

XI. EL DILEMA AFRICANO: ALTERNATIVAS A LA PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL SUR DEL SAHARA

Yoswa M Dambisya y Hyacinth Eme Ichoku

La salud desempeña un papel clave en el desarrollo humano. Reconociendo este hecho, las Naciones Unidas adoptaron la Declaración del Milenio y los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tres de los cuales están directamente relacionados con la salud. La atención primaria de la salud (APS) es la piedra angular de los sistemas sanitarios de muchos países, tanto en África como en otros continentes. Según la definición de la OMS-UNICEF (1978):

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS es un enfoque de atención de la salud que no sólo se caracteriza por ser primario (primer contacto) o curativo, sino también integral (WHO 2008). El enfoque de la APS es especialmente relevante en el contexto del África subsahariana debido a la alta carga de enfermedad de la región, gran parte de la cual es atribuible a enfermedades infecciosas que se pueden controlar con mejores en la educación, la economía, el entorno físico, la agricultura y el desarrollo social y general (todos ellos ámbitos que engloba la APS). Se calcula que en torno al 65 por ciento de las muertes en el África subsahariana se deben a enfermedades transmisibles, como la malaria, la tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), afecciones perinatales y maternas, y trastornos nutricionales (Wurthwein et al 2001).

La subregión tiene unos indicadores de salud muy precarios, con altas tasas de mortalidad materna, altas tasas de mortalidad infantil y altas tasas de mortalidad entre los menores de cinco años. La esperanza de vida en la región oscila entre los 74 años de las Seychelles y Mauricio y los 39 años de Zimbabwe (WHOSIS

2009). En muchos países subsaharianos se da una elevada prevalencia de VIH/SIDA –Swazilandia (38,8 por ciento), Lesotho (28,9 por ciento) y Zimbabwe (24,6 por ciento) serían los más afectados– y el SIDA es una de las principales causas de mortalidad (UNGASS 2008).

Hay también una creciente preocupación ante el incremento de la morbilidad y la mortalidad de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus, la hipertensión, el cáncer y los trastornos endocrinos cardiovasculares derivados de la urbanización y de la adopción de un estilo de vida occidental por parte de muchos habitantes de la región (Unwin et al 2001, Tursken 1997, BeLue et al 2009). En efecto, hay pruebas de que dichas enfermedades son las responsables del 15-25 por ciento de muertes anuales en Tanzania entre los grupos de edad de 15-59 años, que la tasa de prevalencia de la diabetes mellitus en las zonas urbanas de Tanzania y los barrios marginales de Sudáfrica es del 5-8 por ciento, y que la tasa de prevalencia de la hipertensión es del 20-33 por ciento.

En muchos países desarrollados con una carga de enfermedad mucho menor que la del África subsahariana, el gasto en salud supera el 15 por ciento del presupuesto total del Estado. África dedica en torno al 5 por ciento de su producto interior bruto (PIB) a salud, frente a la media mundial del 8,69 por ciento; si se compara con otras regiones, el porcentaje de gasto total en salud del África subsahariana que se corresponde a ayuda externa es mayor (10,7 por ciento). El gasto promedio en salud per cápita en la subregión (111 dólares estadounidenses, USD) está muy por debajo del promedio global (790 USD). En la misma línea, la aportación promedio del Gobierno al sistema de salud per cápita es de 52 USD, cifra que, aunque superior que la del sudeste asiático (28 USD), dista mucho del promedio mundial (455 USD). Muchos de los países subsaharianos analizados en este estudio gastan menos de 50 USD per cápita, frente a los 6.719 USD de Estados Unidos o incluso los 315 y 355 USD alcanzados por Argelia y Túnez, respectivamente (WHO 2008).

Según los cálculos de varios estudios, el sector informal de la salud, a pesar de sus muchas deficiencias en términos de calidad del servicio, ofrece tratamiento al 15-83 por ciento de las enfermedades infantiles en África (Goodman 2007, Molyneux 1999, Snow et al 1992). Pero tal como observa Mackintosh (2003, 2006), la expansión sin control del sector informal es uno de los aspectos más llamativos de la privatización y la comercialización del sector de la salud.

Todas estas características –alta carga de enfermedad, entorno macroeconómico precario, creciente pobreza de los hogares y desarrollo de un gran mercado informal de la salud– son fundamentales para plantear alternativas viables a la privatización y comercialización en la subregión porque determinan la naturaleza y la textura de las posibles alternativas al suministro público convencional de los servicios de salud. Tras las crisis económicas de los años ochenta, muchos países subsaharianos experimentaron desórdenes sociales y económicos, y los sistemas públicos de salud de la mayoría de países de la subregión comenzaron a tambalearse.

Definición de ‘alternativas’ en el contexto subsahariano

En este estudio nos referimos a las ‘alternativas’ como sistemas de salud que no están privatizados ni comercializados. La privatización abarcaría todas las formas de participación del sector privado en la prestación del servicio. La comercialización, por su parte, puede aludir a entidades de servicio público que funcionan en gran medida como proveedores privados, caracterizados por (Mackintosh 2003): un incremento del suministro de servicios de salud a través de relaciones de mercado y basados en la capacidad de pago, aunque dicho servicio esté suministrado o gestionado por el Estado; inversiones en la producción de servicios de salud con fines lucrativos; y la expansión de la financiación de la salud basada en el pago individual o el seguro privado.

Así pues, los elementos clave de la comercialización y la privatización de los servicios de salud son la orientación al mercado y la financiación y el suministro de servicios de salud con fines lucrativos, ya sea por parte de empresarios particulares o corporaciones estatales. La privatización, en concreto, conlleva la delegación de las responsabilidades en materia de salud del Estado a organismos no gubernamentales semiautónomos (QUANGO) o autoridades que después controlan y administran los servicios de salud en nombre del Estado. Así pues, la titularidad estatal no implica necesariamente que un servicio no esté orientado al mercado y no busque el lucro, y la propiedad o control privado no implica inevitablemente lo contrario.

Los modelos más evidentes de prestación ‘alternativa’ de atención de la salud pasan, por tanto, por sistemas no corporatizados, estatales y no estatales, y sin ánimo de lucro. Así, las alternativas presentadas en estas páginas asumen que los servicios de salud no corporatizados y no comercializados proporcionados por el Estado –y sus distintas variantes– constituyen la base del sistema de salud, mientras que otras alternativas no estatales se consideran como iniciativas complementarias a dicha base.

El sector privado es muy amplio y variado, tanto en lo que respecta a su tipología como a su gama de actividades. Entre los proveedores privados de salud encontraríamos curanderos tradicionales, centros de salud de gestión comunitaria, centros de salud cuya propiedad o gestión depende de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de otras organizaciones confesionales, y centros de salud privados con y sin fines lucrativos. Cualquier institución u organización que ofrezca un modelo alternativo a la prestación de servicios orientada al mercado, la inversión del sector privado o la financiación privada de servicios de salud se considerará, en un principio, como posible alternativa. Su viabilidad y sostenibilidad como alternativa se evaluarán mediante una serie de parámetros predeterminados, tales como equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad, participación y rendición de cuentas (véase el capítulo 2 para más detalles sobre la metodología de la investigación). Por lo tanto, los modelos que se dirigen al significativo negocio del suministro de servicios de salud, ofrecen opciones de inversión no orientadas al mercado o proporcionan fondos no privados a la atención de la salud se consideran como alternativas a la privatización y la comercialización.

Alcance y método del estudio

Este estudio no persigue presentar los detalles de las alternativas identificadas en profundidad, sino ofrecer una visión de conjunto e incluir tantas alternativas como sea posible en el África subsahariana, independientemente del país en que se encuentren. Como no es fácil encontrar ejemplos de alternativas ni se hallan en todos los países, el principal acento recaerá sobre aquellos países que ofrecen alternativas viables.

Para nuestro estudio hemos utilizado datos secundarios procedentes de bases de datos, así como de entrevistas y revisiones de bibliografía:

- Identificación de informantes clave en distintas partes del África subsahariana, especialmente de personas que desempeñan actividades relacionadas con la salud, como investigadores, profesionales de la atención de la salud y responsables de la aplicación de políticas de salud.
- Entrevistas con cuestionarios: varias personas e instituciones identificadas en distintos países de la subregión fueron entrevistadas por correo electrónico. Esta entrevista nos ayudó a determinar posibles alternativas a la comercialización y la privatización en varios países.
- Se pidió a varios colegas en conferencias y reuniones que enviaran información sobre alternativas a la privatización y la comercialización en el sector de la salud en sus respectivos países y regiones.
- Se realizó una búsqueda de iniciativas en determinadas regiones y países para obtener documentación relacionada con iniciativas en la prestación de salud, la financiación de salud y los métodos de remuneración de los proveedores que son nuevas y que ofrecen alternativas viables a la privatización y la comercialización en la región.
- Se realizaron búsquedas en internet (entre ellas, la base de datos de la OMS, el PNUD, el Banco Mundial y Google Scholar) utilizando distintas combinaciones de palabras clave, como seguro de salud, mutualidades de salud, hospitales de misiones, organizaciones confesionales y programas de seguro de salud de base comunitaria. También buscamos información específica de todos los países del África subsahariana a través de las páginas web de los ministerios de Salud.
- Se revisaron artículos especializados sobre la materia.
- Se revisaron informes oficiales ya elaborados, como los encargados por el proyecto Partners for Health Reform Plus y la agencia USAID.

Se hizo todo lo posible por garantizar que se obtuviera y analizara el máximo de información sobre todas las alternativas viables que existen en la región. Sin embargo, somos conscientes del hecho de que algunas iniciativas no están documentadas y, por tanto, no hemos podido acceder a ellas y puede también que hayamos pasado por alto otras. A pesar de ello, consideramos que este informe ofrece una perspectiva bastante completa de este tipo de iniciativas en el África subsahariana.

Alternativas identificadas

En este estudio, se han identificado tres tipos de alternativas a la privatización y la comercialización:

- Programas de seguro de salud de base comunitaria (PSSBC), también conocidos como mutualidades de salud (MDS)
- Programas nacionales y regionales de seguro social de salud (PNSSS)
- Organizaciones de salud de base confesional o eclesial (OBC)

Los PSSBC y los PNSSS están dirigidos, en cierto grado, a abordar los desafíos que supone la financiación de la salud, tanto desde el punto de vista de la oferta como de la demanda y, por lo general, entre sus objetivos está la financiación equitativa de la atención de la salud y/o la protección del riesgo financiero para los pobres, aunque cada vez hay un mayor número de PSSBC que también proporcionan servicios de salud en sí (Ndiaye et al 2007). Las OBC, por su parte, se suelen centrar en la prestación de salud, aunque, en algunos casos, también cuentan con un sistema de financiación de base comunitaria (Atim 1998). Estas alternativas se discuten en los siguientes apartados, acompañadas de ejemplos ilustrativos y una breve evaluación de sus pros y contras.

Programas de seguro de salud de base comunitaria (PSSBC)

Los programas de seguro de salud de base comunitaria, también conocidos como mutuas de salud (MDS) o *mutuelles de santé (mutuelles)*, persiguen extender los beneficios del seguro a poblaciones que se han visto excluidas de los programas tradicionales de protección social, lo cual, en la mayoría de casos, es sinónimo de comunidades rurales y trabajadores en el sector informal urbano (AU 2009). Atim (1997) define la MDS como un “programa de seguro voluntario y sin ánimo de lucro, creado sobre la base de los principios de ayuda mutua, solidaridad y fondo colectivo de los riesgos, en que los miembros participan efectivamente en su gestión y funcionamiento”.

Entre las posibles ventajas de los PSSBC se encuentran la movilización de recursos para la salud, la protección financiera ante grandes costos de salud, y la negociación para incrementar la calidad de los servicios de salud para sus miembros (AU 2009, Ekman 2004). Según la Unión Africana, los PSSBC han tendido a crecer allí donde las cuotas de los usuarios son elevadas, se dispone de una atención a la salud de buena calidad, las redes y lazos solidarios son fuertes y existe una tradición de autoayuda y organización (AU 2009).

Según Atim (1998), los principales tipos de MDS serían los siguientes:

- Redes sociales tradicionales de solidaridad que tienden a unir a migrantes urbanos de los mismos orígenes étnicos y culturales para mejorar su bienestar a través de la ayuda mutua en momentos de enfermedad, ocasiones como entierros, nacimientos y matrimonios, y otros acontecimientos significativos.
- MDS de movimientos, basados en comunidades rurales o urbanas, sindicatos, asociaciones religiosas y organizaciones profesionales, entre otras.

- Seguro de salud de financiación comunitaria o modelo de financiación de salud comunitaria con poca participación de la comunidad, organizado y gestionado por el centro de salud con una participación mínima de la comunidad en la administración del programa.
- Programa cogestionado por la comunidad o con una alta participación de ésta, normalmente inspirado y gestionado por la comunidad, aunque mediante un acuerdo negociado con el centro que proporciona los servicios de salud.
- Asociaciones de ayuda médica, que serían la forma más avanzada de MDS, basada en principios y normativas formales de seguro.

Las MDS se han convertido en elemento habitual de los arreglos para la atención de la salud en muchos países subsaharianos. También se identifican con sistemas de salud descentralizados, teniendo en cuenta la incapacidad de los gobiernos de la región para financiar adecuadamente los servicios de salud y dado el relativo éxito de los sistemas comunitarios de microfinanciación en muchos países subsaharianos.

La tabla 11.1 ilustra el número de programas de MDS y las personas que se acogen a ellos en algunos países de África occidental, aunque las MDS no sólo existen en esta zona, como veremos con los casos concretos seleccionados. La tabla 11.1 también muestra que sólo está cubierto un porcentaje muy pequeño de la población de cada país. Sin embargo, como indican los casos de las *mutuelles de santé* en Rwanda y de la planificación de salud comunitaria (CHP) de Ghana, los programas comunitarios se pueden trasladar fácilmente a los programas nacionales de salud mediante las políticas y los fondos apropiados. De hecho, hay autores que sugieren que las MDS pueden servir como un modelo de aprendizaje para administradores de fondos y la solidaridad social (Bänighausen y Suaerborn 2002). Los modelos de Uganda y Tanzania ilustran las motivaciones y los papeles de facilitación de los ministerios de Salud y los organismos donantes en la aparición de algunos de los programas. También ejemplifican muchos de los problemas a los que se enfrentan estos programas.

Tabla 11.1: Cobertura de las mutualidades de salud en África occidental

País	Núm. de sistemas	Total de población cubierta	% de población cubierta
Malí	80	198,006	1.46
Côte d'Ivoire	40	235,280	1.30
Senegal	149	119,300	1.02
Níger	19	48,700	0.35
Ghana	45	61,600	0.28
Togo	25	16,325	0.27
Guinea	111	23,844	0.25

Fuente: Vialle-Valentin et al. 2008

La tipología de los PSSBC/MDS se correspondería, utilizando el marco desarrollado para esta investigación, con la del sector sin ánimo de lucro individual (SSLI), aunque algunas de las iniciativas se podrían clasificar también como partenariado no lucrativo-no lucrativo (PNLNL). Ejemplo de éste último serían las MDS basadas en los proveedores del servicio, que tienen la necesidad de recuperar los costos (Derriennic et al 2005). Por otro lado, en el caso de Rwanda, encontramos un partenariado entre el Gobierno y las MDS, por lo que se podría hablar de un partenariado público-no lucrativo (PPNL).

Ejemplo 1 - Mutuelles de santé en Rwanda

Rwanda ofrece una de las experiencias más recientes de PSSBC en el África subsahariana, con una amplia cobertura de población. A partir de los años sesenta, la atención de salud en el país se comenzó a prestar de forma gratuita, gracias a la entrada de subsidios públicos para infraestructuras, equipamientos, personal, fármacos y otros suministros. Sin embargo, los problemas económicos de los años ochenta y noventa desembocaron en el derrumbe del sistema y en la caída de la calidad. En 1992, el Gobierno introdujo la participación comunitaria para la financiación y la gestión de la atención de la salud, basada en la Iniciativa de Bamako (Sekabaraga 2008). Según los informes, en octubre 2007 estos programas habían cubierto a 6.702.391 beneficiarios (el 75 por ciento de la población) y, en 2009, Rwanda podía presumir de ser el único país de África con un índice de participación del 85 por ciento en una MDS.

Para respaldar el incremento de los programas, el Gobierno ha creado un fondo especial de solidaridad o de mancomunación de riesgos, a los que el Ministerio de Finanzas —a través del Ministerio de Salud— transfiere fondos para cubrir los costos de las personas sin recursos y de las personas que viven con VIH/SIDA. El Fondo Mundial de la ONU está proporcionando un apoyo financiero durante cinco años para cubrir el subsidio del Gobierno.

Las MDS están respaldadas por políticas públicas (MOH 2004), que establecen su alcance y normas básicas. Según el documento que regula su funcionamiento: “El objetivo general de la política es ayudar a las comunidades de base y a los distritos a establecer sistemas de seguro de salud que promuevan la mejora de su accesibilidad financiera a la atención de la salud, la protección de las familias frente a los riesgos financieros asociados con la enfermedad y el fortalecimiento de la inclusión social en la salud”.

El programa engloba un ‘paquete mínimo de actividades’, entre las que estarían, entre otras, consultas prenatales y posnatales, vacunación, planificación familias, servicios nutricionales, consultas curativas, hospitalización, partos simples, fármacos esenciales y genéricos, analíticas de laboratorio, pequeñas intervenciones quirúrgicas, educación en salud y transporte del paciente al hospital del distrito. Los hospitales, por su parte, ofrecen un ‘paquete complementario de actividades’, que incluirían, entre otras, consultas con un médico, hospitalización, operaciones de cesárea, intervenciones de cirugía

menor y mayor, tratamientos contra el paludismo y todas las enfermedades infantiles de los 0 a los 5 años, diagnóstico por imágenes y análisis de laboratorio.

Las *mutuelles*, no obstante, se enfrentan a numerosos desafíos de carácter organizativo, técnico y operativo. En el ámbito organizativo:

- El carácter voluntario de las inscripciones a la mutualidad lleva a que éstas tengan un nivel bajo. Las personas que enferman con mayor frecuencia tienden a inscribirse más en las mutualidades, lo cual se traduce en una selección adversa que amenaza a la viabilidad de las finanzas.
- Las *mutuelles* no cubren grandes riesgos como la cirugía.
- Las primas son fijas y no responden a los costos reales de la atención, sino a la capacidad contributiva de la población.
- Falta de un marco jurídico específico que garantice su estatuto legal y ético, así como su independencia y autonomía.

En cuanto a los ámbitos técnico y operativo, cabría destacar los problemas siguientes:

- Uso excesivo de los servicios por parte de los afiliados, que los solicitan de forma apresurada.
- No cobertura de los costos de la atención por parte de otros centros de salud asociados debido, por una parte, al bajo nivel de aportaciones y el bajo número de afiliados y, por la otra, al bajo nivel de mancomunación de los riesgos entre las personas enfermas y las sanas.
- Prescripción abusiva de fármacos por parte de algunos centros de atención de salud.
- Baja calidad de la atención prestada por algunos centros de salud.
- Sobrefacturación del seguro mutuo de salud por parte de algunos centros de salud.
- Baja capacidad de gestión de algunos comités de mutualidades.
- Carácter voluntario de la afiliación a los comités de mutualidades.
- Falta de subvenciones para las mutualidades de salud en general y, en particular, para soportar los costos de tratamiento en hospitales.

Ejemplo 2 – Iniciativa para un fondo comunitario de salud en Tanzania

El Fondo Comunitario de Salud (CHF) fue concebido por el Gobierno tanzano en colaboración con la Asociación Internacional de Fomento del Banco Mundial y otros donantes como un enfoque para mejorar la sostenibilidad financiera en el sector de la salud e incrementar el acceso a los servicios de salud. El CHF es un programa de seguro de prepago para personas que viven en zonas rurales, basado en el concepto de mancomunación de los riesgos y el empoderamiento de las comunidades, además del fomento de la mancomunación de costos a través de la participación local (Baraldes y Carreras 2003).

El CHF empezó a ponerse a prueba en 1996 en un distrito (Igunga) y, más tarde, se amplió a otras zonas, con la idea de abarcar todo el país. A fines de 2006,

el CHF estaba funcionando en 69 de los 92 consejos (Mtei y Mulligan 2007). El programa perseguía asegurar el acceso a servicios básicos de atención de la salud a las poblaciones pobres y vulnerables de zonas urbanas y a las personas del sector informal en cualquier lugar del país, más que recaudar fondos adicionales.

La Ley sobre el Fondo Comunitario de Salud de 2001 establece los objetivos del Fondo como sigue:

- Movilizar recursos financieros de la comunidad para proporcionar servicios de atención de la salud a sus afiliados.
- Proporcionar unos servicios de atención de la salud asequibles y de calidad mediante mecanismos financieros sostenibles.
- Mejorar la gestión de los servicios de atención de la salud en las comunidades a través de la descentralización, empoderando a las comunidades para la toma de decisiones y contribuyendo a que participen en asuntos que afectan a su salud (CHF 2001).

Las cuotas de afiliación al CHF se deciden en el ámbito del consejo, y cada hogar o familia aporta la misma cantidad, que varía, según los consejos, entre los 5.000 chelines tanzanos (unos 4 USD) y los 10.000 chelines al año (MOH 2005). Por esa aportación, los hogares gozan de acceso a atención de la salud durante todo el año; mientras que los hogares que no participan en el Fondo deben pagar una cuota de usuario cuando visitan los centros de salud.

Los ingresos de las aportaciones de los afiliados se ven correspondidos por una subvención del 100 por ciento del Gobierno (conocido normalmente como *tele kwa tele*). La Ley sobre el CHF contempla que las tarifas de usuario pagadas en los centros y dispensarios de salud públicos se utilicen como una fuente de financiación para el CHF (CHF 2001). Hay también otras fuentes de fondos, como subvenciones de consejos, organizaciones y donantes. La contribución del CHF a la financiación del sector de la salud en Tanzania es bastante modesta, ya que representa en torno al 15 por ciento de los ingresos totales, mientras que las cuotas de los usuarios en los centros de atención primaria representan el 85 por ciento (MOHSW 2006, Mtei et al 2007).

El CHF se enfrenta al desafío de un bajo índice de afiliación y un temprano abandono del programa; la afiliación, de hecho, ha caído en lugares donde antes era relativamente alta (Chee, et al. 2002; Shaw 2002; Msuya et al, 2004; Musau 2004; Mhina 2005). Chee et al (2002), en su estudio sobre el CHF en el distrito de Hanang, descubrió que la afiliación alcanzó un punto álgido del 23 por ciento en 1999, después descendió, en 2001, a aproximadamente un 3 por ciento del total de hogares y, en 2003, cayó aún a un 2,2 por ciento (Musau 2004).

Shaw (2002) sostiene que uno de los motivos de estos bajos índices de afiliación podría ser que los centros públicos ofrecen pequeñas tarifas de usuario, por lo que habría pocos incentivos para que los miembros de la comunidad se sumaran a un sistema alternativo como el CHF. Las tarifas de usuario en algunos consejos se sitúan en los 1.000 chelines tanzanos por cada visita en el centro de salud, y muchos miembros de la comunidad están más dispuestos a pagar esta cantidad

que la cuota, más alta, del CHF (Mhina 2005). En la misma línea, las altas cuotas de afiliación al CHF fijadas por algunos consejos podrían constituir, muy probablemente, un obstáculo para dicha afiliación (Mtei et al 2007).

Las barreras a una mayor afiliación en el programa se resumen en la tabla 11.2. A pesar de estas limitaciones, el CHF ha mejorado el acceso a centros de salud para los sectores pobres. Ser miembro del CHF incrementó la probabilidad de solicitar atención de salud de proveedores oficiales (en comparación con aquellos no afiliados) y también redujo el uso de atención médica alternativa, como la automedicación y los curanderos tradicionales, especialmente entre los pobres (Msuya et al, 2004). Además, la afiliación al CHF limita el riesgo de que las familias deban vender sus bienes para conseguir dinero para tratamiento durante un brote de enfermedad.

Tabla 11.2: Motivos de la baja afiliación en el Fondo Comunitario de Salud (CHF), Tanzania.

Motivo de la baja afiliación	Fuente
Tarifas de usuario del sector público bajas frente a las cuotas, más altas, del CHF	Shaw 2004; Mhina 2005
Altas cuotas de afiliación al CHF	Mtei et al. 2007
Incapacidad de los pobres para pagar las aportaciones de afiliación	Kamuzora y Gilson 2007
Mala calidad de la atención y falta de confianza en la gestión del CHF	Bonu et al. 2003; Kamuzora y Gilson 2007
Falta de confianza en los administradores del CHF (miembros de la comunidad con rentas medias y altas)	Kamuzora y Gilson 2007
No existe la necesidad de protegerse ante el riesgo de enfermedad (miembros de la comunidad con rentas medias y altas)	Kamuzora y Gilson 2007
Poca sensibilización y falta de información	Msuya et al. 2004
Falta de información de los administradores de distrito del CHF	Kamuzora y Gilson 2007
Enfoque verticalista del CHF	Mtei et al. 2007
Ingresos bajos y poco seguros entre los miembros de la comunidad	Msuya et al. 2004
Introducción del programa de salud NHIF, del que pasaron a formar parte los funcionarios públicos	Mwendo 2001; Mhina 2005
No cobertura de la atención derivada	Mwendo 2001; Mhina 2005
Mala actitud del personal	Mwendo 2001; Mhina 2005
Amplias políticas de exención, por lo que hay un número limitado de personas que contribuye al CHF	Mhina 2005, MoH 2006

Si bien los programas como el CHF tienen un gran potencial para mejorar el acceso a la salud de los grupos más pobres –al eliminar el pago en el momento del uso y permitir a sus miembros que paguen cuando se lo pueden permitir, es decir, con flexibilidad en la contribución–, en la práctica, incluso las aportaciones relativamente pequeñas pueden ser demasiado altas para los pobres (Bennett et al, 2004). El propio Ministerio de Salud está preocupado por los puntos débiles

en la gestión y la rendición de cuentas. Puede que no se cuente con la capacidad financiera y administrativa necesaria para manejar el fondo, además de prestar servicios a los pacientes (MOH 2006). Los distritos no son claros en lo que se refiere a las normas y los procedimientos de gestión del CHF y, según la información disponible, hubo una mala gestión de los fondos en aproximadamente el 27 por ciento de los lugares en que se despliega. En otros casos, los fondos del CHF no se utilizaron y, por tanto, quedaron inactivos en el ámbito de distrito. Según una evaluación del Ministerio de Salud, no todos los consejos realizaban auditorías de forma periódica ni rendían cuentas a los miembros de la comunidad (MOH 2003, Mtei et al. 2007).

Ejemplo 3 – Iniciativa de servicios y planificación de salud de base comunitaria en Ghana
Otro programa de seguro de salud que se ha utilizado de forma eficaz para promover el uso de atención de la salud y superar las barreras que impone la escasez de recursos es la iniciativa de servicio y planificación de salud de base comunitaria (CHPS) desarrollada en el Centro de Investigación Navrongo, en Ghana, en los años noventa. Se trata de un proyecto basado en un partenariado público-comunitario, que está documentado, entre otros autores, por Binka et al (1995) y Nyonator et al (2005).

Esta iniciativa busca reducir las barreras del acceso geográfico a los servicios de salud con que se encuentran muchos habitantes del África subsahariana utilizando las estructuras sociales de la organización comunitaria. Algunas de estas estructuras son redes de linaje y parentesco, una institución que constituye un pilar fundamental en la organización comunitaria y la solidaridad social del continente. La segunda dimensión del programa CHPS es la enfermera de salud comunitaria (CHN), que se incorpora en la comunidad para mejorar la accesibilidad al servicio. Una de las piezas clave de la iniciativa CHPS es que, en lugar de que el trabajador de salud visite a la comunidad desde el centro de salud de distrito correspondiente, el trabajador vive en la misma comunidad.

La participación comunitaria en el programa incluye, por ejemplo, la donación de tierras, materiales, mano de obra y otros recursos necesarios para que el 'complejo de salud comunitaria', construido con materiales y recursos locales, sea operativo. Un comité se encarga de supervisar el funcionamiento del programa comunitario; los recursos operativos necesarios (incluidas motocicletas y logística) dependen de los equipos de gestión de la salud del distrito. Así, la introducción del CHPS en una comunidad implica una planificación y un diálogo con la comunidad significativos (Nyonator et al 2005).

El trabajador de salud visita los hogares de la comunidad para prestar servicios de salud primaria, tales como inmunización, planificación familiar, atención prenatal, supervisión del parto y atención posnatal, tratamiento de dolencias menores y educación en salud. Como promedio, un trabajador de salud comunitaria cubre una zona de captación de unas 3.000 personas. Los trabajadores de salud cuenta con el apoyo de voluntarios de la comunidad para movilizar y registrar a los participantes del programa.

El CHPS fomenta el acceso a los servicios de atención primaria de salud entre las comunidades. Los informes de evaluación realizados hasta la fecha indican que el programa ha conseguido reducir las tasas de mortalidad infantil y materna en un 33 por ciento en las comunidades que lo han adoptado y, por lo tanto, se ha convertido en política nacional de salud en Ghana (Nyonator et al 2005). El hecho de que esta alternativa se califique de 'exitosa' se debe en gran medida a su éxito empírico en Ghana, donde se concibió y se llevó a la práctica. Posteriormente, se convirtió en un instrumento electoral y político para las campañas electorales nacionales, ya que las comunidades pedían a los partidos políticos que establecieran un programa CHPS en sus zonas.

Evaluación de los programas de seguro de salud de base comunitaria (PSSBC) / mutualidades de salud (MDS)

Equidad: Uno de los puntos fuertes de los modelos PSSBC/MDS como alternativa a la privatización es su fomento de la equidad a través de los subsidios cruzados y la igualdad de acceso. Al igual que con el seguro de salud formal, la expectativa teórica es que los ricos subsidien a los pobres, los empleados subsidien a los desempleados, los jóvenes subsidien a los mayores, etcétera. Sin embargo, en muchos casos no se llega a hacer efectivo todo el potencial de los subsidios cruzados, ya que aquellas personas en una situación socio-económica más alta tienden a auto-excluirse de los programas, por lo que éstos son propensos a la selección negativa. Los sectores muy pobres también suelen quedar excluidos porque muchas veces no se pueden permitir pagar las cuotas que exige la cobertura de salud, como demuestran claramente los ejemplos de Uganda y Tanzania.

La dimensión de equidad de estos programas pasa también por el hecho de que las prestaciones no suelen estar relacionadas con la aportación directa del beneficiario y de que los pobres quedan protegidos frente al empobrecimiento y los efectos catastróficos que puede suponer un desembolso directo, por lo que se reduce también la tendencia a desprenderse de bienes valiosos para financiar necesidades de salud.

Las mejoras en equidad geográfica de las MDS quedan claramente ilustradas con el ejemplo de la iniciativa CHPS en Ghana, donde las comunidades rurales son las principales impulsoras del programa, y en Rwanda, donde las *mutuelles* se dirigieron originalmente a las comunidades rurales. La presencia de trabajadores de salud en las comunidades en Ghana, por ejemplo, elimina la barrera de acceso que tan significativa es en muchos países del África subsahariana. Además, el proyecto CHPS ejemplifica un caso notable de priorización de la atención primaria de salud, caracterizada, entre otras cosas, por tener un efecto más equitativo que la atención curativa (WHO 2008).

De los programas MDS se podrían derivar también posibles mejoras en equidad vertical que no siempre se materializan debido a su tendencia a basarse en aportaciones fijas y no variables, según la situación socio-económica de los miembros. Aunque cabría esperar que sería relativamente sencillo poner en práctica un modelo basado en los ingresos en este contexto, ya que las comunidades suelen

ser pequeñas (Rew et al. 2007, Hargreaves et al 2007), esto no suele suceder en la mayoría de experiencias de MDS, ya sea porque resulta difícil establecer los niveles de ingresos o por la falta de la dimensión de equidad en el diseño de los programas.

Participación democrática: Los programas PSSBC/MDS mejoran la participación democrática y la solidaridad social, lo cual representa uno de sus beneficios sociales subyacentes. Sin embargo, este importante elemento se ve muchas veces comprometido. Franco et al. (2006), por ejemplo, indican que la participación estaba bastante extendida en las MDS de Senegal, aunque observan también que varias de ellas tenían dificultades para convocar asambleas generales, que son un mecanismo clave para la participación social. El estudio del caso tanzano también destaca que la falta de participación constituía una importante amenaza a la sostenibilidad de los programas. Allegri et al (2006) observaron que, muchas veces, las MDS no alcanzan su pleno potencial debido, precisamente, a una participación inadecuada. En el ejemplo de Rwanda, no obstante, la participación democrática por parte de la comunidad está integrada en la propia iniciativa, lo cual podría explicar, al menos en parte, el éxito de las *mutuelles* en dicho país.

Eficiencia: La mejor forma de evaluar la eficiencia de los programas es mediante su eficiencia organizativa, mediante factores tales como la eficacia administrativa y de costos en la recaudación de cuotas. La eficacia de costos suele ser mejor en el caso de las personas en el sector formal, donde la deducción se realiza en origen, pero es más difícil en el caso de las personas en el sector informal. La falta de ingresos oficiales implica que los costos de transacción para recaudar las cuotas sean altos, ya que es necesario buscar e identificar los puntos de pago, organizar el transporte y la logística de pago de las personas o instituciones designadas, y el trabajo administrativo y de secretaría adicional. Estos costos pueden ser especialmente significativos cuando las cuotas son pequeñas y frecuentes.

Además, el logro del objetivo de la eficiencia varía según las MDS, dependiendo del diseño del programa. Por ejemplo, si el paquete de prestaciones fomenta un uso más intensivo de la atención primaria de salud con respecto a la atención secundaria, más cara —como evidencia el estudio del caso de Tanzania—, las MDS contribuyen al uso eficiente y la protección de los recursos nacionales de salud. Varios informes ponen además de manifiesto que las MDS contribuyen a mejorar la eficiencia técnica y distributiva de los sistemas de salud a través de la adecuada negociación y reducción de costos por parte de los proveedores (Atim 1998). Algunas MDS son capaces de reducir el riesgo moral a través del control social y otras, a través de la imposición de copagos y conceptos deducibles (Sebaraga 2008).

Sostenibilidad: Ésta es una cuestión clave en el marco de las MDS. Hay indicios de que la afiliación disminuye debido a los bajos ingresos y la escasa calidad de los servicios en algunos centros (Criel y Waelkens 2003). Uno de los retos de la experiencia en Tanzania, por ejemplo, fue precisamente ese descenso de miembros después del proyecto piloto en el ámbito comunitario (Mtei y Mulligan, 2007).

A pesar de ello, las MDS han tenido un impacto notable a la hora de mejorar el uso de la atención de la salud entre los sectores pobres, y representan importantes mecanismos de adaptación en países de renta baja (Ndiaye et al 2007). Según Tabor (2005), las MDS se deberían entender como un complemento –y no un sustituto– de una sólida participación del Gobierno en la financiación de la atención de salud y en la gestión de riesgos relacionada con el costo de la enfermedad. Los gobiernos y sus socios para el desarrollo pueden apoyar el crecimiento de los PSSBC garantizando que exista una prestación satisfactoria de servicios de salud apropiados, subsidiando los costos iniciales y las cuotas de los pobres, ayudando a los PSSBC a generar capacidades técnicas y administrativas, contribuyendo a fomentar el desarrollo de redes de PSSBC, y ayudando a los PSSBC a establecer y fortalecer vínculos con instituciones financieras y proveedores de salud formales para gestionar mejor los riesgos de salud catastróficos.

Calidad: Aunque en algunos casos las MDS han sido capaces de controlar ciertos aspectos de la calidad de la atención, como las largas listas de espera, la falta de fármacos o la actitud poco amable del personal para con los pacientes, la mayoría de las mutualidades carecen de la capacidad necesaria para abordar problemas de calidad fundamentales, como la prescripción de fármacos por los doctores (Atim 1998). Sin embargo, estos programas sí ofrecen un marco para exigir mejoras en la calidad de la atención.

Rendición de cuentas: La rendición de cuentas es el mecanismo por el que las personas y organizaciones deben responder de actos externamente y se responsabilizan de conformar los objetivos y aspiraciones de la organización internamente (Ebrahim 2003). Atim (1998) señala que la mayoría de MDS cuentan con estructuras organizativas estándar para involucrar a los miembros en la toma de decisiones y en la demanda de rendición de cuentas de los administradores. Este objetivo se cumple a menudo a través de asambleas generales anuales, en las que también se suele elegir, con determinada regularidad, a los integrantes de la junta.

Integración en los sistemas nacionales de salud: Las MDS se integran muy fácilmente con los sistemas nacionales de salud. Los estudios de los casos de Rwanda, Tanzania y Ghana demuestran claramente que estos programas se pueden traducir sin grandes dificultades en políticas nacionales. En Ghana, por ejemplo, el experimento de Navrongo se amplió a escala nacional. Igualmente, el programa de Rwanda derivó en un enfoque de abajo arriba en el marco del seguro nacional de salud. Los programas desarrollados en Uganda, por su parte, estaban pensados como parte de los centros en que funcionaban, aunque esa integración se limitaba, por tanto, a los centros participantes. Sin embargo, si la autonomía se convirtiera en la principal consideración para las MDS, podría suponer un problema de cara a su integración en la política nacional de salud.

Programas nacionales de seguro social de salud (PNSSS)

Los programas nacionales de seguro de salud llevan más de un siglo funcionando en los países industrializados, pero ahora están surgiendo como una importante opción para financiar la salud pública en los debates sobre normativas en el África

ca subsahariana. Varios países del continente, como Ghana, Nigeria, Kenya y Sudáfrica, ya han puesto en marcha programas de este tipo o están estudiando la posibilidad de hacerlo.

Los programas nacionales de seguro social de salud (PNSSS) son más formales que los programas de base comunitaria, y suelen estar respaldados por un cuerpo legislativo. El concepto fundamental se basa en la mancomunación de los riesgos mediante un grupo concreto de personas y basándose en tendencias epidemiológicas y actuariales. De esta forma, las personas que no enferman pagan por aquellas que sí, y aquellas que están enfermas o no van cambiando con el tiempo (McIntyre y vd Heerden, 2007). Aunque suelen estar respaldados por subsidios presupuestarios del Gobierno, la principal fuente de financiación de los PNSSS son las cotizaciones obligatorias de miembros y empleadores. El objetivo de estos programas es mancomunar los riesgos de mala salud y facilitar los subsidios cruzados entre grandes poblaciones nacionales o regionales a las que dan cobertura.

Los PNSSS tienden a generar mucho interés político mediante la generación del consenso nacional y los cambios de base en la forma en que se movilizan los recursos y se distribuyen los beneficios en el sector de la salud para grandes sectores de la población. Así, se deben abordar, entre otras, cuestiones como el diseño del programa, la fijación y organización de las cotizaciones, quién deberá cotizar, qué papel deben desempeñar el Estado y sus organismos (y otros actores), cómo acreditar los centros y efectuar los reembolsos, a quién se empieza a cubrir y a qué ritmo se desarrolla el programa para alcanzar una cobertura universal, cuáles son las condiciones de afiliación y qué paquetes de salud específicos están cubiertos, la aprobación de leyes que faciliten el desarrollo del programa, y un largo etcétera. Para resolver todos estos temas se necesita mucho tiempo, por lo que el proceso conlleva un dilatado diálogo político con grupos de todo tipo.

El PNSSS de Ghana fue concebido en los años ochenta, pero no comenzó a funcionar hasta 2003, como cumplimiento de la promesa electoral del Nuevo Partido Patriota (NPP) en su manifiesto electoral de 2000, en que proponía acabar con las tarifas de usuario y la política de recuperación de los costos del Gobierno anterior. En dos años, el PNSSS cubría ya a un tercio de la población (Rajkotia 2007) y, en 2009, a dos tercios. En estos momentos, se dirige hacia la cobertura universal.

El modelo de PNSSS fue también adoptado por el Ministerio de Salud de Nigeria en 1996 (Ogunbekun, 1996), y oficialmente promulgado como ley con el Decreto 35 de 1999, que entró en vigor en junio de 2005, después de muchos años de debate, diálogo y consultas. El programa estaba concebido según un plan de expansión gradual que perseguía la cobertura universal, empezando por aquellas personas que trabajaban en el sector formal de la economía, un patrón parecido al seguido en el desarrollo del programa de seguro de salud de Alemania (Bärnighausen y Suaerborn 2002). En 2008, el programa cubría ya a más de

cinco millones de empleados del Gobierno federal y sus familiares. El programa ha pasado ahora a cubrir a los empleados de instancias gubernamentales subnacionales (gobiernos locales y de los distintos estados). Preocupa, sin embargo, que el programa no se esté desplegando lo bastante rápido para llegar a las poblaciones más vulnerables.

El estado nigeriano de Bayelsa, con unos dos millones de habitantes, puso en marcha una política de seguro social de salud en 2001, con la idea de mancomunar los recursos de toda la población y proporcionar servicios de atención de la salud de calidad a todos los ciudadanos del estado (Ichoku et al 2006). Para afiliarse, se debe pagar una cuota mensual que está en torno a 1,5 dólares mensuales, cantidad que permite también cubrir a otras cuatro personas del mismo hogar que sean menores de 18 años de edad. El programa cubre todos los tratamientos que se pueden recibir en los hospitales del estado.

El ideal de la cobertura universal se ha convertido en el objetivo de los sistemas de financiación de salud en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en desarrollo. En América Latina, donde existe una larga tradición de programas nacionales de seguro social, el índice de progreso hacia la cobertura universal ha variado mucho según los países, y oscilaría entre el 10 por ciento de la República Dominicana y el 80 por ciento de Costa Rica (Bärnighausen y Suaerborn 2002).

En cuanto a tipología, los programas nacionales de seguro social se podrían calificar de partenariados público-privados (PPP), en la medida en que las organizaciones de salud que participan son privadas, los proveedores de atención de salud suelen ser privados, los empleadores de los profesionales son privados, y el Gobierno es público. No obstante, teniendo en cuenta que los PNSSS persiguen reunir fondos para el sector público de la salud, a través de recursos públicos (como empleadores públicos, entre los que estaría el Gobierno), también se podrían considerar como una forma de partenariado público-público (PUP). La tipología se complica aún más si se plantea la posibilidad anterior y, además, la obtención de servicios del sector privado sin ánimo de lucro, con lo que se contaría con un partenariado público-público-privado-no lucrativo.

Ejemplo 1 - Sudáfrica

En Sudáfrica, hace mucho tiempo que se debate sobre el establecimiento de un programa nacional de seguro de salud. El objetivo es subsanar los defectos de los actuales programas (privados) de asistencia médica y mejorar el acceso público a una atención de salud asequible y digna. Mientras que los mercados privados de seguro no se han desarrollado lo suficiente o han sido inaccesibles para muchas personas, una gran parte de la población no dispone de acceso a ningún tipo de sistema de seguro de salud principalmente debido a los altos costos de las contribuciones a dichos sistemas. El problema con los programas de asistencia médica es que son selectivos, en el sentido de es más probable que se sumen a ellos aquellas personas con un mayor riesgo de enfermedad que aquellas relativamente sanas.

La orientación del Gobierno sobre este tema fue articulada por la exministra de Salud de Sudáfrica, Manto Tshabala-Msimang, en un seminario especializado, en el que indicó que “la idea de un seguro nacional de salud (SNS) fue inicialmente adoptada por el Congreso Nacional Africano (ANC) antes de 1994. El SNS debería abordar las crisis en el sector de la asistencia médica y se basaría en el principio de la solidaridad. Esto significaría, entre otras cosas, que el SNS en Sudáfrica sería obligatorio y que los actuales programas de asistencia médica conformarían su base, siempre que cumplieran con las condiciones establecidas por el sistema del SNS”.

Según McIntyre y van der Heerden (2007) esta idea ha fracasado en Sudáfrica por considerarse demasiado compleja, lo cual ha limitado el diálogo constructivo entre actores clave y el alcance del consenso que se podría alcanzar. Está además la resistencia del sector privado, que considera que la introducción del PNSSS minará la calidad de la atención, y de los empleados, que temen perder las prestaciones de que gozan con los actuales programas privados de asistencia médica o deberán pagar por las dos opciones, la privada y el PNSSS, para mantener el nivel de la atención de salud. El Gobierno, sin embargo, sigue mostrándose determinado a crear el PNSSS. Queda por ver qué sucederá finalmente, pero el país tendría, sin duda, la posibilidad de fundir los sistemas de salud público y privado en uno solo, mejorar la financiación para el sector privado y ampliar el acceso a la atención de salud a las poblaciones indigentes.

Evaluación de los programas nacionales y regionales de seguro social de salud (PNSSS) Equidad: Los PNSSS con una cobertura integral igualan el acceso financiero a la mayoría de servicios de salud (Lu y Hsiao 2003), aunque un igual acceso financiero no se traduce necesariamente en un igual acceso general, ya que las distancias geográficas pueden generar otras formas de desigualdad, especialmente entre zonas urbanas y rurales. Sin embargo, al igual que sucede con las mutuas de salud, la equidad financiera se puede potenciar o limitar según el diseño del programa. Si las aportaciones al PNSSS están pensadas para distribuir la carga financiera según la capacidad de pago, y las prestaciones según las necesidades, es posible que alcance en gran medida el objetivo de la equidad. Sin embargo, uno de los grandes obstáculos para alcanzar este objetivo fundamental es que, en la mayoría de los casos, los programas empiezan con aquellas personas empleadas en el sector formal, y las que se encuentran en el informal son las últimas en obtener cobertura (Dolalson y Gerard 1993).

Esto implica que los recursos públicos financian, en las primas fases, la salud de las personas más acomodadas, lo cual plantea serias cuestiones sobre la justicia social. O aún peor: puede que el programa aleje a los pobres y a los empleados en el sector informal de los centros públicos de salud, ya que la mayor parte de los centros públicos mejor equipados se utilizan para desplegar el PNSSS. Sin embargo, cuando el programa avanza hacia la cobertura universal, se logran los objetivos de equidad y e igualdad de acceso. En muchas situaciones, la solución a este problema de equidad consiste en cubrir a los pobres que no pueden cotizar

a través de los ingresos fiscales, o de exención en el pago de impuestos, con programas que les permitan utilizar los centros sin pagar por ello, como sería el caso en el PNSSS de Ghana. Además, si los pagos son fijos y no varían en función del nivel de ingresos, puede que las contribuciones al sistema de salud sean regresivas, con lo que minaría el objetivo de equidad (Lu y Hsiao 2003).

Eficiencia: Los programas nacionales de seguro de salud tienden a incrementar el volumen de gasto en salud (Lu y Hsiao 2003), pero el que esto se traduzca en un sistema de salud más eficaz depende en gran medida de la gestión efectiva y eficiente del aumento de fondos. En lo que se refiere a la eficiencia de los PNSSS, surgen varios problemas, entre los que estarían, por ejemplo, aquellos relacionados con los altos costos administrativos, el riesgo moral y la selección adversa. Se ha señalado, por ejemplo, que sólo los costos administrativos absorben en torno al 20 por ciento de los costos de seguro en Estados Unidos (Lu y Hsiao 2003). Algunos de los problemas de ineficiencia se pueden contrarrestar a veces exigiendo un copago en los puntos de uso, sistemas de derivación y afiliación obligatoria para todos los miembros del grupo que quedará cubierto, y evitar así el fenómeno de selección adversa. La eficiencia de escala en el funcionamiento de los programas entraña a menudo una organización centralizada y no dividida en muchas pequeñas iniciativas.

Calidad: La calidad de la atención no se ha evaluado aún en ninguno de los programas de seguro nacional de salud que funcionan en el África subsahariana. No obstante, los datos procedentes de Nigeria indican que la calidad ha mejorado de forma notable en los hospitales acreditados (Ichoku et al 2006). Los datos de otros lugares también parecen sugerir que los PNSSS suelen estar asociados con mejoras en la calidad de la atención de salud. Por ejemplo, Szilagyi et al (2003) registraron mejoras significativas en indicadores importantes de la calidad para los servicios de pediatría con el programa estatal de seguro infantil de salud en el estado de Nueva York.

Rendición de cuentas: Aún no se ha efectuado ninguna evaluación detallada y sistemática sobre el nivel de rendición de cuentas que se da en los cuatro PNSSS que funcionan en la subregión. Sin embargo, en un entorno de corrupción endémica y absoluta pobreza, es difícil aislar el programa de esta situación de malestar social. Por ejemplo, ya se ha identificado que entre los principales problemas que amenazan al PNSSS en Ghana están el fraude, la sobreutilización y la estafa en los servicios.¹ En efecto, las iniciativas de un seguro nacional de salud en Uganda han fracasado repetidamente por miedo a la corrupción, algo que también se vivió durante los años ochenta y noventa en Zimbabwe.

Sostenibilidad: Un estudio encargado por USAID para evaluar el programa de Ghana señalaba con respecto a su sostenibilidad financiera que, como las cuotas impuestas eran demasiado bajas, muchas secciones regionales del programa ya atravesaban dificultades económicas y, algunas, habían tenido que incrementar

1. Estos problemas se identificaron en un informe sobre el funcionamiento del PNSSS de Ghana, presentado durante el primer Congreso de AfEA en Accra, Ghana, 12-18 de abril de 2009.

dichas cuotas ilegalmente para garantizar su funcionamiento. Los problemas de sostenibilidad surgen también en tiempos de estrechez económica, cuando hay altos índices de desempleo y un espacio fiscal más limitado, por lo que es difícil alcanzar la solidaridad social.

Solidaridad: La solidaridad es el factor clave para establecer un PNSSS. El principio fundamental es el del subsidio cruzado, por el que los ricos subsidian a los pobres, los empleados a los desempleados, y los que están sanos a las que están enfermos.

Integración en los sistemas nacionales de salud: Los PNSSS suelen estar integrados en los sistemas nacionales de salud. En Ghana y Nigeria, el Ministerio de Salud supervisa directamente los programas. Los proveedores de atención de salud son también los centros privados que son propiedad del Gobierno y están acreditados por éste en ambos países. Se fomenta la derivación del nivel de atención inferior al superior. El seguro nacional de salud previsto en Sudáfrica conducirá a la fusión de los sectores público y privado mediante un único mecanismo de financiación e igualdad de acceso de toda la población a uno y otro sector.

Organizaciones de salud de base confesional o eclesial (OBC)

Las organizaciones de base confesional o eclesial (OBC) representan un tercer tipo de alternativa a la privatización y comercialización en el África subsahariana. Se distinguen de las MDS y de los PNSSS porque son proveedores director de atención de salud, y no sólo mecanismos para financiar a otros proveedores. Las OBC tienen una larga historia de participación activa en la prestación de servicios de salud en el África subsahariana, cuyo origen se suele remontar a las iniciativas de los misionarios cristianos europeos que siguieron a los expedicionarios colonizadores estableciendo hospitales y escuelas como instrumentos para su labor evangelizadora (Barthel et al. 1985). Aunque el papel de los misionarios europeos fue disminuyendo a medida que los estados africanos alcanzaban la independencia, el clero local y los partidarios religiosos que los reemplazaron mantuvieron la tradición de construir escuelas y hospitales como parte de su visión del 'desarrollo holístico'.

Los sistemas de salud u hospitales de las OBC suelen ser organizaciones que se podrían catalogar como pertenecientes al sector sin ánimo de lucro individual (SSLI). El tamaño y la aportación relativa de los proveedores de OBC varían, pero constituyen el mayor proveedor único de atención de salud después del Gobierno en la mayor parte del subcontinente (World Bank 1993, Green et al 2002). Se calcula que la Asociación Cristiana de Salud de Ghana (CHAG), que es una plataforma que agrupa a todos los hospitales cristianos del país, representa en torno al 40 por ciento de todos los puntos de salud de Ghana (CHAG 2007). Según USAID/FMOH (2009), la Asociación Cristiana de Salud de Nigeria (CHAN), que aglutina todos los puntos de salud que dependen de misiones, gestiona 3.500 puntos de salud en todo el país.

Un estudio realizado por Medicus Mundi International (2009) sobre la situación de la atención de salud en Camerún, Chad, Tanzania y Uganda revela unos

niveles parecidos de actividad de las OBC. En el momento de su independencia, en 1961, la mitad de los servicios de salud en Tanzania dependían de misiones cristianas; según estadísticas más recientes, del período 2000-2005, el 41 por ciento de todos los hospitales y en torno al 21 por ciento de todos los centros de salud de Tanzania son propiedad de OBC. En Uganda, aproximadamente el 30 por ciento de los centros de salud son titularidad de grupos privados y sin fines lucrativo, la mayoría de los cuales son OBC. En Chad, donde los misionarios entraron sólo después de la Segunda Guerra Mundial, los centros de salud de las OBC han aumentado rápidamente y ahora representan el 20 por ciento de todos los puntos de salud del país. En la misma línea, las OBC suministran en torno al 25 por ciento de todos los servicios de atención de la salud en Kenya (Marek et al 2005).

La aportación de las OBC en el sector de la salud ha ido ganando reconocimiento. En Tanzania, República Democrática del Congo (RDC) y Malawi, los gobiernos han colaborado con hospitales gestionados por entidades eclesiales y les han delegado la responsabilidad de dar cobertura a regiones insuficientemente atendidas (Gill y Carlough 2008). En Zimbabwe, el Estado financió la expansión de algunos hospitales de misiones, que han sido designados como hospitales de distrito para dar servicio a la población rural. En Tanzania, Camerún, Lesotho y Ghana, las OBC son vistas como algo complementario a la acción pública y, por ese motivo, a veces cuentan con subsidios del Estado. En concreto, como la mayoría de centros de FBO tienden a estar situados en zonas rurales o de difícil acceso, algunos países han subcontratado a través de ellos ciertos servicios de salud (Medicus Mondi International 2009, Green et al 2002). En Tanzania, algunos hospitales de FBO están acreditados como hospitales de distrito; reciben fondos y personal del Gobierno a cambio de prestar servicio a los habitantes de la zona en que están situados. En cuanto a su tipología, el modelo se podría catalogar como un partenariado público-no lucrativo (PPNL).

En Lesotho, muchos socios y donantes para el desarrollo siguen apoyando el sector de salud del Gobierno, y han tomado medidas para armonizar y alinear los fondos aportados con los planes nacionales para que la ayuda sea más eficaz. De este modo, se ha establecido un mecanismo que abarca todo el sector, entre cuyos socios está el Consejo Cristiano de Salud de Lesotho (CHAL), que da cabida a numerosas denominaciones eclesiales (católicos, luteranos, adventistas del séptimo día, etc.). Las organizaciones afiliadas al CHAL están comprometidas con la prestación de servicios de salud de calidad en el país, especialmente en aquellos lugares más apartados. El CHAL cuenta con nueve hospitales generales (cada uno de los cuales da servicio en un área geográfica) y con más de 70 centros, clínicas y puestos de salud, principalmente en zonas rurales que, de otro modo, no tendrían de cobertura de los servicios de salud.

Hay otros partenariados que también funcionan bien entre el Gobierno y las OBC en Malawi, a través de la Asociación Cristiana de Salud de Malawi (CHAM), y en Zambia, a través de la Asociación Cristiana de Salud de Zambia (CHAZ). En

ambos países, los hospitales de misiones cristianas representan un tercio de todos los servicios clínicos de salud (Gill y Carghrough 2008). En Uganda, las principales denominaciones religiosas disponen de estructuras de coordinación para las redes de servicios de salud que gestionan en todo el país. Entre ellas, estarían la Agencia Médica Católica de Uganda, la Agencia Médica Protestante de Uganda y la Agencia Médica Islámica de Uganda. A través de las diversas agencias, el sector de las FBO ha negociado distintos partenariados con el Gobierno, por los que, por ejemplo, el Gobierno aporta personal y suministra fármacos y otros materiales. En Uganda, las FBO han realizado una aportación muy valiosa e importante con la formación de profesionales de la salud, especialmente de enfermeras, que constituyen la espina dorsal del sector.

Evaluación de los programas de organizaciones de salud de base confesional o eclesial (OBC)

Origen de los fondos: Los hospitales de misiones se suelen financiar con fondos generados por los servicios de atención de salud y por donantes externos. Se basan, así, en las tarifas que pagan los usuarios para mantener los servicios (Green et al 2002). A veces, debido a su afiliación a otras entidades internacionales, están en mejor disposición de obtener los servicios de trabajadores expatriados que cobran desde el extranjero (Gill y Carlough 2008) o equipamientos donados por organizaciones benéficas.

Participación: Los hospitales de misiones suelen pertenecer a organismos cristianos, que se encargan también de su gestión. Eso implica que la participación democrática del público en las decisiones relativas a la administración suele limitarse a las autoridades de la iglesia. Sin embargo, en muchos casos, se establecen comités asesores en los que participan expertos en cuestiones médicas y administrativas, con el fin de asesorar a dichas autoridades.

Equidad: Las OBC cobran a los usuarios una tarifa para sustentar sus operaciones, pero también cuentan con algunos mecanismos de exención para aquellas personas que no se pueden permitir pagar por el tratamiento recibido. Como señalan Green et al (2004, 349), “algunos proveedores de iglesias han demostrado una especial preocupación por los pobres”. Según un estudio realizado por Levin et al (2000) en tres países anglófonos de África, muchos aspectos de los servicios de salud de las misiones cuestan menos que los servicios públicos de salud y, además, son de mayor calidad. Sin embargo, un estudio parecido efectuado por Ndeso-Atanga (2003) en Camerún encontró que el costo de los servicios era más barato en los centros públicos de salud. Esto sugiere que las ventajas comparativas en términos de costos de los hospitales de misiones con respecto a los públicos pueden variar según el país.

Eficiencia: La cultura y la ética que rigen la gestión de las organizaciones confesionales suelen ser distintas de las preponderantes en los centros de salud públicos o privados de otra índole, aunque es evidente que hay muchas diferencias internas en la cultura administrativa de las distintas organizaciones eclesiales. A diferencia de los hospitales que dependen del Gobierno, donde la gestión proac-

tiva está muchas veces ausente, la mayoría de hospitales de misiones, al ser independientes y estar más libres de las jerarquías y los procedimientos de la función pública, parecen tener mayor capacidad para emprender iniciativas en la gestión (Greene et al 2002, Gill y Carlough 2008). Su eficiencia se ve impulsada por la naturaleza descentralizada de la toma de decisiones. La gestión de las adquisiciones y los suministros también tienden a ser más eficientes. Por ejemplo, Gilson et al (1995) llegaron a la conclusión de que, en Tanzania, la probabilidad de que un dispensario de misión almacenara cloroquina, un popular fármaco contra la malaria, era del 90 por ciento, frente al 50 por ciento en caso de que el dispensario fuera del Gobierno. Igualmente, la probabilidad de que un dispensario de misión almacenara antibióticos de penicilina era del 70 por ciento, frente al 20 por ciento de un dispensario público. Los sistemas descentralizados de adquisición también permiten a los administradores de los centros negociar los suministros directamente con los proveedores y obtener precios de mercado competitivos. Por ejemplo, en Kenya, Uganda, Tanzania y Malawi, los comités de farmacopea de los centros de salud de misiones se reúnen periódicamente con los representantes del Programa de Medicamentos Esenciales para revisar y actualizar la lista de fármacos y las directrices de tratamiento basándose en las nuevas pruebas epidemiológicas (Gill y Carlough 2008).

Calidad: La calidad de la atención en los hospitales de misiones se suele considerar superior a la de los hospitales públicos y de otras entidades privadas y sin ánimo de lucro (Green et al. 2002, Ndeso-Atanga 2003). Según Gill y Carlough (2008), los hospitales de misión tienen valores que fomentan la prestación de servicios compasivos, incluso a expensas de la comodidad personal y la promoción profesional. Según su estudio, en los centros de atención de salud gestionados por entidades religiosas y sin fines lucrativos de Uganda, el personal médico cualificado gana menos que sus homólogos en otro tipo de servicios, pero es más probable que presten servicios con elementos de 'bien público'. En la misma línea, Bowling (2004) señala que, en Malawi, la actitud del personal con respecto al suministro de los servicios mejoraba notablemente en los hospitales de misiones. Gill y Carlough (2008) atribuyen la calidad relativamente alta de los servicios en los hospitales de misiones, en parte, a una supervisión más cercana y al hecho de que la responsabilidad de contratar y despedir al personal se halla localizada y no depende de una lejana jerarquía del funcionariado público. Levin et al (2003) explican la entrada estable de suministros farmacéuticos en los hospitales de misiones en términos de mejor gestión y uso eficiente de los recursos, todo lo cual contribuye a una mayor satisfacción de los pacientes con respecto a otros proveedores (Gilson et al 1995).

Rendición de cuentas: La rendición de cuentas se suele basar en mecanismos internos de control de la denominación cristiana que administra el centro de salud. Dado que no suelen depender de fondos públicos, la dirección debe rendir cuentas ante las jerarquías eclesiásticas de tales organizaciones. Dada la falta de datos concretos de estudios de caso, es difícil analizar el grado de rendición de cuentas en el seno de las OBC.

Sostenibilidad y ética pública: Los hospitales de misión han pervivido en el tiempo. Han formado parte de las iglesias que son propietarias de ellos. Como normalmente han apoyado los programas públicos, en algunos países están subvencionados por el Gobierno. Su ética se suele guiar por convicciones y prácticas cristianas, que buscan rehuir las tendencias materialistas. Sin embargo, se plantean cuestionamientos cuando el suministro de atención de la salud se utiliza como un vehículo con fines de proselitismo, ya que se considera poco ético utilizar la enfermedad de una persona para atraerla hacia una determinada confesión religiosa.

Integración en los sistemas nacionales de salud: El volumen relativamente grande de la contribución de los centros de FBO a los sistemas de salud de distintos países africanos exige la atención de los responsables de formular las políticas, aunque muchas veces han sido ignorados por los Ministerios de Salud, que los pueden considerar como un rival (Green et al 2002). La creación de asociaciones nacionales de instituciones cristianas de salud en algunos países del África subsahariana representa una importante oportunidad para su integración en el sistema nacional de salud sin ser necesariamente absorbidas por éste. También les da una voz para influir en las políticas nacionales de salud. Como ya se ha comentado, la integración de los servicios proporcionados por FBO en los sistemas nacionales de salud se está dando efectivamente en países como Tanzania, Lesotho, Camerún y Ghana.

Retos y oportunidades de los partenariados ‘públicos’

Los partenariados que establecen los gobiernos con otras organizaciones representan una fuerte corriente en el sector de la salud. Países como Mozambique se han beneficiado en gran medida de ONG que se han asociado con el Gobierno para proporcionar servicios básicos y esenciales. Por ejemplo, Médecins Sans Frontières (MSF) –una ONG internacional que trabaja en el ámbito de la asistencia humanitaria médica– comenzó a trabajar en Mozambique en 1984 y, ahora, cuenta con proyectos establecidos de largo plazo para apoyar al Gobierno en sus iniciativas contra la epidemia del VIH/SIDA. Entre las actividades de MSF está el tratamiento de personas que viven con el VIH/SIDA, el asesoramiento y la realización de análisis, la salud materno-infantil, y la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo a través de consultas en clínicas, hospitales y a domicilio.

Las políticas en materia de salud se han visto a menudo influidas por presiones externas para externalizar o subcontratar los servicios de salud a proveedores con y sin ánimo de lucro con el objetivo de alcanzar una serie de objetivos en este sector. Los servicios subcontratados pueden ser clínicos o no clínicos. Varios programas han puesto en marcha iniciativas de este tipo, como sería el caso del Proyecto de Nutrición Comunitaria en Senegal y Madagascar, y de varias ONG de base confesional en Camerún, Chad, Tanzania y Uganda. Marek et al (2005) documentan casos como el uso de cupones para adquirir mosquiteros tratados con insecticida en Tanzania, el suministro de contracepción de emergencia en Zambia y la prestación de servicios reproductivos en Kenia. El sistema de franquicia, que supone que una compañía (el

franquiciante) ofrezca un manual de cómo vender su producto a una empresa local (el franquiciado) en una zona geográfica específica (LaVake 2003), se ha utilizado en varios países, entre los que estaría Kenya. La organización Marie Stopes International (MSI), en colaboración con su contraparte local, Marie Stopes Kenya (MSK), y con fondos del Banco Alemán de Desarrollo (KfW, Kreditanstalt für Wiederaufbau), ha estado trabajando con los ministerios kenianos responsables del ámbito de salud para coordinar una red de proveedores privados con franquicia social. La red se dirige a los habitantes pobres de Kenya, inspirándose en los modelos de franquicia del sector comercial para incrementar el acceso de los pobres urbanos y rurales a las prestaciones de salud. El objetivo es aumentar el acceso a servicios asequibles y de calidad de salud reproductiva y planificación familiar en zonas urbanas y grandes barrios marginales urbanos de tres provincias situadas en el oeste de Kenya.

Sin embargo, se escuchan también numerosas críticas contra el paradigma del partenariado en el suministro de servicios de salud (Buse y Walt 2000a,b; Buse y Waxman 2001; Richter 2004). Se observa, por ejemplo, que los partenariados con empresas que persiguen el lucro representan una vía indirecta hacia la privatización y la comercialización, ya que la autoridad reguladora del Estado puede verse fácilmente comprometida. También se señala que estos partenariados llevan a que el Estado se desentienda de su responsabilidad de proteger la salud de sus ciudadanos, socavando así valores fundamentales de equidad, justicia y acceso universal. Por tanto, en nuestro debate no hemos incluido ejemplos de los tradicionales partenariados público-privados (PPP), puesto que suelen ser presagio de una mayor comercialización de los servicios de salud.

Perspectivas de futuro

McIntyre et al (2006) y Mackintosh (2003) subrayan lo poderosos que son los movimientos ideológicos globales a la hora de conformar los factores que incluyen en las políticas de salud. Las alternativas identificadas en estas páginas representan nuevas formas de suministro o innovaciones de estructuras ya existentes para extender los servicios de salud a mayores segmentos de la población en el subcontinente, sin la participación directa del sector privado con ánimo de lucro. Algunas de las alternativas emergentes persiguen ampliar el acceso y limitar las barreras, además de complementar, más que reemplazar, los modelos existentes de suministro y financiación de servicios públicos de atención de la salud. Por ejemplo, la aparición de las MDS se explica por la necesidad de incrementar el acceso a servicios de salud reduciendo las barreras financieras que impiden dicho acceso a muchas comunidades pobres y rurales, a menudo partiendo de estructuras sociales y comunitarias tradicionales, como bien ejemplifican las *mutuelles* en Rwanda. Los PNSSS, por su parte, representan una tendencia global hacia la igualdad de acceso y la protección de riesgos financieros para todos y todas. Por otro lado, los servicios de salud que dependen de misiones cristianas llevan décadas formando parte de los sistemas de salud que complementan la prestación pública de servicios de salud en el África subsahariana.

Es también muy probable que el desarrollo de PNSSS desempeñe un papel protagonista en las políticas de salud de muchos países del subcontinente en el futuro más inmediato. El reciente éxito de este modelo en Ghana, así como las modestas mejoras en Nigeria y su probable adopción en Sudáfrica, dos de las economías más influyentes y significativas de África, podría llevar a que se adoptara también en otros países. Esto podría traducirse en la expansión de los proveedores de salud, especialmente de aquellos sin fines lucrativos, que están dispuestos a prestar servicios a una tarifa predeterminada por el Gobierno. Otra posible consecuencia de la expansión y el avance de los PNSSS es la integración de las MDS en estos programas, como ya está sucediendo en Rwanda y Ghana. Así, podría suceder que las MDS, tras haber desempeñado un papel vital en el suministro de acceso y la protección de poblaciones pobres frente a la financiación de la salud en situaciones de catástrofe, acaben desvaneciéndose finalmente y den paso a los PNSSS y la cobertura universal.

Se espera que, en el futuro del África subsahariana, la cuestión de cómo financiar la salud de la población adquiera más importancia que la cuestión de quién la suministra. En este contexto, el papel de los proveedores de atención de salud sin ánimo de lucro es de gran importancia. Tal como indica el análisis que planteamos en este capítulo, las OBC representan una salida intermedia viable entre los proveedores públicos y los proveedores privados y con fines lucrativos. Así, podría decirse que posibilitan una posible colaboración público-no lucrativa para garantizar que, al menos en el corto plazo, aquellos marginados por las fuerzas de la privatización reciban una atención de salud de calidad.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a Sehlapelo Irene Mokgoatsane, Ladislaus K Mdee y Mangaabane Gorden Mohlala, del Grupo de investigación sobre sistemas de salud del Departamento de Farmacia de la Universidad de Limpopo, Sudáfrica, por su inestimable ayuda en la elaboración de este capítulo.

Referencias

- Atim, C. 1998. *The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery and Access to Health Care: Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries*. Ginebra: International Labour Organization (ILO) y United States Agency for International Development (USAID).
- Baraldes, C. y L. Carreras. 2003. *Willingness to Pay for Community Health Fund Card in Mwaru Rural Health District, Tanzania*. Madrid: Medecins Sans Frontieres Spain.
- Bärnighausen, T. y R. Sauerborn. 2002. "One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries?", *Social Science and Medicine* 54: 1559-1587.
- Barthel, D. 1985. "Women's educational experience under colonialism: toward a diachronic model", *Journal of Women in Culture and Society* 11(1): 137-153.
- BeLue, R., T. Okoror, J. Iwelunmor, K.D. Taylor, A.N. Degboe, C. Agyemang

- y G. Ogedegbe. 2009. "An overview of cardiovascular risk factor burden in sub-Saharan African countries: a socio-cultural perspective", *Globalization and Health* 5: 10.
- Bennett, S., A.G. Kelley y S. Ly. 2004. *21 Questions on CBHF: An overview of community-based health financing*. Bethesda, MD: Partners for Health Reform Plus.
- Binka, F., A. Nazzar y J. Phillip. 1995. "The Navrongo Community Health and Family Planning Project", *Studies in Family Planning* 26: 121-39.
- Bonu, S., M. Rani y D. Bishai. 2003. "Using willingness to pay to investigate regressiveness of user fees in health facilities in Tanzania", *Health Policy and Planning* 18: 370-382.
- Bowling, A. 2004. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Londres: Open University Press.
- Buse, K. y G. Walt. 2000a. "Global public-private partnerships for health: Part I: a new development in health?", *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 549-561.
- Buse, K. y G. Walt. 2000a. "Global public-private partnerships for health: Part II: what are the health issues for global governance?", *Bulletin of the World Health Organization*. 78(5): 699-709.
- Buse, K y A. Waxman. 2001. "Public-private health partnerships: a strategy for WHO", *Bulletin of the World Health Organization* 79(8): 748-754.
- CHAG. 2008. *Comprehensive Annual Work Plan 2008 Annual Report*. Accra: Christian Health Association of Ghana (CHAG).
- Chee, G., K. Smith y A. Kapinga. 2002. *Assessment of the Community Health Fund in Hanang District, Tanzania*. Dar Salaam: Partners for Health Reform Plus.
- CHF. 2001. *The Community Health Fund Act*. Dar Salaam: Community Health Fund (CHF).
- Criel, B. y M.P. Waekken. 2003. "Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organization in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong?", *Social Science and Medicine* 57: 1205-1219.
- De Allegri, M., B. Kouyaté, H. Becher, A. Gbangou, S. Pokhrel, M. Sanon y R. Sauerborn. 2006. "Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso", *Bulletin of the World Health Organization* 84(11): 852-858.
- Derriennic Y., K. Wolf y P. Kiwanuka-Mukiibi. 2005. *An Assessment of Community-Based Health Financing Activities in Uganda*. Bethesda, MD: Partners for Health Plus.
1. Donaldson, C. y P. Gerard. 1993. *Economics of health care financing: The visible hand*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Ebrahim, A. 2003. "Making sense of accountability: conceptual perspectives for northern and southern nonprofits", *Nonprofit Management Leadership* 14: 191-212.

- Ekman, B. 2004. "Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of evidence", *Health policy and planning* 19(5): 249-270.
- Franco, L., C. Simpara, O. Sidibé, A. Kelley, F. Diop, M. Makinen, A. Ba y C. Burgert. 2006. *Equity initiative in Mali: evaluation of the impact of mutual health organizations on utilization of high impact services in Bla and Sikasso districts*. Bethesda, MD: Partners for Health Reform Plus.
- Gill, Z. y M. Carlough. 2008. "Do mission hospitals have a role in achieving Millennium Development Goal 5?", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 102: 198-202.
- Gilson, L., M. Magomi y E. M Kangaa. 1995. "The structural quality of Tanzanian primary health facilities", *Bulletin of the World Health Organization* 73(1): 105-114.
- Goodman, C., B. Brieger, A. Unwin, A. Mills, S. Meek y G. Greer. 2007. "Medicine Sellers and Malaria Treatment in Sub-Saharan Africa: What Do They Do and How Can Their Practice Be Improved?", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 77(6): 203-218.
- Green, A., J. Shaw, F. Dimmock y C. Conn. 2002. "A shared mission? Changing relationships between government and church health services in Africa", *International Journal of Health Planning and Management* 17: 333-353.
- Hargreaves, J.R., L.A. Morison, J.S.S. Gear, M.B. Makhubele, J.D. Porter, J. Busza, J., C. Watts, J. Kim, y P.M. Pronyk. 2007. "Hearing the Voices of the Poor: Assigning Poverty Lines on the Basis of Local Perceptions of Poverty. A Quantitative Analysis of Qualitative Data from Participatory Wealth Ranking in Rural South Africa", *World Development* 35: 212-229.
- Ichoku, H.E., G. Useh y A. Attahiru. 2006. "A field survey report of health financing practices in Bayelsa and Edo states". Ponencia presentada al Technical Committee on the Drafting of National Policy on Health Financing, Government of Nigeria. Mimeo.
- Kamuzora, P. y L. Gilson. 2007. "Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania", *Health Policy and Planning* 22: 95-102.
- LaVake, S. D. 2003. *Applying Social Franchising Techniques to Youth Reproductive Health/HIV Services*. Arlington, VA: Family Health International.
- Levin, A., M. McEuen, T. Dymatraczenko, F. Ssengooba, R. Mangani, y G. Van Dyck. 2000. *Costs of Maternal Health Care Services in Three Anglophone African Countries*. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform Plus.
- Lu, J.F.R. y W. Hsiao. 2003. "Does universal Health Insurance make health care unaffordable? Lesson from Taiwan", *Health Affairs* 22(3):77-88
- Mackintosh, M. 2006. "Commercialisation, inequality and the limits to transition in health care: a Polanyian framework for policy analysis", *Journal of International Development* 18: 393-406

- Mackintosh, M. 2003. *Health care commercialization and the embedding of inequality*. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- Marek, T., C. O'Farrel, C. Yamamoto e I. Zable. 2005. *Trends and Opportunities in Public-private Partnerships to improve Health services Delivery in Africa*. Washington D.C.: The World Bank.
- McIntyre, D. y A. van Heerden. 2007. *Social or National Health Insurance*. Ciudad del Cabo: Health Economics Unit.
- McIntyre, D., M. Thiede, G. Dahlgren y M. Whitehead. 2006. "What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts?", *Social Science and Medicine* 62: 858–865.
- Medicus Mundi International. 2009. *Contracting between faith-based and public health sector in Sub-Saharan Africa: a continuing crisis?* Basilea: Medicus Mundi International.
- Mhina, L.G. 2005. *Factors contributing to high drop-out of CHF members in Nzega District*. Tesis de Maestría. University of Dar es Salaam.
- MOH. 2004. *Mutual Health Insurance Policy in Rwanda*. Kigali: Ministry of Health (MOH, Ruanda).
- MOH. 2003. *Assessment of CHF in Tanzania: Factors Affecting Enrolment and Coverage*. Dar Salaam: Ministry of Health (MOH, Tanzania).
- MOH. 2005. *Health Sector Public Expenditure Review For 2005*. Dar Salaam: Ministry of Health (MOH, Tanzania).
- MOHSW. 2006. *Annual Health Statistical Abstract*. Dar Salaam: Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW).
- Molyneux, C.S., V. Mung'Ala-Odera, T. Harpham y R.W. Snow. 1999. "Maternal responses to childhood fevers: a comparison of rural and urban residents in coastal Kenya", *Tropical Medicine and International Health* 4: 836–845.
- Mtei, G.J. y J.A. Mulligan. 2007. *Community health funds in Tanzania: A literature review*. Ifakara: Consortium for Research on Equity in Health Systems; Ifakara Health Institute.
- Mtei, G.J., J.A. Mulligan, N. Palmer, P. Kamuzora, M. Ally, y A. Mills. 2007. "An Assessment of the Health Financing System in Tanzania: Implications for Equity and Social Health Insurance: Report on Shield Work Packag", en *Proceedings of the iHEA 2007 6th World Congress: Explorations in Health Economics Paper*.
- Msuya, J.M., J.P. Jutting y A. Abay. 2004. *Impacts of Community Health Insurance Schemes on Health Care Provision in Rural Tanzania*. Bonn: ZEF Center for Development Research.
- Musau, S. 2004. *The Community Health Fund: Assessing Implementation of New Management Procedures in Hanang District, Tanzania*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reform Plus.

- Mwendo, H.M. 2001. "Accessibility and sustainability of health services Iramba District: three years after community health fund implementation". Tesis de Maestría. University of Dar es Salaam.
- Ndiaye, P., W. Soors y B. Criel. 2007. "A view from beneath: Community Health Insurance in Africa", *Tropical Medicine and International Health* 12(2):157-161.
- Nyonator, F.K., J.K. Awoonor-Williams, J.F. Philips, T. Jones, y R.A. Miller. 2005. "The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation", *Health Policy and Planning* 20(1): 25-34.
- Rew, A., S. Khan y M. Rew. 2007. "P3>Q2 in Northern Orissa: An Example of Integrating "Combined Methods" (Q2) through A "Platform for Probing Poverties" (P3)", *World Development* 35(2): 281-295.
- Richter, J. 2004. "Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives?", *Development* 47(2): 43-48.
- Sekabaraga, C. 2008. "Subsidised community health insurances for universal access to health care in Rwanda", en "Proceedings of the Public Health Association Annual Meeting. October 25-29". Mimeo.
- Shaw, R.P. 2002. *Tanzania's Community Health Fund: Prepayment as an Alternative to User Fees*. Tanzania: Dar Salaam: Community Health Fund (CHF).
- Snow, R.W., N. Peshu, D. Forster, H. Mwenesi, y K. Marsh. 1992. "The role of shops in the treatment and prevention of childhood malaria on the coast of Kenya", *Trans Royal Society for Tropical Medicine and Hygiene* 86: 237-239.
- Szilagyi, P.G., A.W. Dick, J.D. Klein, L.P. Shone, J. Zwanziger, y T. McInnerny. 2004. "Improved access and quality of care after enrolment in the New York State Children's Health Insurance Program (SCHIP)", *Paediatrics* 113(5): 395-404.
- Tabor, S.R. 2005. *Community-Based Health Insurance and Social Protection Policy*. Social Protection Discussion Paper Series No. 0503. Washington, DC: World Bank.
- Turshen, M. 1977. "The impact of colonialism on health and health services in Tanzania", *International Journal of Health Services* 7(1): 7-35.
- UNGASS y UNAIDS. 2008. *Report of the UN Secretary General to the General Assembly on the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Geneva: UN General Assembly on the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNAIDS).
- Unwin, N., P. Setel, S. Rashid, F. Mugusi, J.C. Mbanaya, H. Kitange, L. Hayes, R. Edwards, T. Aspray, y K.G.M. Alberti. 2001. "Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: where do they feature in the health research agenda?", *Bulletin of the World Health Organization* 79(10): 947-953.
- USAID y FMOH. 2009. *Nigeria Health System Assessment 2008*. Abuja: United States Agency for International Development (USAID) y Federal Ministry of Health (FMOH).

- Vialle-Valentin, C.E., D. Ross-Degnan, J. Ntaganira, y A.K. Wagner. 2008. "Medicines coverage and community-based health insurance in low-income countries", *Health Research Policy and Systems* 6(11): 11.
- WHO. 2008. *World Health Report 2008*. Ginebra: World Health Organization (WHO).
- WHO y UNICEF. 1978. "Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care". Ginebra: World Health Organization (WHO).
- WHOSIS. 2009. "World Health Organization Statistical Information System". Ginebra: World Health Organization (WHO).
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Wurthwein, R., A. Ghangou, R.Sauerborn, y C.M. Schmidt. 2001. "Measuring the local burden of disease", *International Journal of Epidemiology* 30: 501-508.