaria tras las crisis, particularmente después de un periodo de conflicto armado. En un momento en que la mayoría necesita acceder a los servicios sanitarios, muchas personas simplemente no pueden permitirse el tratamiento (*23*).

En tercer lugar, el pago directo puede parecer una opción atractiva durante periodos de recesión económica. De hecho, la primera oleada de pagos de los usuarios por los servicios sanitarios en centros públicos de países desarrollados fue catalizada por la recesión mundial de los años 70. La crisis de la deuda mundial desencadenó unas políticas estructurales de ajuste que restringieron el gasto público (*24*). Una de las respuestas sugeridas en ese entonces era que el cobro de tarifas podría ser una forma de generar el ingreso adicional que se necesitaba, reducir el uso excesivo y promover que se proveyeran los servicios con menos cobros y costos (*25*).

La Iniciativa de Bamako (Malí) de 1987 fue uno de los resultados de este tipo de pensamiento. Esta, aprobada por los ministros de sanidad africanos, se redactó sobre la lógica de que, en el contexto de un sector de salud pública que de forma crónica carece de recursos, los pagos directos garantizarían por lo menos algo de financiación para pagar los medicamentos necesarios y, algunas veces, al personal a nivel local (*26*). Existen datos que demuestran que las reformas inspiradas por Bamako mejoraron la disponibilidad de los servicios y medicamentos en algunos contextos, si bien otros datos apuntan a que los pagos directos también crearon barreras de acceso, especialmente para las personas pobres (*27–31*).

Finalmente, muchos países imponen algún tipo de pago directo, con frecuencia para frenar el uso excesivo de los servicios sanitarios, como una manera de contener el gasto. Esta es una manera un tanto burda de controlar los gastos y tiene el efecto secundario indeseado de disuadir de su uso a algunos de los grupos de población que más lo necesitan. Se analizará con más detalle en el Capítulo 4.

¿Funcionan las exenciones de pago?

La mayoría de los países que se basan en los pagos directos intentan evitar la exclusión que generan eximiendo a grupos específicos (por ejemplo, a mujeres embarazadas y niños) o realizando ciertos procedimientos de manera gratuita. En 2006, el Gobierno de Burundi no aplicó cuotas en la

asistencia materno-infantil, incluyendo los partos. Tres meses después de que se pusiera en práctica esta exención, el uso de los servicios ambulatorios para niños menores de cinco años aumentó el 42% (*32*). Senegal quitó las cuotas de usuario para los partos y las cesáreas en 2005; según la primera serie de evaluaciones, esta política condujo a un aumento del 10% de los partos en los centros sanitarios públicos y a un aumento de más del 30% de las cesáreas (*33*).

Los ingresos también se usaron para evaluar los requisitos necesarios para aplicar las exenciones. Por ejemplo, Alemania impone copagos para algunos servicios, pero sólo hasta un determinado límite, en función de los ingresos de la persona. Francia también ofrece un seguro complementario gratuito (seguro para cubrir los copagos) a los más desfavorecidos (*34*). Pero se ha demostrado que los planes de exención basados en los ingresos no son tan eficientes en los países de ingresos bajos. En lugares donde la mayoría de las personas son granjeros de subsistencia o no tienen un empleo con un salario formal, es difícil que los investigadores de los recursos puedan identificar quiénes están en peores condiciones de pobreza. Se ven en la disyuntiva de usar categorías generales para evitar excluir grupos dignos de ayuda (un enfoque que lleva a que algunas subvenciones vayan a parar a quienes menos lo merecen) o usar criterios demasiados estrictos que dan lugar a la falta de cobertura, lo que deja prácticamente establecidas las barreras de acceso (*35*).

Es probable que sólo declarar exenciones no sea suficiente en la mayoría de los escenarios. En Camboya, por ejemplo, una evaluación del impacto de las cuotas de usuario, cinco años después de su introducción en la década de los 90, mostró que las exenciones no eran eficaces: el 50% del ingreso obtenido con la cuota se redistribuía para el personal sanitario, cada caso de exención representaba una pérdida de ingresos para el personal sanitario mal pagado (*36*). Para que las exenciones sean eficaces, se necesita de un mecanismo de financiación que compense a los centros por las posibles pérdidas de ingresos. Posteriormente, Camboya escogió ese camino. Se introdujeron los fondos de inversión en salud, con financiación de las agencias donantes específicas, para compensar a los centros y al personal sanitario por los ingresos perdidos al conceder exenciones a los pobres.

Esta decisión se asoció al aumento del uso de las instalaciones sanitarias por parte de los grupos más pobres, tanto en las zonas urbanas como en las rurales (*37, 38*). También se ganó en cuanto a la protección del riesgo financiero; la solicitud de préstamos para pagar la asistencia fue menor para los beneficiarios de los fondos de inversión en salud que para los pacientes que pagaban las cuotas (*39*). El apoyo a este enfoque ha aumentado: actualmente, los fondos de inversión en acciones para la salud están financiados en su mayoría a través de los fondos de donantes mancomunados del Proyecto de Asistencia al Sector Sanitario de Camboya; aunque a partir de 2007, también han atraído otros fondos nacionales del ministerio de economía y hacienda. Un enfoque similar se adoptó en Kirguistán (*40*).

Pero hay otros factores que disuaden a las personas pobres de usar los servicios, incluso cuando hay exenciones o subvenciones disponibles para cubrir sus gastos; factores que son más difíciles de cuantificar: por ejemplo, la reticencia de las personas pobres a que los estigmaticen por pedir una exención o una subvención, o la manera en que algunas veces el personal sanitario trata a los pobres. En los lugares donde los ingresos del personal

sanitario dependen total o parcialmente de los pagos directos, existe un claro aliciente para rechazar las solicitudes de exenciones. Un estudio realizado por el Banco Mundial indicó que los centros de Kenya rara vez otorgaban más de dos exenciones al mes para el total de la población, un 42% de la cual vive por debajo del umbral de la pobreza (*41*). Por perturbador que pueda resultar, debemos tener en cuenta que el personal sanitario a menudo pasa dificultades con salarios insuficientes.

Por otro lado, parece que la selección por ingresos podría funcionar en algunos escenarios, especialmente a nivel de la comunidad. Por ejemplo, en Camboya, se pidió a los líderes de la comunidad que determinaran quiénes deberían estar exentos de las cuotas que financiarían los fondos de inversión en acciones para la salud. Sus evaluaciones demostraron ser certeras, al menos en la medida en que las personas que fueron elegidas sufrían un grado de indigencia mayor que el de quienes no lo eran (*42*). En Pakistán, el proyecto HeartFile está investigando nuevos mecanismos de exención que se evaluarán en breve (*43*).

En la década de los 90, muchos países que formaban parte de la antigua Unión Soviética vieron descender rápidamente los niveles del gasto público sanitario, con el consiguiente rápido crecimiento de los desembolsos personales informales. Esto creó grandes barreras económicas para la asistencia de quienes no podían pagar. Como resultado, muchos de estos países introdujeron cuotas o copagos formales diseñados para restringir los pagos informales y aumentar los recursos adicionales. Luego tuvieron que introducir mecanismos de exención para identificar y proteger a quienes no podían costeárselos (*44*). A pesar de esto, muchos de estos países siguen registrando índices relativamente altos de catástrofes financieras relacionadas con los pagos directos de los servicios sanitarios (*45*).

La eliminación de los pagos directos

Los problemas prácticos que dificultan los esfuerzos para detectar determinados grupos desaparecen cuando los responsables políticos amplían las exenciones al total de la población. Recientemente, seis países de ingresos bajos han abolido los pagos directos en las instalaciones públicas, y uno de ellos extendió esta política a centros sanitarios no administrados por el gobierno (*46*). En algunos casos, esta acción consigue que aumente notablemente la cantidad de personas que buscan tratamiento. Por ejemplo, quitar las cuotas en la zona rural de Zambia en abril de 2006 y en enero de 2007, tuvo como consecuencia un aumento del 55% del uso de los centros públicos; las regiones con mayor concentración de personas pobres registraron los aumentos más grandes (*47*). El índice de asistencia en los centros de Uganda se incrementó un 84% al abolirse las cuotas en 2001 (*48*).

Sin embargo, en ambos casos, la abolición de las cuotas no fue la única medida; el aumento de los presupuestos para los centros sanitarios rurales formó parte integral de la política. En Zambia, el aumento de las asignaciones de las fuentes nacionales, junto con la ayuda de los donantes, implicó que los distritos recibieran un 36% más de ayuda presupuestaria de lo que habían recibido de las cuotas de usuario el año anterior. El Gobierno ugandés aumentó el gasto para medicamentos y les dio a los administradores de los centros mayor control sobre los fondos presupuestarios, de modo que no perdieran la flexibilidad que antes se obtenía con las cuotas.

Algunos observadores han argumentado que los cargos directos de los centros públicos se pueden eliminar sin demasiado sufrimiento debido a que estos han generado sólo ingresos limitados (*49*, *50*). Los estudios sobre cuotas de usuario oficiales aplicadas en los centros públicos de 16 países subsaharianos revelaron que habían generado una media del 5% del gasto total constante del sistema sanitario, sin incluir los costes administrativos (*51*, *52*).

No obstante, los fondos presupuestados están en gran parte vinculados a los costes fijos de personal e infraestructuras, lo que deja poco margen para las importantes aportaciones para el tratamiento de los pacientes, como los medicamentos y otros artículos desechables. Aquí es donde los ingresos derivados de las cuotas suelen desempeñar un papel fundamental. Un estudio de una región de Ghana mostró que, si bien los pagos directos proporcionaban sólo el 8% y el 27% del gasto total de una muestra de centros sanitarios y hospitales, respectivamente, estos representaban el 66% (en centros sanitarios) y el 83% (en hospitales) de los gastos no salariales, constituyendo una parte importante de los únicos fondos relativamente flexibles bajo el control del administrador del centro (*53*).

Sea cual sea su valor preciso dentro del sistema, los responsables políticos deben considerar las consecuencias de quitar los pagos directos. Sin una planificación para el contexto específico de aumento de demanda y pérdida de ingresos, la abolición de las cuotas puede tener como consecuencia un personal mal remunerado y sobrecargado de trabajo, dispensarios sin medicamentos y equipos averiados o con un mantenimiento deficiente (*46*, *54*). Merece la pena señalar que, en Uganda, la incidencia de los gastos catastróficos en salud entre los pobres no disminuyó después de la supresión de las cuotas de usuario; muy probablemente porque la falta frecuente de disponibilidad de los medicamentos en los centros públicos después de 2001 obligó a algunos pacientes a dirigirse a las farmacias privadas (*55*). También es posible que los pagos informales al personal sanitario aumentaran para compensar los ingresos perdidos que se obtenían de las cuotas de usuario.

El retorno a los pagos informales parece ser uno de los riesgos que conlleva quitar las cuotas de usuario, aunque no queda claro hasta qué punto sucede esto. Tampoco está claro si los países que introdujeron cuotas oficiales para intentar restringir los pagos informales han logrado eliminarlos, más allá de haber tenido cierto éxito en reducirlos (*56*).

Estas experiencias demuestran que para disminuir la dependencia de los pagos directos (un obstáculo de mucha importancia para la cobertura universal) es esencial encontrar otros recursos que sustituyan al dinero oficial o extraoficial que antes se recaudaba. Esto puede ocurrir de forma directa si los gobiernos tienen capacidad para encauzar más fondos hacia la salud y están dispuestos a hacerlo (*57*). Pero existen alternativas para realizar sólo un mayor gasto, que implican realizar otros cambios en el sistema financiero.

Estas no deben ser consideradas únicamente para los países con recursos limitados. Si bien en la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los pagos directos

desempeñan un papel poco importe, en muchos se ha observado una tendencia al aumento, incluso antes de la crisis económica mundial. Muchos habían incrementado la participación del coste para los pacientes mediante los pagos directos para limitar las contribuciones gubernamentales y poner freno al uso innecesario de los servicios (*58*). Esos pagos directos crean dificultades económicas para algunas personas y limitan el acceso a los servicios para otras. Como hemos señalado en el Capítulo 1, los pagos directos provocan que más del 1% de la población, o casi cuatro millones de personas, se vean obligados a sufrir pagos catastróficos cada año en sólo seis países de la OCDE.

La unión hace la fuerza

La forma más eficaz de lidiar con el riesgo financiero por el pago de los servicios sanitarios es compartirlo y, cuanta más gente lo comparta, mejor será la protección. Had Narin Pintalakarn se unió a la gente de su pueblo para establecer un fondo de emergencia al que se recurriría en casos de enfermedad o accidente; el coste de su cirugía cerebral y de la asistencia en el hospital regional de Khon Kaen (Tailandia) habría agotado sus reservas. Afortunadamente, se unió al conjunto que paga impuestos en Tailandia y que financia el plan de cobertura universal. Esta no fue una decisión consciente, sino una decisión que otros tomaron y por la que lucharon durante muchas décadas. Pinkalakarn, como jornalero eventual que ganaba el equivalente a US$ 5 al día, formaba parte de ese grupo enorme de personas que no podía aportar ni un sólo baht en el momento de recibir asistencia, pero aún así pudo recibir tratamiento y recuperarse de nuevo. La unión hace la fuerza (Cuadro 3.1).

Durante mucho tiempo, la gente ha estado recaudando un fondo mancomunado con el dinero para protegerse a sí mismos del riesgo financiero de pagar por los servicios sanitarios. El plan de seguro *Students' Health Home* se puso en marcha en Bengala Occidental (India) en 1952, y en varios países africanos occidentales, incluidos Benin, Guinea, Malí y Senegal, dichos planes han estado funcionando desde la década de los 80, a menudo con apenas unos centenares de miembros (*64–67*). Estos planes están muy localizados, usualmente ligados a un pueblo o un grupo de profesionales. En Ucrania, por ejemplo, las personas han formado los llamados «fondos para la enfermedad» para ayudar a pagar los costes de los medicamentos en los lugares donde la provisión presupuestaria para los centros sanitarios locales es limitada. Los aportes suelen corresponder a aproximadamente un 5% de los salarios y con frecuencia se complementan con dinero recaudado en eventos benéficos. Si bien la cobertura no es grande, si se mide a nivel nacional, los fondos cumplen un papel importante en algunos pueblos pequeños con centros sanitarios sin financiación suficiente (*68*).

Ante la falta de una alternativa eficaz (es decir, un sistema mancomunado regulado con fondos públicos que funcione), dichos planes han demostrado ser populares entre los diferentes grupos de población. En Bangladesh, India y Nepal, funcionan un total de 49 planes comunitarios relacionados con la salud; los de la India asisten a los trabajadores informales como los peones y los pequeños granjeros. Estos planes pueden tener cientos de miles de miembros (*69*) pero, en términos relativos, suelen ser demasiado pequeños para funcionar con eficacia como fondos mancomunados de riesgo y sólo brindan una cobertura limitada para intervenciones caras como las cirugías. Sin embargo, ofrecen cierto grado de protección, cubriendo los costes de la asistencia primaria y, en algunos casos, parte del coste de la hospitalización; asimismo permiten que las personas se familiaricen con el pago anticipado y con los fondos mancomunados y pueden generar la solidaridad necesaria para estimular un mayor avance hacia la cobertura universal (*70*).

El seguro médico comunitario o micro-seguro también puede ser un peldaño institucional hacia planes regionales más amplios que, a su vez, pueden consolidarse en fondos mancomunados de riesgo a nivel nacional, aunque esto siempre requiere del apoyo del gobierno. Muchos de los países que se han acercado a la cobertura universal comenzaron con pequeños planes voluntarios de seguro médico que gradualmente se consolidaron en seguros sociales obligatorios para grupos específicos, alcanzando finalmente niveles muy superiores de protección frente al riesgo financiero en fondos mancomunados notablemente más grandes. Muchos años más tarde, los planes voluntarios de seguro médico fueron de gran importancia en la ayuda al desarrollo de la cobertura universal en Alemania y Japón.

Más recientemente, varios países han elegido un camino más directo hacia la cobertura universal que el que siguieran Alemania y Japón hace un siglo. Antes de las reformas para la cobertura universal iniciadas en 2001, Tailandia esbozó varios planes por separado: el Plan de Prestaciones Sanitarias para los Pobres, el plan de Tarjeta Sanitaria Voluntaria, el Plan de Beneficios Médicos para

Cuadro 3.1. La unión hace la fuerza

La planificación de los responsables políticos para alejarse de las cuotas de usuario y otros tipos de pagos directos cuenta con tres opciones relacionadas entre sí. La primera es reemplazar los pagos directos con modalidades de prepago, generalmente, con una combinación de impuestos y aportaciones al seguro. La segunda es consolidar los fondos mancomunados existentes convirtiéndolos en capitales comunes más grandes, y la tercera es mejorar la eficiencia con la que se utilizan los fondos (este tema se aborda en el Capítulo 4).

El prepago no significa necesariamente que las personas paguen los costes totales de la asistencia que reciban, sino que realicen pagos por anticipado. Implica que contribuyan a un fondo mancomunado al que podrán recurrir ellas, u otras personas, en caso de enfermedad. Durante algunos años, pueden recibir servicios que superen sus contribuciones y, durante otros, servicios que sean inferiores a estas.

Si los fondos mancomunados se consolidan o no en un gran fondo nacional, o se mantienen de forma independiente para impulsar la competencia o reflejar las necesidades de las diferentes regiones, es en parte una cuestión de las preferencias del país. En la mayoría de los países de ingresos elevados, la recaudación y la mancomunación tienen lugar a nivel del gobierno central, con las tareas de recaudación y mancomunación repartidas entre el ministerio de economía o de hacienda y el ministerio de sanidad. Por ejemplo, la República de Corea decidió fusionar más de 300 aseguradoras individuales en un único fondo nacional (*59*).

Pero también hay excepciones. Una abrumadora mayoría de ciudadanos suizos votó para mantener múltiples fondos mancomunados en lugar de formar un único *caisse unique*, y los recursos se mancomunan para grupos de personas más pequeños (*60*). Los Países Bajos han tenido un sistema de fondos competitivos desde principios de la década de los 90 (*61*). En ambos casos, los aportes al seguro son obligatorios y ambos gobiernos buscan consolidar los fondos mancomunados, al menos en alguna medida, por medio de la compensación de riesgos, mediante la cual el dinero se transfiere desde los fondos de seguros que prestan servicio a una mayor proporción de personas de bajo riesgo hacia los que aseguran predominantemente a personas de alto riesgo y por eso incurren en gastos mayores.

Sin embargo, la experiencia sugiere que un fondo mancomunado único ofrece varias ventajas, incluidas una mayor eficiencia (véase el Capítulo 4) y la capacidad para la subvención cruzada dentro de la población. Existen pruebas convincentes de que los sistemas de mancomunación fragmentada sin compensación de riesgos pueden funcionar en contra de los objetivos de equidad en la financiación, porque cada fondo mancomunado tiene un aliciente para inscribir a personas de bajo riesgo y los sectores de población que reciben más beneficios no están dispuestos a compartir sus fondos mancomunados con los sectores de la población que están en peores condiciones económicas (*62*).

La compensación de riesgos también tiene lugar cuando los gobiernos centrales asignan fondos para la salud a niveles inferiores de gobierno o a centros sanitarios en diferentes zonas geográficas. Las personas y las empresas en las regiones más ricas y con menos problemas de salud suelen contribuir más al fondo mancomunado en impuestos y cargos de lo que reciben, mientras que quienes viven en regiones más pobres y con mayores problemas de salud, reciben más de lo que aportan. Algunos países, además, utilizan fórmulas complejas de asignación para decidir cuál es la distribución justa entre las diferentes zonas geográficas y los diferentes centros (*63*).

Funcionarios Públicos, el Plan de Seguridad Social para el sector formal y el seguro privado. A pesar de la rápida expansión de la cobertura durante la década de los 90, alrededor del 30% de la población tailandesa seguía sin contar con ella en 2001 (*71*). Además, el plan para los funcionarios del estado recibió de parte del gobierno una subvención por miembro muy superior a la que percibió el Plan de Prestaciones Sanitarias para los Pobres (*72*). De hecho, estos planes aumentaron las desigualdades.

El programa de reforma para la cobertura universal de 2001 avanzó rápidamente para reducir la serie fragmentada de planes y subvenciones de la oferta que el gobierno hizo a los centros sanitarios. Los responsables políticos rechazaron ampliar la cobertura lentamente a través de las contribuciones a los seguros, reconociendo que una gran proporción de las personas que seguían sin cobertura tenían empleos informales y muchos eran demasiado pobres para aportar pagos al seguro (*73*). En cambio, sustituyeron los antiguos planes de Prestaciones Sanitarias y Tarjeta Sanitaria Voluntaria, y utilizaron ingresos del presupuesto general que antes se derivaban a estos planes y a los prestadores públicos, con el fin de crear un fondo mancomunado nacional para lo que ahora se llama «plan de cobertura universal» (previamente denominado «plan de los 30 baht»). Los planes para los funcionarios públicos y de seguridad social se mantuvieron de forma independiente, pero el plan de cobertura universal seguía reuniendo fondos mancomunados para casi 50 millones de personas y había reducido la proporción de la población sin cobertura de seguro del 30% a menos del 4%.

Todos los países que usan aseguradoras que compiten por la cobertura obligatoria utilizan algún sistema de compensación de riesgos para evitar los efectos negativos de la fragmentación. La República Checa comenzó con una variedad de aseguradoras médicas, pero sólo un fondo se responsabilizó de la carga de una base de clientes mucho mayores y más pobres. En 2003, el gobierno amplió su mecanismo de compensación de riesgos a todas las rentas obligatorias de pago anticipado para el seguro médico, transfiriendo con eficacia los recursos desde los fondos que cubrían a las personas de bajo riesgo hasta aquellos que cubrían a las personas de alto riesgo. Asimismo, esta reforma creó un sistema para compensar a los aseguradores por los casos con costes altos (*74*).

¿Dónde y cómo dar cobertura a un mayor número de personas?

En el avance hacia la financiación sanitaria basada en el prepago y la mancomunación, los responsables políticos deben decidir primero cuáles son los sectores de la población que se desean cubrir. Históricamente, muchos de los países de ingresos altos de Europa y también Japón han empezado con los trabajadores del sector formal, que son fáciles de identificar y cuyos ingresos salariales regulares son relativamente fáciles de gravar.

Sin embargo, si hoy comenzáramos con el sector formal nos arriesgaríamos a una mayor fragmentación y desigualdad, en lugar de encaminar el sistema hacia un gran fondo mancomunado de riesgo que permita que las subvenciones pasen de ricos a pobres y de personas sanas a enfermas.

Desde 1980, puede que la República de Corea haya sido el único país que ha avanzado hacia la cobertura universal en este sentido. Allí, el sistema se desarrolló bajo un fuerte liderazgo del gobierno y en medio de un rápido crecimiento económico y con niveles elevados de participación de los trabajadores del sector formal (en comparación con la mayoría de los países de ingresos bajos y medios) (*75*, *76*).

En otros lugares, los resultados han sido menos positivos. En general, los grupos que al principio reciben cobertura presionan para aumentar los beneficios o disminuir las aportaciones, pero no para ampliar la cobertura a otros, especialmente a aquellos que no pueden contribuir. Esto agrava las desigualdades, puesto que quienes tienen empleos formales suelen contar con una seguridad financiera mayor que la del resto de la población. Esta fue la experiencia de México, hace 15 años, cuando varios tipos de fondos mancomunados cubrían distintos grupos de poblaciones, cada uno con un nivel de beneficios diferente (*77–79*). Dichos planes no sólo son injustos, sino también ineficientes y costosos (*80*, *81*). Esta fue la lógica de las reformas más recientes en México, dirigidas a brindar una cobertura más eficaz a los grupos más pobres (*82*).

La mayor prioridad: los pobres

En la planificación para financiar la cobertura universal, los responsables políticos no deben excluir a quienes no pueden hacer aportaciones, quizás porque no ganan lo suficiente como para pagar impuestos sobre la renta o para hacer contribuciones al seguro. La cuestión clave es si los derechos deben estar relacionados con las aportaciones. ¿Deberían recibir asistencia sanitaria gratuita aquellos que no contribuyen económicamente? Según lo poco que se ha investigado sobre este tema, si bien la mayoría de las personas considera que los pobres deberían recibir ayuda con los costes de la asistencia sanitaria, también cree que dicha ayuda debería dejar de cubrirlo todo (*83*). Cada país verá este tema a través de su propia lente socio-económica, pero los responsables políticos deben recordar que los sistemas de financiación sanitaria que se perciben como justos tienen mayor probabilidad de mantenerse a largo plazo.

El riesgo de exclusión no se limita a los enfermos y a los pobres. Por ejemplo, están los pobres que desempeñan trabajos peligrosos. En la región donde Narin Pintalakarn tuvo el accidente, los jornaleros son las personas con mayor probabilidad de terminar en una unidad de cuidados intensivos o, si no se hace frente a los pagos para su tratamiento, en la morgue del pueblo.

Sea cual sea el sistema que se adopte, se necesitarán algunos ingresos de la administración pública para garantizar que las personas que no puedan pagar las contribuciones puedan acceder igualmente a los servicios sanitarios; por ejemplo, mediante la subvención de las primas de seguro médico o la no imposición del pago directo. En los casos en que el total combinado del gasto con cargo a los ingresos de la administración pública y a las contribuciones obligatorias del seguro médico es inferior a un 5–6% del producto interno bruto (PIB), los países luchan por asegurar la cobertura de los servicios sanitarios para los pobres (*84*). La Oficina Regional de la

Cuadro 3.2. Las cuestiones de derecho en la República de Moldova

La República de Moldova introdujo un sistema nacional de seguro médico obligatorio en 2004. La ley estipula que la población económicamente activa realice contribuciones a través de impuestos sobre las remuneraciones o, si son autónomos, mediante una contribución de tasa fija. El resto de la población, incluyendo a quienes están registrados como desempleados o quienes no trabajan, está exenta de realizar aportaciones y está asegurada por el gobierno, que hace una contribución a su nombre. El cambio en la base del derecho por el que se pasa de ser un ciudadano de la República de Moldova a ser un individuo que paga una prima ha provocado que un cuarto de la población (el 27,6% en 2009) no tenga un acceso suficiente a la asistencia sanitaria. Estas personas, en su mayoría agricultores de las zonas rurales, tienen acceso a los servicios de urgencia y a una cantidad limitada de consultas con los profesionales de asistencia médica primaria, pero tienen que pagar directamente de su bolsillo el resto de servicios (*87*).

El gobierno no sólo exigió a estas personas (muchas de ellas viviendo por debajo del umbral de la pobreza) que pagaran una prima, sino que esta prima se fijó para todas las personas que se pueden asegurar con medios propios, incluidos los médicos, los notarios y los abogados. En febrero de 2009 se aprobó otra ley que garantiza que todas aquellas personas inscritas como pobres, de conformidad con la Ley sobre Asistencia Social recientemente aprobada, recibirán automáticamente un seguro médico totalmente subvencionado. Más tarde, se trataron asuntos relacionados con la cobertura a través de la legislación aprobada en diciembre de 2009, que amplió de forma notable (por ejemplo, a toda la asistencia primaria) el paquete de servicios para todos los ciudadanos, independientemente de la categoría de los seguros. A pesar de la persistencia de algunos problemas de desigualdad, la mancomunación de toda la financiación pública para la asistencia sanitaria y la división entre las funciones de adquisición y prestaciones han conducido a una mayor equidad geográfica en el gasto sanitario del gobierno *per capita* desde que se presentó la reforma del seguro médico en 2004 (*90*).

OMS de las Américas defiende un nivel del 6% (*85*, *86*). Únicamente los países ricos logran este nivel de fondos mancomunados obligatorios, pero los países cuyo objetivo es la cobertura universal necesitan desarrollar estrategias para ampliar las contribuciones que darán cobertura a los pobres con el tiempo. Esto se puede hacer de varias maneras, incluso subvencionando las aportaciones del seguro o prestando los servicios de manera gratuita.

Mientras que la identificación de quiénes recibirán la cobertura requiere un análisis minucioso, el lugar de dónde provendrá el dinero, si de los ingresos de la administración pública o de algún tipo de contribución obligatoria al seguro médico, es un problema menor. De hecho, simplificar las opciones en una dicotomía impuestos/seguro médico puede ayudar. En la mayoría de los sistemas de financiación sanitaria prevalece la hibridación: la recaudación, la mancomunación y el gasto de los recursos depende de una mezcla de mecanismos. Las fuentes de ingresos no determinan necesariamente cómo se mancomunan los fondos o a quiénes benefician. Los aportes al seguro realizados por los empleadores y/o los empleados pueden ponerse dentro del mismo fondo mancomunado al que van las contribuciones de ingresos de la administración general. En 2004, el Gobierno de la República de Moldova presentó su Compañía Nacional de Seguro Médico, haciendo uso de dos fuentes principales de recursos: un nuevo impuesto del 4% gravado en los salarios (que aumentó al 7% en 2009) y los ingresos del presupuesto general, que antes se dirigían a los centros sanitarios regionales y nacionales y que se han redirigido hacia la compañía (*87*).

La agrupación de los ingresos del presupuesto general con las aportaciones al seguro obligatorio eliminó prácticamente la fragmentación del sistema presupuestario descentralizado y, cuando se combinó con un cambio del método de pago en función de los ingresos por un método de pago en función del producto, llevó a una mayor igualdad en el gasto sanitario del gobierno *per capita* en todas las zonas gubernamentales locales. Asimismo, hubo una disminución del nivel de desembolsos personales para el 20% más pobre de la población (*88*, *89*), a pesar de que la República de Moldova todavía se enfrenta al reto de ampliar la cobertura a otros segmentos de la población (Cuadro 3.2).

Incluso Alemania, considerada el país con la seguridad social basada en el empleo más antigua del mundo, ha aumentado la participación de los ingresos de la administración pública en los fondos mancomunados del seguro. Esta medida se adoptó en respuesta a los desafíos que plantean el envejecimiento de la población y la consiguiente disminución de la base de cotizaciones al seguro médico vinculadas al salario. Este país también ha tenido que considerar el impacto de la crisis económica mundial que comenzó en 2008 sobre el empleo y los índices de cotización. Posteriormente, Alemania ha inyectado fondos adicionales provenientes de los ingresos de la administración pública al sistema de seguros y ha reducido las tasas de cotización al seguro médico vinculadas al salario del 15,5% al 14,9% (*91*, *92*).

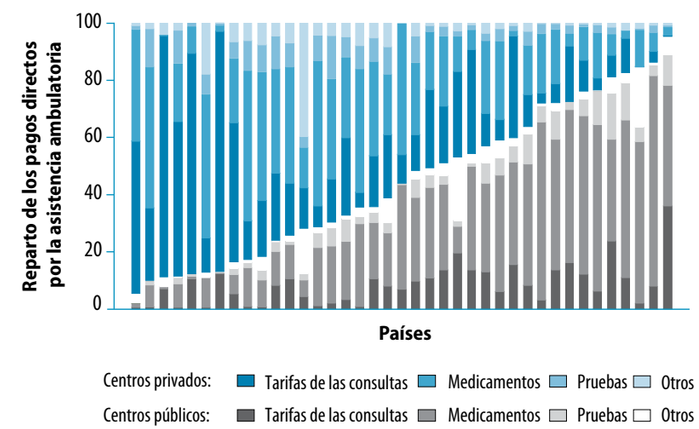
Otras barreras de acceso

Si bien el cambio de los pagos directos a un sistema de prepago y mancomunación ayuda a las personas pobres a obtener asistencia, esto no garantiza el acceso. Los pagos directos son sólo uno de los costes económicos a los que las personas se enfrentan en su búsqueda de servicios sanitarios y es posible que las cuotas que pagan los usuarios en los centros públicos sean una parte pequeña de estos costes. Es más, los costes económicos son sólo una de las posibles barreras a la asistencia (*93*, *94*). Existen barreras culturales e idiomáticas en sociedades que son multiculturales; por ejemplo, en sitios donde a las mujeres no se les permite viajar solas en determinados entornos.

Los resultados de las Encuestas sobre la Salud Mundial en 39 países de ingresos bajos y medio-bajos mostraron que, en promedio, sólo el 45% del total de desembolsos personales para la asistencia ambulatoria fueron pagados en centros públicos, incluyendo los honorarios médicos, los medicamentos y las pruebas (los segmentos grises en la Figura 3.3). En algunos países, fue inferior al 15%. El 55% restante estuvo constituido por pagos a instituciones privadas, incluidas las organizaciones no gubernamentales, los medicamentos y las pruebas realizadas de forma particular (*95*). La oferta de servicios sanitarios gratuitos en los centros públicos recorre sólo un tramo del camino hacia la reducción de las barreras económicas al acceso y en algunos países, se trata de un tramo muy pequeño.

El transporte puede ser otro gasto importante, especialmente en zonas rurales alejadas. El mismo estudio de Encuestas sobre la Salud Mundial de 39 países mostró que los gastos de transporte representaban, en promedio, más del 10% del total de los desembolsos personales en los que incurrieron quienes buscaban servicios sanitarios (*95*). Los gastos de transporte también pueden persuadir a la gente de que retrasen el tratamiento (*96*). Una estancia

Figura 3.3. Pagos directos realizados en centros públicos y privados de 39 países



Fuente (*95*).

prolongada en un hospital suele exigir alojamiento y comida para quienes cuidan del paciente. Esto también se suma al coste del tratamiento (*97*). Incluso en los lugares donde no se aplican las cuotas de usuario o donde estas son limitadas, los gastos de transporte y otros pagos directos pueden constituir un impedimento para los hogares que perciben la asistencia oportuna (*98*).

Hay varias maneras de superar estas otras barreras económicas. Una de las más obvias consiste en invertir en asistencia primaria, garantizando a todos un acceso físico fácil y barato a los servicios. Este fue un factor clave en el avance de Tailandia hacia la cobertura universal. La reforma de la financiación sanitaria estuvo acompañada de una ampliación de la asistencia primaria en todo el país y de un servicio sanitario rural para el que se solicitó a los recién licenciados en medicina que prestaran sus servicios (*99*).

Otros países han optado por una reforma gradual, usando cupones o transferencias en efectivo condicionadas, que otorgan a la gente los medios económicos para acceder a los servicios y/o someterse a algunas intervenciones médicas específicas, generalmente relacionadas con la prevención (*100*, *101*).

El uso de estas transferencias ha sido más generalizado en América Latina, donde han tenido cierto éxito en Brasil, Colombia, Honduras, México y Nicaragua (*102–104*). En México, el plan de transferencias condicionales de efectivo «Oportunidades» (antes conocido como «Progresa»), que se inició en 1997 y da cobertura a 5 millones de familias con casi US$ 4 mil millones de gasto público, ha mejorado la salud de los niños y ha reducido la mortalidad infantil (*105*, *106*).

Las transferencias condicionadas de dinero en efectivo se han aplicado en varios países, incluidos Bangladesh, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, India, Indonesia, Kenya, Nepal, Pakistán y Turquía. Aunque tienen su importancia en la financiación sanitaria, son de poca utilidad en zonas donde los servicios son limitados o de mala calidad, como es el caso de la parte rural del África Subsahariana.

Los planes de transferencias condicionadas de dinero en efectivo y de cupones para compensar los costes y los ingresos perdidos en la búsqueda de asistencia sanitaria sólo funcionan si se administran de manera coherente. Esto implica incurrir en gastos potencialmente cuantiosos y arriesgarse a la falta de eficiencia, como el desvío a las personas que no son pobres y que, debido a su educación o a sus contactos, pueden aprovecharse mejor de tales beneficios.

No obstante, en zonas donde las barreras de acceso son importantes (por ejemplo: zonas pobres o zonas rurales aisladas) los planes de transferencias condicionadas de dinero en efectivo o de cupones pueden ser el único medio para garantizar a corto plazo que las personas obtengan la asistencia oportuna que necesitan.

Conclusión

Las últimas tres décadas nos han dado diversas lecciones sobre el fracaso de los pagos directos, como las cuotas de usuario, para financiar los sistemas sanitarios. La solución es el avance hacia un sistema de prepago y mancomunación que divida el riesgo financiero de la enfermedad entre el mayor grupo de población posible. Esto debe planificarse cuidadosamente para evitar que se agrave la situación desesperada de las muchas personas pobres y vulnerables que hay en el mundo, especialmente de aquellas que viven en zonas aisladas. El Cuadro 3.3 resume los datos presentados en este capítulo que se pueden utilizar para informar sobre la toma de decisiones de un país.

Los objetivos a largo plazo deben ser: reducir el nivel de pagos directos por debajo del 15–20% del gasto sanitario total y aumentar a más del 5–6% la proporción del gasto combinado a cargo del gobierno y del seguro obligatorio en el PIB. Alcanzar estas metas llevará su tiempo en algunos países, que podrían ponerse objetivos más factibles a corto plazo. La transición puede resultar desalentadora, pero muchos países han dado grandes pasos recientemente, incluso países con recursos limitados.

La ayuda económica externa será vital en el caso de los países que no tienen la capacidad de generar la financiación o que carecen de los recursos técnicos para sustentar la transición. Es importante que esta ayuda se otorgue dentro el espíritu de la Declaración de París, Francia, de manera que permita a los receptores de la ayuda formular y ejecutar sus propios planes nacionales en función de sus prioridades. Debe evitarse la forma fragmentada en la que los donantes encauzan los fondos hacia los países. También es necesario que los socios para el desarrollo recuerden que muchos de los gobiernos que actualmente dependen de las cuotas de usuario las aplicaron en respuesta al asesoramiento externo y, algunas veces, a los requisitos de los donantes.

La transición a un sistema de prepago y mancomunación necesita la actuación a nivel nacional e internacional para cumplir con los compromisos de préstamos adquiridos durante la última década. El éxito dependerá en gran medida de la movilización sostenida de los recursos al nivel al que se comprometieron los gobiernos. Si no se invierte lo necesario en los servicios

Cuadro 3.3. Ideas clave para reducir las barreras económicas

La pregunta clave para los responsables actuales de la toma de decisiones es: ¿cómo podemos modificar el sistema de financiación existente para beneficiarnos de la fuerza de las cifras donde esa unión hace la fuerza o para proteger los logros que ya se han conseguido? Aquí se enumeran algunas de las consideraciones fundamentales para los responsables políticos que buscan aumentar la protección financiera de la población y, al mismo tiempo, reducir las barreras del uso de los servicios necesarios.

Pagos mancomunados

Los países pueden progresar más rápidamente hacia la cobertura universal mediante la introducción de formas de prepago y mancomunación con el fin de aprovechar la ventaja de la unión que hace la fuerza.

Consolidar o compensar

Hay posibilidades de mejorar la cobertura consolidando los fondos mancomunados fragmentados o desarrollando medidas de compensación de riesgos que permitan la transferencia de fondos entre ellos.

Combinar los impuestos y la seguridad social

La procedencia de los fondos no debe determinar cómo se agrupan. Las contribuciones de impuestos y seguros pueden combinarse para cubrir a toda la población, en lugar de mantenerse en fondos independientes.

Las contribuciones obligatorias ayudan

Los países que se han acercado a la cobertura universal utilizan algún tipo de plan de contribución obligatoria, estén financiados por los ingresos de la administración pública o por las aportaciones del seguro obligatorio. Esto permite que los fondos mancomunados den cobertura a las personas que no pueden pagar, que podemos encontrar en todas las sociedades.

Los planes voluntarios son un primer paso útil

En aquellos países donde su amplio contexto económico y fiscal sólo permiten niveles bajos de recaudación de impuestos o de contribuciones del seguro obligatorio, los planes voluntarios tienen el potencial de ofrecer una cierta protección contra los riesgos financieros de la enfermedad y podrían ayudar a la gente a comprender los beneficios del prepago y la mancomunación. Pero la experiencia indica que su potencial es limitado.

Omitir el pago directo

Únicamente cuando los pagos directos de los hogares alcanzan un 15–20% del total de los gastos sanitarios, la incidencia del gasto catastrófico disminuye a niveles insignificantes, aunque haya países y regiones que quieran establecer objetivos a medio plazo, tal y como explicamos antes sobre la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental de la OMS.

sanitarios, especialmente en infraestructuras y en personal capacitado para proporcionar la asistencia primaria adecuada, el problema de cómo pagar la asistencia sanitaria es irrelevante. Cuando no hay asistencia de ningún tipo, la forma en que podría pagarse es irrelevante.

Por último, incluso en los países donde el sistema de prepago y mancomunación es lo habitual, siempre habrá personas necesitadas para quienes la asistencia sanitaria deberá ser realmente gratuita. ■

Bibliografía

1. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
2. *The impact of global crises on health: money, weather and microbe*. Address by Margaret Chan at: 23rd Forum on Global Issues, Berlin, Germany, 2009 (http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/en/index.html, accessed 23 June 2010).
3. Witter S. *Summary of position on user fees, selected African and Asian countries (including all PSA countries)*. Briefing note for the Department for International Development, 2009 (unpublished).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nha, accessed 23 June 2010).
5. *Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys*. Brussels, Médecins Sans Frontières, 2004 (http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf, accessed 25 June 2010).
6. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:849-856. doi:10.2471/BLT.07.049403 PMID:19030690
7. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
8. *World report on disability and rehabilitation.* Geneva, World Health Organization (unpublished).
9. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
10. Habicht J, Xu K, Couffinhal A, Kutzin J. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006,21:421-431. doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
11. Saksena P et al. *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda.* World health report 2010 background paper, no. 6 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. James CD, Bayarsaikhan D, Bekedam H. Health-financing strategy for WHO's Asia-Pacific Region. *Lancet*, 2010,375:1417-1419. doi:10.1016/S0140-6736(10)60552-1 PMID:20417844
13. *Health financing strategy for the Asia Pacific region (2010–2015).* Manila and New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific and WHO Regional Office for South-East Asia, 2009 (http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HCF/HCF+strategy+2010-2015.pdf, accessed 25 June 2010).
14. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *The Quarterly Journal of Economics*, 2010,125:1-45. doi:10.1162/qjec.2010.125.1.1
15. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *The Quarterly Journal of Economics*, 2007,122:1007-1065. doi:10.1162/qjec.122.3.1007
16. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ*, 2005,331:762-765. doi:10.1136/bmj.331.7519.762 PMID:16195296
17. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:472-473. doi:10.2471/BLT.09.074765 PMID:20539867
18. Gaal P, Cashin C, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
19. Kruk ME, Mbaruku G, Rockers PC, Galea S. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2008,13:1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x PMID:18983268
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:984-997. doi:10.1377/hlthaff.26.4.984 PMID:17630441
21. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 25 June 2010).
22. Rossi L et al. Evaluation of health, nutrition and food security programmes in a complex emergency: the case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation. *Public Health Nutrition*, 2006,9:551-556. doi:10.1079/PHN2005928 PMID:16923285
23. *Global health cluster position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/EN_final_position_paper_on_user_fees.pdf, accessed 25 June 2010).
24. Andrews S, Mohan S. User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly*, 2002,37:3793-3795.
25. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
26. Resolution AFR/RC37/R6. Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. In: *37th Regional Committee, Bamako, 9–16 September 1987*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 1987.
27. Waddington C, Enyimayew K. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990,5:287-312. doi:10.1002/hpm.4740050405
28. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 1995,10:164-170. doi:10.1093/heapol/10.2.164 PMID:10143454
29. Knippenberg R et al. *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa.* Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/10/24/000160016_20031024114304/Rendered/PDF/269540Bamako0Increasing0clients0power.pdf, accessed 25 June 2010).
30. Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1997,12:Suppl 1S109-S135. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.3.CO;2-7 PMID:10169906
31. Litvack JI, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science & Medicine (1982)*, 1993,37:369-383. doi:10.1016/0277-9536(93)90267-8 PMID:8356485
32. Batungwanayo C, Reyntjens L. *Impact of the presidential decree for free care on the quality of health care in Burundi*. Buju Burundi, 2006.
33. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, eds. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITGPress, 2008:168–198.
34. Thomson S, Mossialos E. *Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries*. New York, The Commonwealth Fund, 2010 (http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf, accessed 25 June 2010).
35. Mkandawire T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2005 (http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/$FILE/mkandatarget.pdf, accessed 25 June 2010).
36. Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. *The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia* (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Phnom Penh, Cambodian Ministry of Health/Health Economics Task Force, 2001.
37. Hardeman W et al. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004,19:22-32. doi:10.1093/heapol/czh003 PMID:14679282
38. Noirhomme M et al. Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2007,22:246-262. doi:10.1093/heapol/czm015 PMID:17526640
39. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:560-564. doi:10.2471/BLT.08.053058 PMID:19649372

40. Kutzin J. *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, 2003 (Policy Research Paper 24, Manas Health Policy Analysis Project).
41. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80083/SouthAsia/southasia/pdf/readings/day1/aldeman.pdf, accessed 25 June 2010).
42. Jacobs B, Price NL, Oeun S. Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2007,12:1391-1401. PMID:17949399
43. Nishtar S. *Choked pipes: reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
44. Gotsadze G, Gaal P. Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost-sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
45. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
46. Ridde V, Robert E, Meesen B. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. World health report 2010 background paper, no.18 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
47. Masiye F et al. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: a study of the effects on utilisation and quality of care*. Harare, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, 2008 (Report No. 57; http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf, accessed 25 June 2010).
48. Nabyonga J et al. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005,20:100-108. doi:10.1093/heapol/czi012 PMID:15746218
49. *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, Save the Children Fund, 2005 (http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf, accessed 25 June 2010).
50. *Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?* Oxford, Oxfam International, 2009 (http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp_your_money_%20or_your_life.pdf, accessed 25 June 2010).
51. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, The World Bank, 1995.
52. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995,32:215-243. doi:10.1016/0168-8510(95)00737-D PMID:10156640
53. Nyonator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999,14:329-341. doi:10.1093/heapol/14.4.329 PMID:10787649
54. Witter S, Adjei S, Armar-Klemesu M, Graham W. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009,2: PMID:20027275
55. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
56. Gaal P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
57. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 2009,373:2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0 PMID:19362359
58. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; http://go.worldbank.org/LSI0CP39O0, accessed 25 June 2010).
59. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review*, 2003,56:75-94. doi:10.1111/1468-246X.00150
60. What? No waiting lists? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:241-320. doi:10.2471/BLT.10.000410
61. Van de Ven WPMM, Schut FT. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics*, 2009,18:253-255. doi:10.1002/hec.1446 PMID:19206093
62. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004,328:103-105. doi:10.1136/bmj.328.7431.103 PMID:14715608
63. Smith PC. *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries*. Geneva, World Health Organization, 2008 (HSS/HSF/DP.08.1).
64. Devadasan N et al. The landscape of community health insurance in India: an overview based on 10 case studies. *Health Policy*, 2006,78:224-234. doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.005 PMID:16293339
65. Fonteneau B, Galland B. The community-based model: mutual health organizations in Africa. In: Churchill C, ed. *Protecting the poor: a microinsurance compendium*. Geneva, International Labour Organization, 2006.
66. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/ARA/97.13).
67. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenue*. Paris, Agence française de Développement, 2005.
68. Lekhan V, Rudiy V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, accessed 25 June 2010).
69. Criel B et al. Community health insurance in developing countries. In: Carrin G et al. eds. *Health systems policy, finance and organization*. Amsterdam, Elsevier, 2009.
70. Soors W et al. *Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Tangcharoensathien V et al. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007.
72. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand technical report. Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute. Manila, Asian Development Bank, Thailand Health Management and Financing Study Project, 1999.
73. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges*. World health report 2010 background paper, no. 43 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
74. Hrobon P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform in the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform CZ, 2005 (http://healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, accessed 24 June 2010).
75. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from the Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. Xu K et al. *Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995–2007*. World health report 2010 background paper, no. 23 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
77. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995,32:257-277. doi:10.1016/0168-8510(95)00739-F PMID:10156642
78. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 2006,40:353-368. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
79. Savedoff WD. Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 2004,19:183-184. doi:10.1093/heapol/czh022 PMID:15070867
80. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997,41:1-36. doi:10.1016/S0168-8510(97)00010-9 PMID:10169060
81. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
82. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff (Millwood)*, 2005,24:1467-1476. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467 PMID:16284018
83. James C, Savedoff WD. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
84. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Interview with Dr Mirta Roses Periago, Director of the Pan American Health Organization. International Food Policy Research Institute. IFPRI Forum, Online Edition 15 December 2009 (http://ifpriforum.wordpress.com/2009/12/15/interview-roses-periago/, accessed 24 June 2010).
86. *Towards the fifth summit of the Americas: regional challenges*. Washington, DC, Organization of American States, undated (http://www.summit-americas.org/pubs/towards_v_summit_regional_challenges_en.pdf accessed 24 June 2010).

87. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 24 June 2010).
88. Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova.pdf, accessed 24 June 2010).
89. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:291-312. PMID:19791707
90. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
91. Schmidt U. Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt. Interview by Tsung-Mei Cheng and Uwe Reinhardt. *Health Aff (Millwood)*, 2008,27:w204-w213. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w204 PMID:18397935
92. Ognyanova D, Busse R. Health fund now operational. *Health Policy Monitor*, May 2009 (http://www.hpm.org/survey/de/a13/3).
93. Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, 2009,9:75- doi:10.1186/1472-6963-9-75 PMID:19426533
94. James CD et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006,5:137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001 PMID:17132029
95. Saksena P et al. *Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income countries*. World health report 2010 background paper, no. 20 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
96. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 2004,19:69-79. doi:10.1093/heapol/czh009 PMID:14982885
97. Saksena P et al. Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*, 2010,25:328-333. doi:10.1093/heapol/czq003 PMID:20129938
98. Goudge J et al. The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2009,14:458-467. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x PMID:19254274
99. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:57-81. PMID:19791699
100. Gupta I, William J, Shalini R. *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World health report 2010 background paper, no. 27) (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
101. Ensor T. *Consumer-led demand side financing for health and education: an international review*. Dhaka, World Health Organization Bangladesh Country Office, 2003 (WHO/BAN/DSF/03.1) (http://www.whoban.org/dsf_international_review.pdf, accessed 25 June 2010).
102. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HSS/HSF/PB/08.01).
103. Rawlings LB. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs *The World Bank Research Observer*, 2005,20:29-55. doi:10.1093/wbro/lki001
104. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, 2009,1:103-129. doi:10.1080/19439340902924043
105. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 2008,371:828-837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7 PMID:18328930
106. Barham T.. A healthier start: the effect of conditional cash transfers on neonatal and infant mortality in rural Mexico. *Journal of Development Economics*, In press, corrected proof available doi:10.1016/j.jdeveco.2010.01.003.