

CAPÍTULO 1

¿Por qué son importantes los sistemas de salud?

Los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud. Pueden ser integrados y estar centralizados, pero a menudo no es así. Después de varios siglos de ser entidades en pequeña escala, en su mayoría privadas o caritativas, casi todas ineficaces, en este siglo los sistemas de salud experimentaron un crecimiento explosivo a medida que se adquirían y aplicaban nuevos conocimientos. Los sistemas han contribuido enormemente a mejorar la salud, pero su contribución podría ser mayor aún, especialmente para los pobres. Si no se ha alcanzado todo lo que esos sistemas pueden dar, ello se debe a fallas sistémicas y no a limitaciones técnicas. Por lo tanto, es urgente evaluar el desempeño actual y juzgar cómo pueden los sistemas de salud materializar todo su potencial.

1

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS SISTEMAS DE SALUD?

UN PANORAMA EN MUTACIÓN

El 13 de octubre de 1999, en una clínica de maternidad situada en Sarajevo, Helac Fatima dio a luz un hijo. Se trataba de una ocasión especial, porque los demógrafos de las Naciones Unidas habían calculado que la población mundial alcanzaría seis mil millones ese día. Ese niño, nacido en Sarajevo, se designó como la persona número seis mil millones sobre el planeta.

Hoy en día, la población mundial se ha cuadruplicado en comparación con la de 100 años atrás —ahora, cada minuto de cada día nacen aproximadamente 4000 bebés— y entre los innumerables y asombrosos cambios que han ocurrido desde entonces, algunos de los más profundos se han observado en la salud humana. Por ejemplo, pocos, si acaso alguno, de los antepasados de Helac Fatima que vivieron alrededor de 1899 tuvieron la oportunidad de visitar un hospital, y mucho menos de nacer en uno de ellos.

Lo mismo se podía decir de la gran mayoría de los 1500 millones de personas vivas en ese entonces. En todo el mundo, los partos se atendían invariablemente en el hogar y rara vez había un médico presente. La mayoría de las personas dependían de los remedios y los tratamientos tradicionales, algunos de los cuales se habían utilizado por milenios. La mayoría de los niños nacían en el seno de familias grandes y se enfrentaban a una lactancia y una niñez bajo la amenaza de una serie de enfermedades potencialmente mortales como el sarampión, la viruela, la malaria y la poliomielitis, entre otras. Las tasas de mortalidad de lactantes y de niños pequeños eran muy altas, así como las tasas de mortalidad materna. La esperanza de vida al nacer era, hasta hace medio siglo, de apenas 48 años.

El año pasado, el hijo de Helac Fatima llegó al mundo con una esperanza de vida al nacer de 73 años, que es el promedio actual para Bosnia. El promedio mundial es de 66 años. Este niño nació en un hospital urbano grande, dotado de parteras, enfermeras, médicos y técnicos bien adiestrados, que contaban con el apoyo de equipo y medicamentos modernos. El hospital forma parte de un servicio de salud complejo, conectado a su vez a una red amplia de personas y actividades que de un modo u otro tienen como finalidad mantener y mejorar la salud de este niño por el resto de su vida, igual que lo hacen para toda la población. Cuando todas estas partes interesadas trabajan juntas, ya sea prestando servicios, financiándolos o fijando las políticas para administrarlos, forman un sistema de salud.

A los sistemas de salud se debe parte del notable aumento en la esperanza de vida durante el siglo XX. Han contribuido enormemente a mejorar la salud y han influido en la

vida y el bienestar de miles de millones de hombres, mujeres y niños en todo el mundo. Su función se ha tornado cada vez más importante.

Sin embargo, subsisten diferencias enormes entre el potencial de los sistemas de salud y su desempeño real, y se observan demasiadas discrepancias en los resultados entre algunos países que parecen tener los mismos recursos y posibilidades. ¿Por qué tiene que ser así? Los sistemas de salud no parecerían distintos de otros sistemas sociales en su forma de abordar las exigencias y los incentivos para funcionar lo mejor posible, y cabría esperar que —con algún grado de reglamentación por parte del Estado— su desempeño podría depender en gran medida de las fuerzas del mercado, igual que sucede con el suministro de la mayoría de los otros bienes y servicios.

Pero la salud es fundamentalmente diferente de otras cosas que las personas quieren, y la diferencia tiene su origen en la biología. Según expresó Jonathan Miller, con suma elocuencia, “De todos los objetos que se encuentran en el mundo, el cuerpo humano ocupa una situación peculiar: no solo es propiedad de la persona que lo tiene, también posee a la persona y la constituye. Nuestro cuerpo es muy diferente de todas las otras cosas que consideramos de nuestra propiedad. Podemos perder dinero, libros y hasta nuestra casa y, aun así, seguir siendo nosotros mismos; pero es difícil concebir siquiera la idea de una persona despojada de su cuerpo. Aunque hablamos de nuestro cuerpo como el lugar en el que vivimos, es una forma especial de inquilinato: nuestro cuerpo es el lugar donde siempre es posible encontramos” (1). La persona que busca atención sanitaria es, desde luego, un consumidor —del mismo modo que lo es con respecto a todos los otros bienes y servicios— y también puede ser un coproductor de su salud, si adopta buenos hábitos de alimentación, higiene y ejercicio, y acata las instrucciones sobre el uso de medicamentos u otras recomendaciones de los profesionales sanitarios. Pero la persona es también el objeto físico al cual se dirige toda esa atención.

La salud es, entonces, una característica de una posesión inalienable, y en este respecto se asemeja ligeramente a otras formas del capital humano, tales como la educación, los conocimientos profesionales o las aptitudes atléticas. Pero sigue siendo diferente en aspectos fundamentales. La salud está sujeta a riesgos graves e imprevisibles que en su mayoría son independientes entre sí. Tampoco es posible acumularla como se acumulan los conocimientos y las aptitudes. Estas características bastan para que la salud sea radicalmente diferente de otros bienes que la gente asegura contra pérdida o daño y son las razones por las que el seguro médico es más complejo que cualquier otro tipo de seguro. Si el valor de un vehículo es de US\$ 10 000 y el costo de repararlo después de un accidente fuese de \$15 000, una compañía de seguros pagaría solamente \$10 000. La imposibilidad de reemplazar el cuerpo, y la consiguiente carencia de un valor de mercado para él, impide que se establezca un límite de este tipo para los costos relacionados con la salud.

Como pobres y ricos por igual están condenados a vivir en su cuerpo, ambos necesitan la misma protección contra los riesgos de salud. Por contraposición, tratándose de otros bienes, como la vivienda, la necesidad de dicha protección no surge, o surge solo en proporción a los ingresos. Esta diferencia biológica básica entre la salud y otros bienes incluso viene a exagerar las fallas del mercado, como el riesgo moral y la información imperfecta y asimétrica, que existen con relación a otros bienes y servicios. Directa o indirectamente, esta diferencia explica muchas de las razones por las que los mercados no funcionan tan bien para la salud como para otras cosas, por qué se necesita una función más activa y más complicada del Estado y, en general, por qué el buen desempeño no puede darse por sentado.

El derecho internacional reconoce la integridad y la dignidad física del individuo; no obstante, ha habido casos vergonzosos de perversión del conocimiento y las aptitudes de los médicos, como someter a las personas a la participación involuntaria o sin conocimien-

to de causa en experimentos, la esterilización forzada o el despojo violento de órganos. Por consiguiente, los sistemas de salud tienen una responsabilidad más que consiste en velar por que las personas sean tratadas con respeto, en conformidad con los derechos humanos.

En el presente informe se analiza la función de los sistemas de salud y se propone cómo hacerlos más eficientes y, lo que es más importante, más accesibles y capaces de atender a los cientos de millones de personas que actualmente están lejos de recibir plenamente sus beneficios. La falta de acceso a la atención básica de salud está vinculada fundamentalmente a la pobreza, la peor plaga de la humanidad. A pesar de todos sus logros y buenas intenciones, en los últimos 100 años los sistemas de salud en todo el mundo no han logrado reducir las desigualdades en salud que existen entre ricos y pobres. En realidad, las desigualdades se están ampliando. Un agravamiento de este tipo suele acompañar al progreso económico, puesto que los que ya tienen una buena situación económica son los primeros en beneficiarse de ese progreso. Pero existen los medios para acelerar la participación de los pobres en estos beneficios y, a menudo, esto puede hacerse a un costo relativamente bajo (véase el recuadro 1.1). En consecuencia, encontrar una dirección nueva y fructuosa para los sistemas de salud es un arma poderosa en la lucha contra la pobreza a la cual la OMS está dedicada. Especialmente por el bien de los niños del nuevo siglo, los países necesitan sistemas que protejan a todos sus ciudadanos contra los riesgos para la salud y contra los riesgos financieros de la enfermedad.

Recuadro 1.1. Pobreza, mala salud y eficacia en función de los costos

En los diversos cálculos mundiales de la carga de morbilidad que se han hecho no se han separado los ricos de los pobres, pero se puede hacer un desglose aproximado del modo siguiente: primero, los países se clasifican según el ingreso per cápita; a continuación, en torno al país con los ingresos más bajos y al país con los ingresos más altos se forman sendos grupos que abarcan más o menos 20% de la población del mundo; por último, se estudia la distribución de las defunciones en cada grupo, según la edad,¹ las causas y el sexo.² Los cálculos obtenidos de esta manera indican que, en 1990, 70% de las defunciones totales y 92% de las defunciones por enfermedades transmisibles en el quintil de los más pobres fueron "excesivas" en comparación con la mortalidad que habría ocurrido teniendo en cuenta las tasas de mortalidad del quintil de los más ricos. Las cifras

correspondientes a las pérdidas totales de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) fueron similares, y se comprobó una contribución más grande de las enfermedades no transmisibles. La gran diferencia entre los efectos de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles refleja la concentración de las defunciones y los AVAD perdidos a causa de las enfermedades transmisibles entre los pobres del mundo: cerca de 60% de la mala salud corresponde al quintil de los más pobres, frente a 8–11% para el quintil de los más ricos. Esto se asocia firmemente con las diferencias en cuanto a la distribución por edades de las defunciones: entre los pobres, poco más de la mitad de las defunciones se producen antes de los 15 años de edad; la proporción correspondiente entre los ricos es de solo 4%. La diferencia entre pobres y ricos es grande incluso en un país africano donde la mortalidad suele ser

alta, y mucho mayor en un país latinoamericano donde la mortalidad suele ser más baja, pues allí las defunciones a edades tempranas casi han desaparecido entre las clases adineradas.

Hay intervenciones relativamente eficaces en función de los costos contra las enfermedades que ocasionan la mayor parte de estas diferencias entre ricos y pobres, y en particular para combatir las defunciones y los daños a la salud entre los niños pequeños.³ Ciertas intervenciones que cuestan unos US\$ 100 o menos por AVAD ganado podrían combatir ocho o nueve de las diez principales causas de mala salud en los menores de 5 años, y de seis a ocho de dichas causas entre las edades de 5 a 14 años. Todas estas son enfermedades transmisibles o formas de malnutrición. Se prevé que las defunciones y la discapacidad derivadas de estas causas disminuirán rápidamente hacia 2020, con lo cual los daños a la salud causa-

dos por las enfermedades transmisibles casi se igualarán con los ocasionados por las no transmisibles entre los pobres. Si la tasa prevista de disminución de los daños causados por las enfermedades transmisibles pudiera duplicarse, la esperanza de vida de los ricos del mundo aumentaría tan solo 0,4 años, pero la de los pobres del mundo aumentaría 4,1 años, con lo cual la diferencia entre los dos grupos disminuiría de 18,4 a 13,7 años. Por el contrario, si se duplicara el ritmo de reducción de los daños a la salud causados por las enfermedades no transmisibles, ello beneficiaría preferentemente a los adinerados y tendría un costo considerablemente mayor. La asociación entre la pobreza y la eficacia en función de los costos solo es parcial, y probablemente sea transitoria; pero es muy intensa en las condiciones epidemiológicas y económicas que prevalecen hoy.

¹ Gwatkin DR. *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches*. Washington, DC: The World Bank; 5 February 1998. (Documento de trabajo).

² Gwatkin DR, Guillot M. *The burden of disease among the world's poor: current situation, future trends, and implications for policy*. Washington, DC: Human Development Network of The World Bank; 2000.

³ *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993: cuadros B.6 y B.7.

¿QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD?

En el complejo mundo de hoy, puede resultar difícil dar una definición exacta de lo que es un sistema de salud, de sus componentes y de dónde empieza y termina. En el presente informe, un sistema de salud abarca *todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud.*

Es evidente que los servicios de salud, entre ellos la prestación profesional de atención médica personal, encajan en la definición. Como también lo hacen los tratamientos que dan los curanderos tradicionales y el uso de toda clase de medicamentos, ya sean prescritos por un proveedor de atención sanitaria o no, así como la atención domiciliaria de los enfermos, mediante la cual se tratan entre el 70% y el 90% de todas las enfermedades (2). Las actividades tradicionales de salud pública como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y otras intervenciones que benefician a la salud, como el mejoramiento de la seguridad vial y ambiental, también forman parte del sistema. Quedan fuera de esta definición las actividades cuya finalidad principal es distinta de la salud —la educación, por ejemplo—, aun si estas actividades tienen un beneficio secundario que mejora la salud. En consecuencia, el sistema general de educación no entra en la definición, pero la educación relacionada especialmente con la salud sí forma parte del sistema. También están incluidas las medidas destinadas sobre todo a mejorar indirectamente la salud, al influir en el funcionamiento de sistemas que no son de salud: por ejemplo, lo que se hace para aumentar la matrícula escolar de las niñas o cambiar el programa de estudios con objeto de que en el futuro los estudiantes sean mejores prestadores y consumidores de atención sanitaria.

Esta manera de definir un sistema no supone ningún grado particular de integración, ni que alguien esté a cargo de todas las actividades que lo componen. En este sentido, cada país tiene un sistema de salud, por fragmentado que pueda encontrarse entre diferentes organizaciones y aunque parezca funcionar de manera asistemática. La integración y la vigilancia no determinan la existencia del sistema, pero pueden influir enormemente en su buen funcionamiento.

Lamentablemente, casi toda la información acerca de los sistemas de salud se refiere solamente a la prestación de servicios o a la inversión en ellos, es decir al sistema de *atención* sanitaria, incluidas las intervenciones preventivas, curativas y paliativas, independientemente de que esté orientada a los individuos o a las poblaciones. En la mayoría de los países, estos servicios generan gran parte del empleo, del gasto y de la actividad que se incluiría en un concepto más amplio de sistema de salud, de manera que podría parecer que se perdería poco al concentrarse en una definición más limitada que sea adecuada para los datos existentes. Por cierto, ha sido muy laborioso recabar esos datos, y este informe ofrece varias clases de información y análisis, como los cálculos de la esperanza de vida ajustada en función de los años de discapacidad, evaluaciones de si los sistemas de salud tratan bien a los pacientes, cuentas sanitarias nacionales y cálculos de la contribución de las familias al financiamiento.

No obstante, es necesario tomar otras medidas con objeto de cuantificar y evaluar las actividades implícitas en una definición más amplia, para empezar a calcular su costo y eficacia relativos en la consecución de las metas del sistema. Para dar un ejemplo, en los Estados Unidos entre 1966 y 1979 la tasa de letalidad por accidentes de vehículos de motor se redujo en un 40% por kilómetro recorrido gracias a la introducción de diversos cambios en el diseño de los automóviles para mejorar la seguridad (parabrisas laminados, columna del volante plegable, interior acolchado, cinturones para los hombros y el regazo, luces indicadoras laterales, apoyacabezas, sistemas de combustible a prueba de escapes, para-

choques más fuertes, aumento de la resistencia en las puertas laterales y mejores frenos). Solo tres de estas innovaciones agregaron más de \$10 al precio de un automóvil, y en total representaron solo 2% del aumento promedio de los precios durante 1975–1979 (3). De 1975 a 1998, los cinturones de seguridad salvaron unas 112 000 vidas en los Estados Unidos, y las muertes totales por accidentes de tránsito siguieron descendiendo. Las posibles ganancias de salud fueron aún mayores: tan solo en 1998, 9000 personas murieron porque no usaron los cinturones de seguridad (4).

Los ahorros potenciales en otros países son muy grandes. Los accidentes de tránsito en las carreteras están aumentando rápidamente en los países pobres y se prevé que en 2020 pasen del noveno al tercer lugar en la clasificación mundial de las causas principales de la carga de mala salud. Incluso en muchos países de ingresos medianos, las tasas de letalidad per cápita o por kilómetros-vehículo recorridos son mucho mayores que en los Estados Unidos (5). África al sur del Sahara tiene la tasa más alta del mundo de letalidad por kilómetros-vehículo. En los países de ingresos bajos y medianos, el costo de mejorar los vehículos quizá sea elevado en relación con el gasto en la atención sanitaria, de manera que el efecto de incluir tales actividades en la definición de sistema de salud quizá sea mayor. Las carreteras inseguras también contribuyen a elevar el número de víctimas por accidentes de tránsito en los países más pobres, y el costo de mejorar las carreteras podría ser mucho más grande que el costo de aumentar la seguridad de los automóviles. Pero los cambios de comportamiento, como por ejemplo usar los cinturones de seguridad que ya vienen instalados y respetar los límites de velocidad, prácticamente no cuestan nada y podrían salvar muchas vidas; es decir, tienen muchas probabilidades de ser más eficaces en función de los costos que el tratamiento de las víctimas que resultan de un choque.

En los casos en que no se cuenta con la información correspondiente a una definición más amplia de los sistemas de salud, este informe utiliza por necesidad los datos disponibles que coinciden con el concepto de sistema de atención sanitaria. Aun si se parte de esta definición más limitada, los sistemas de salud hoy en día representan uno de los sectores más grandes en la economía mundial. El gasto mundial en atención sanitaria fue de unos \$2,985 billones en 1997, o sea, casi 8% del producto interno bruto (PIB) mundial; además, la Organización Internacional del Trabajo calcula que hace 10 años, en todo el mundo, había cerca de 35 millones de trabajadores de salud, y en la actualidad es probable que el empleo en los servicios de salud sea sustancialmente mayor. Estas cifras reflejan hasta qué punto lo que por miles de años fue una relación básica y privada —en la que una persona aquejada por una enfermedad era atendida por los miembros de la familia o por religiosos prestadores de asistencia, o a veces pagaba a un curandero profesional para que la tratara— se ha ampliado durante los dos últimos siglos para formar la compleja red de actividades que ahora abarca un sistema de salud.

Más allá del simple crecimiento, la creación de sistemas de salud modernos ha generado mayor diferenciación y especialización de las aptitudes y las actividades. También ha representado un cambio enorme en la distribución de la carga económica de la mala salud. Hasta hace poco, la mayor parte de esa carga adoptaba la forma de productividad perdida, ya que las personas morían jóvenes o se enfermaban y pasaban demasiado tiempo imposibilitadas para trabajar a plenitud. El costo de la atención sanitaria representaba solamente una parte pequeña de la pérdida económica, porque esa atención era relativamente barata y en gran parte ineficaz. Las pérdidas de productividad siguen siendo sustanciales, especialmente en los países más pobres, pero el aumento de la duración de la vida y la disminución de la discapacidad significan que cada vez es más frecuente que la carga económica recaiga en los sistemas de salud. Esto incluye el costo de los medicamentos —para contro-

lar la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías, por ejemplo— que permiten a las personas permanecer activas y productivas. Parte del crecimiento en los recursos utilizados por los sistemas de salud es una transferencia de otras maneras de pagar por los daños económicos causados por la enfermedad y la muerte prematura.

Los recursos dedicados a los sistemas de salud se distribuyen de manera muy desigual, y no guardan ninguna proporción con la distribución de los problemas de salud. Los países de ingresos bajos y medianos representan solo 18% de los ingresos mundiales y 11% del gasto sanitario mundial (\$250 000 millones, o sea, 4% del PIB en esos países). No obstante, 84% de la población del mundo vive en estos países y sobrelleva 93% de la carga de morbilidad del mundo. Estos países encaran muchas dificultades para satisfacer las necesidades de salud de sus poblaciones, movilizar un financiamiento suficiente de manera equitativa y asequible, y aprovechar al máximo los recursos escasos.

Actualmente, en casi todos los países desarrollados —y en muchos países de ingresos medianos— el gobierno se ha convertido en parte fundamental de la política social y de la atención sanitaria. Su participación está justificada tanto por motivos de equidad como por motivos de eficiencia. Sin embargo, en los países de ingresos bajos —donde los ingresos públicos totales para todos los usos son escasos (a menudo menos de 20% del PIB) y la capacidad institucional en el sector público es débil— el financiamiento y la prestación de los servicios de salud está en gran parte en las manos del sector privado. En muchos de estos países, una gran proporción de los pobres todavía no tienen acceso a una atención básica y eficaz.

¿QUÉ HACEN LOS SISTEMAS DE SALUD?

Para ricos y pobres por igual, las necesidades de salud en el presente son muy diferentes de las de hace 100 o incluso 50 años. Crecen sin cesar las expectativas de acceso a la atención sanitaria en alguna forma, así como las demandas de medidas para proteger al enfermo y a su familia contra los costos financieros de la mala salud. El círculo en el cual tienen que funcionar los sistemas de salud se ha vuelto aun más amplio por la conciencia cada vez mayor de la repercusión que tienen sobre la salud algunos adelantos como la industrialización, el transporte por carretera, el deterioro ambiental y la globalización del comercio. Las personas ahora se vuelcan a los sistemas de salud en procura de ayuda con una variedad mucho mayor de problemas que antes; lo hacen no solo para alivio del dolor y tratamiento de las limitaciones físicas y los trastornos emocionales, sino en demanda de consejos sobre el régimen alimentario, la crianza de los niños y el comportamiento sexual, que anteriormente buscaban en otras fuentes.

Por lo común, las personas establecen contacto directo con un sistema de salud como pacientes, donde son atendidos por los proveedores de servicios, solo una o dos veces al año. Más a menudo, su contacto es como consumidores de medicamentos sin receta y como beneficiarios de información y consejos relacionados con la salud. De igual manera, establecen contacto con él como contribuyentes que lo costean, a sabiendas cada vez que deben pagar la atención de su propio bolsillo o que abonan primas de seguro o contribuciones a la seguridad social, e inadvertidamente cuando pagan impuestos que se usan en parte para financiar la salud. Importa mucho la forma como aborda el sistema las necesidades de salud de las personas y cómo obtiene ingresos de ellas, en especial cuánta protección les ofrece contra el riesgo financiero. Pero también importa cómo responde a sus expectativas. En particular, las personas tienen derecho a esperar que el sistema de salud las trate con dignidad individual. En la medida de lo posible, sus necesidades deben atenderse con prontitud, sin

largos períodos de espera para recibir diagnóstico y tratamiento; ello no solo para obtener mejores resultados de salud, sino también como una manera de respetar el valor del tiempo de las personas y mitigar su angustia. Los pacientes también suelen esperar la confidencialidad, y participar en las decisiones acerca de su propia salud; en especial, quieren escoger dónde y de quién recibir la atención. No cabe esperar que siempre acepten pasivamente los servicios determinados de manera unilateral por el proveedor.

En resumen, los sistemas de salud tienen la responsabilidad no solamente de mejorar la salud de las personas sino de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad, y de tratarlas con dignidad. Así pues, según se trata con más detalle en el capítulo 2, los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales, a saber:

- mejorar la salud de la población a la que sirven;
- responder a las expectativas de las personas;
- brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

Dado que estos objetivos no siempre se alcanzan, se ha generalizado la insatisfacción del público con la forma de financiar o dirigir los servicios; abundan las quejas sobre errores, retrasos, maltrato, hostilidad e indiferencia por parte de los trabajadores de salud, y denegación de atención o exposición a riesgos financieros ruinosos por los aseguradores y los gobiernos.

Puesto que mejorar la salud es el objetivo más importante de un sistema de salud, y como la situación sanitaria es peor en las poblaciones pobres, podría suponerse que en los países de bajos ingresos lo único que importa es el mejoramiento de la salud. De esta manera, la inquietud por los resultados extrasanitarios del sistema, por una distribución equitativa de los costos para que nadie esté expuesto a un gran riesgo financiero, y por responder a los deseos y las expectativas de las personas acerca de cómo las van a tratar, se consideraría entonces como un lujo, que cobraría importancia solamente a medida que aumentan los ingresos y mejora la salud. Pero este punto de vista está equivocado, por varias razones. Las personas pobres, como se indicó anteriormente, necesitan protección financiera tanto o más que las adineradas, ya que incluso riesgos absolutos pequeños pueden tener consecuencias catastróficas para ellos. Y los pobres tienen el mismo derecho que los ricos a recibir un trato respetuoso, aunque desde el punto de vista material pueda hacerse menos por ellos. Es más, ir en pos de los objetivos de capacidad de respuesta y protección financiera no necesariamente distrae recursos sustanciales de las actividades destinadas a mejorar la salud. A menudo, muchas de las mejoras en el desempeño de un sistema de salud, en lo que se refiere a estas responsabilidades, pueden lograrse a poco o ningún costo. De manera pues, que los tres objetivos son importantes en todos los países, independientemente de cuán ricos o pobres sean o cómo esté organizado su sistema de salud. Las mejores formas de lograr estos objetivos, que se examinan en los capítulos siguientes, son igualmente pertinentes para todos los países y sistemas de salud, aunque las consecuencias particulares para la política variarán según el nivel de ingresos y las características culturales y de organización del sistema.

POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS SISTEMAS DE SALUD

La contribución que los sistemas de salud efectúan para mejorar la salud se ha examinado mucho más detalladamente que el grado en que satisfacen los otros dos objetivos mencionados antes, para los cuales hay relativamente poca información y análisis. Por consiguiente, en este informe se utilizan indicadores especiales para cuantificar el desem-

peño de los sistemas con relación a los tres objetivos. Incluso la contribución de los sistemas sanitarios al mejoramiento de la salud es difícil de juzgar, porque diferentes datos probatorios parecen dar respuestas contradictorias. En el ámbito de las intervenciones contra enfermedades o trastornos particulares, ahora disponemos de pruebas sustanciales y cada vez más abundantes de que pueden lograrse mejoras considerables en el estado de salud a un costo razonable, tanto para los individuos como para grandes poblaciones (6). Tales datos permiten calcular, por ejemplo, que en los países pobres aproximadamente un tercio de la carga de morbilidad en 1990 se podría haber evitado a un costo total por persona de solo \$12 (7).

Aunque no hubiera ningún progreso en ciencias básicas, efectuar cambios en la forma en que se organizan y se realizan ciertas intervenciones actuales podría revertir la propagación de una epidemia y reducir extraordinariamente el costo de salvar una vida. Por ejemplo, en la Amazonia brasileña, la asignación de mayor importancia a la detección temprana de casos y al tratamiento oportuno de la malaria, unida a esfuerzos más orientados al control de los mosquitos, permitió contener una epidemia y redujo el costo de salvar una vida mediante la prevención de casos de unos \$13 000 a solo unos \$2000 (8).

En cuanto al progreso sanitario general, según consta en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999*, la generación y aplicación de conocimientos —es decir, el progreso científico y técnico— explicó casi la mitad de la disminución de la mortalidad entre 1960 y 1990 en una muestra de 115 países de ingresos bajos y medianos, mientras que el crecimiento de los ingresos explicó menos de 20%, y los aumentos en el nivel educativo de las mujeres adultas, menos de 40%. Tales cálculos resumen el progreso en la concepción y la aplicación de intervenciones de muchas clases contra un gran número de enfermedades. Son dignos de mención los programas antimaláricos y de inmunización, y el mayor uso de los antibióticos para el tratamiento de infecciones respiratorias y otras enfermedades infecciosas. Puesto que el sistema de salud es el que formula y ejecuta esas intervenciones, dos clases de pruebas, unas desglosadas y otras agrupadas, indican claramente que los sistemas de salud no solo pueden, sino que logran cambios importantes en la salud.

Adoptando un punto de vista más limitado, que abarcaba solamente las enfermedades para las que hay tratamientos eficaces, numerosos estudios efectuados a partir de los años setenta (9, 10) han encontrado sistemáticamente que las defunciones evitables, es decir, “las defunciones debidas a causas que responden al tratamiento médico”, han bajado a una tasa más rápida que otras defunciones. De igual manera, una comparación de las diferencias en las tasas de mortalidad entre Europa occidental y los antiguos países comunistas de Europa oriental atribuyó a la disponibilidad de atención médica moderna 24% de la diferencia registrada en la esperanza de vida masculina y 39% en la esperanza de vida femenina. El acceso a este tipo de atención no lo garantiza simplemente la existencia de establecimientos médicos (11).

Al mismo tiempo, otros elementos de prueba parecen indicar que los sistemas de salud logran poco o ningún cambio. Esto surge de algunas otras comparaciones entre países y no a lo largo del tiempo. A menudo estas comparaciones muestran que si bien los ingresos per cápita están sumamente relacionados con cierta medida del estado de salud —como lo están otros factores, tales como la educación femenina, la desigualdad de ingresos o las características culturales—, hay poca relación independiente con variables tales como el número de médicos o camas de hospital (12), el gasto sanitario total (13), el gasto circunscrito a las enfermedades que responden al tratamiento médico (14), o el gasto público en salud (15). No resulta sorprendente encontrar que estas relaciones son débiles en los países ricos, ya que numerosas causas de muerte y discapacidad se han controlado y hay

muchas maneras diferentes de gastar los recursos del sistema de salud, lo cual ejerce efectos muy variables sobre la situación sanitaria. Pero el gasto del sistema de salud a menudo parece lograr pocos cambios aun en los países pobres que tienen una tasa elevada de mortalidad de lactantes y de niños pequeños, cuya reducción debe ser una prioridad.

Además, los sistemas de salud cometen errores costosos, y hasta mortales, con demasiada frecuencia. Tan solo en los Estados Unidos, los errores médicos en los hospitales causan por lo menos 44 000 defunciones innecesarias al año, y otras 7000 ocurren como resultado de las equivocaciones en la prescripción o el uso de medicamentos; como consecuencia, estos errores se cobran más vidas que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama y el sida (16). El costo económico de estas equivocaciones es de no menos de \$17 000 millones, de los cuales más de la mitad corresponden a costos de atención sanitaria. Y aun cuando nadie cometa errores, los pacientes a menudo contraen nuevas infecciones en el hospital y el uso masivo de los antibióticos promueve la resistencia de los agentes patógenos a ellos, de tal forma que parte de la mala salud es causada por los mismos esfuerzos para tratarla.

Estos datos contradictorios pueden conciliarse de dos maneras: en primer lugar, cabe señalar que, si bien los sistemas de salud han generado gran parte del progreso sanitario alcanzado a lo largo de los años, este progreso dista de ser uniforme entre los países en un momento dado, aun entre aquellos con niveles similares en los ingresos y el gasto sanitario; en segundo lugar, es preciso reconocer que los errores del sistema menguan pero no anulan las cosas buenas que logra. No obstante, “hay una brecha enorme entre el potencial evidente del gasto público para mejorar la situación sanitaria y el desempeño real” (15), e indudablemente se puede afirmar lo mismo en cuanto al uso de los recursos en general. Una medida de esa brecha es que muchas defunciones de niños menores de 5 años de edad podrían evitarse con un gasto de \$10 o menos, según se concluye de los estudios de la eficacia en función de los costos de intervenciones particularmente valiosas; sin embargo, en los países pobres, el gasto real promedio por muerte evitada, calculado sobre la base de la relación general entre el gasto y la mortalidad, es de \$50 000 o más. La relación general entre la mortalidad en la niñez y los ingresos supone que en un país pobre de dos millones de habitantes, los ingresos totales tendrían que aumentar aproximadamente \$1 000 000 para evitar una sola muerte. Esta cantidad es varios órdenes de magnitud más alta que el gasto sanitario promedio que se necesita para salvar una vida. Según los cálculos per cápita, estas cifras suponen un gasto sanitario de solo \$0,025 en comparación con un aumento de los ingresos de \$0,50. Las diferencias en los ingresos pueden explicar mejor las variaciones en la situación sanitaria entre los países que las diferencias del gasto sanitario. Pero el aumento de los ingresos no es una manera más barata o más fácil de mejorar la salud.

En cuanto al pasado más distante, los historiadores aún no se ponen de acuerdo sobre si la disminución de las tasas de mortalidad en algunos países europeos y latinoamericanos acaecidas en los siglos XIX y XX se deben más a factores tales como una mejor alimentación y a otros adelantos socioeconómicos que a la atención médica personal. Pero los sistemas de salud, en su definición amplia, incluyen todas las intervenciones colectivas, destinadas a la población o de salud pública, como la promoción de modos de vida sanos, el rociamiento con insecticidas para combatir los vectores que transmiten enfermedades, las campañas contra el tabaquismo y la protección de los alimentos y el agua. Por lo tanto, aun si los servicios personales representaban hasta hace poco una ganancia de salud muy pequeña, el sistema de salud, tal como se define en este informe, empezó a lograr un cambio importante hace más de un siglo, principalmente mediante mejoras en el saneamiento urbano y la higiene personal. Estos cambios —desecho de excrementos y basura, protección del abastecimiento de

agua y lavado de las manos— se lograron gracias a un mejor conocimiento de cómo *se propagan* las enfermedades, aun antes de que existieran conocimientos útiles de cuáles son sus *causas*. Algunas prácticas higiénicas individuales son muy antiguas, mientras que las medidas colectivas, en general, son más recientes. El crecimiento de los ingresos por sí solo no habría mejorado la salud en las condiciones existentes en ese momento, e incluso podría haberla empeorado debido a la suciedad y el hacinamiento urbanos; cabe recordar que, actualmente, en ciudades de los países pobres aún prevalecen condiciones similares, pero la amenaza para la salud se controla mejor (véase el recuadro 1.2).

De lo antedicho se puede concluir que los sistemas de salud *son* valiosos e importantes, pero podrían lograr mucho más si se aplicasen los conocimientos actuales sobre cómo mejorar la salud. Las fallas que limitan el desempeño no resultan principalmente de la falta de conocimientos sino de que no se aplica a plenitud lo que ya se sabe: es decir, estas fallas son sistémicas y no técnicas. Esto es cierto hasta para la mayoría de los errores médicos, porque “el problema no es que haya malas personas; el problema es que el sistema tiene que ser más seguro” (16). Cómo medir el desempeño actual y cómo lograr las mejoras posibles son los temas del presente informe. La investigación para ampliar los conocimientos es crucial a la larga, tal como lo demuestra el progreso alcanzado durante los dos últimos siglos; a corto plazo, es mucho lo que podría lograrse mediante una mayor y mejor aplicación de los conocimientos existentes. Esto puede mejorar la salud más rápidamente que el progreso socioeconómico continuo y distribuido más equitativamente, por importante que este sea. En las próximas secciones se expone cómo surgieron los sistemas de salud modernos, y cómo se han sometido reiteradamente a reformas dirigidas a hacer que funcionen mejor de uno u otro modo.

Recuadro 1.2. Los conocimientos acerca de la salud, y no los ingresos, son lo que explica el cambio histórico en las diferencias sanitarias entre el medio urbano y el rural

En la primera mitad del siglo XIX, la esperanza de vida era mucho más corta en Londres y París que en las zonas rurales de Inglaterra y de Francia, respectivamente; una diferencia similar prevaleció entre el medio urbano y rural de Suecia en los primeros decenios del siglo XX. Las ciudades grandes eran insalubres porque los hábitos personales de poca higiene favorecían la propagación de las enfermedades cuando las personas vivían en estrecha cercanía, y porque la basura y aun los excrementos se acumulaban, atrayendo a las moscas y a los roedores y contaminando el aire y el agua.¹ La contaminación empeoraba por el empleo del carbón bituminoso como combustible y por los desechos que las fábricas liberaban al ambiente.

En la actualidad, el hacinamiento y la pobreza producen muchos de esos mismos problemas en las ciudades grandes de los países pobres, que generalmente presentan una mayor contaminación atmosférica y del agua que los centros urbanos en los países más ricos. Los gases y vapores que emiten los vehículos automotores, cosa desconocida hace un siglo, son una gran amenaza para la salud en ciudades como Delhi y México, D.F. El crecimiento rápido ha obstaculizado la ampliación, a un ritmo acorde con la demanda, de servicios como el agua corriente, el alcantarillado y la recolección de basura. En los barrios pobres, aunque puede haber agua potable, muchos hogares no tienen acceso a la eliminación higiénica de desechos, y una gran parte de la basura sencillamen-

te se tira o se quema al aire libre. No obstante, las consecuencias para la salud no son tan graves como lo fueron en las ciudades europeas hace 150 años. Por una parte, el mayor conocimiento que se tiene hoy en día de las causas de las enfermedades y la manera en que estas se transmiten ha dado por resultado esfuerzos notables para disminuir la contaminación, combatir los vectores de enfermedades y educar a la población para que pueda cuidar mejor su salud. Además, incluso los habitantes pobres de las ciudades tienen ahora un mejor acceso a la atención sanitaria individual eficaz que gran parte de la población rural, lo que por otro lado es uno de los factores que fomentan la emigración del campo a la ciudad. Los habitantes de un barrio pobre en

Lima, por ejemplo, tienen las mismas probabilidades que los residentes de los vecindarios más acomodados de vacunar a sus hijos y de llevarlos a un médico para que los atienda cuando enferman; y esas probabilidades son mucho mayores que las de las personas que viven en el interior montañoso del Perú.² Las intervenciones tanto de salud pública como de atención individual han contribuido a revertir las diferencias entre los medios urbano y rural por lo que respecta a la situación sanitaria; el mejoramiento de la salud de las poblaciones urbanas se debe menos a los ingresos mayores en las ciudades que a la aplicación de los mejores conocimientos en materia de salud.

¹ Easterlin RA. *How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality*. Los Angeles: University of Southern California; 1998. (Documento inédito).

² Musgrove P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC: The World Health Bank; 1996. (World Bank Discussion Paper No. 339).

CÓMO EVOLUCIONARON LOS SISTEMAS DE SALUD MODERNOS

Los sistemas de salud de algún tipo han existido desde que las personas intentaron deliberadamente proteger su salud y tratar las enfermedades. Desde hace miles de años, en todo el mundo han existido prácticas tradicionales basadas en la curación con hierbas, que a menudo se integran con orientación espiritual y prestan tanto atención preventiva como curativa, y suelen coexistir hoy con la medicina moderna. Muchas de estas prácticas todavía son el tratamiento preferido para alguna enfermedad o se recurre a ellas porque las opciones modernas no se comprenden, no inspiran confianza, fallan o son muy caras. La medicina china tradicional se remonta a más de 3000 años, y todavía desempeña una función primordial en el sistema de salud chino, al igual que sus equivalentes antiguos en el subcontinente indio y sistemas similares de creencias y prácticas entre los pueblos autóctonos africanos y americanos. Antes de que tuviera lugar el crecimiento moderno de los conocimientos acerca de la enfermedad, había pocas curaciones para las dolencias y poca prevención eficaz de las enfermedades.

Con raras excepciones, hasta en los países industrializados los sistemas de salud organizados en el sentido moderno, destinados a beneficiar a la población en general, existen desde hace apenas un siglo. Aunque los hospitales tienen una historia mucho más dilatada que los sistemas completos en muchos países, pocas de las personas que vivían hace 100 años visitaban jamás un hospital, y esto sigue siendo cierto para muchos millones de pobres hoy en día. Hasta bien entrado el siglo XIX, la mayoría de los hospitales pertenecían a organizaciones de beneficencia, y a menudo eran poco más que refugios para los huérfanos, lisiados, indigentes o enfermos mentales. Además, no había nada parecido a la práctica moderna de enviar a los pacientes de un nivel del sistema a otro, y se tenía poca protección contra el riesgo financiero, excepto la que ofrecía la caridad o la acción mancomunada en pequeña escala de las contribuciones entre trabajadores que tenían la misma ocupación.

Hacia finales del siglo XIX, la revolución industrial estaba transformando la vida de las personas en todo el mundo. Al mismo tiempo, las sociedades empezaban a reconocer el costo enorme de la muerte, la enfermedad y la discapacidad entre la fuerza laboral, ya sea debido a las enfermedades infecciosas —que, por ejemplo, costaron la vida a muchos miles de personas durante la construcción del Canal de Panamá— o a los accidentes y la exposición a riesgos en las industrias. Una vez que se supo que los mosquitos transmitían la malaria y la fiebre amarilla, el control de los criaderos de esos insectos pasó a formar parte de las actividades de prevención, que también se traducían en beneficios para las comunidades vecinas. Además de los costos humanos, el costo de la enfermedad y la muerte representaba grandes pérdidas de productividad. Como consecuencia, los dueños de las empresas empezaron a prestar servicios médicos para tratar a sus trabajadores. A medida que se comprendió mejor la importancia del agua limpia y del saneamiento, también mejoraron las condiciones básicas de vida de los trabajadores. Las guerras tuvieron asimismo influencia en los cambios: la Guerra de Secesión en los Estados Unidos demostró que los soldados de ambos bandos tenían mayores probabilidades de morir por enfermedad que a manos del enemigo. Esto mismo se corroboró en las guerras de Crimea y de los bóers.

Aproximadamente por esa misma época, la salud de los trabajadores se estaba convirtiendo en un tema político en algunos países europeos, pero por razones muy diferentes. Bismarck, canciller de Alemania, pensó que si el gobierno se hacía cargo de los fondos de enfermedad de los sindicatos se eliminaría una fuente del apoyo de estos en un momento en que los movimientos de los trabajadores socialistas estaban cobrando fuerza, y por otro

lado aumentaría la seguridad económica de los trabajadores (17). Por lo tanto, en 1883, Alemania sancionó una ley que exigía contribuciones de los empleadores para la cobertura de salud de los trabajadores que percibían jornales bajos en ciertas ocupaciones, a los que se agregarían otras clases de trabajadores años más tarde. Este fue el primer ejemplo de un modelo de seguro social ordenado por el Estado. La popularidad de esta medida entre los trabajadores condujo a la adopción de leyes similares en Bélgica en 1894 y en Noruega en 1909. Hasta que Gran Bretaña siguió el ejemplo en 1911, la atención médica para los asalariados británicos tendía a pagarse por sus cuotas a los sindicatos o mutualidades, que a su vez pagaban a los proveedores. Pero solamente el trabajador, y no su familia, gozaba de esa cobertura.

A finales del siglo XIX, Rusia había empezado a establecer una red enorme de estaciones médicas y hospitales provinciales donde el tratamiento era gratuito y financiado con ingresos tributarios. Después de la revolución bolchevique de 1917, se decretó que debía prestarse atención médica gratuita a toda la población y el sistema resultante se mantuvo en gran medida durante casi ochenta años. Este fue el primer ejemplo de un modelo completamente centralizado y controlado por el Estado.

La influencia del modelo alemán empezó a difundirse fuera de Europa después de la Primera Guerra Mundial. En 1922, el Japón agregó los servicios médicos a las otras prestaciones a las cuales tenían derecho los trabajadores, basándose en su tradición de paternalismo empresarial. En 1924, Chile agrupó a todos los trabajadores cubiertos por el seguro de salud bajo un esquema del Ministerio del Trabajo. Hacia 1935, 90% de la población de Dinamarca estaba cubierta por el seguro de salud relacionado con el trabajo. El seguro social se introdujo en los Países Bajos durante la ocupación del país en la Segunda Guerra Mundial.

En lo que fue una de sus peores repercusiones, la Segunda Guerra Mundial causó el deterioro o prácticamente destruyó la infraestructura sanitaria en muchos países y retardó los planes del sistema de salud. Paradójicamente, también preparó las condiciones para la introducción de algunos otros planes. El servicio nacional de urgencias de la Gran Bretaña en guerra, fundado para tratar a las víctimas, fue útil en la construcción de lo que en 1948 se convertiría en el Servicio Nacional de Salud, quizás el modelo de sistema de salud más influyente. El Informe Beveridge de 1942 (18) había identificado la atención sanitaria como uno de los tres requisitos básicos para un sistema viable de seguridad social. El informe oficial del gobierno, en 1944, estipulaba lo siguiente: "Todas las personas, independientemente de sus medios, la edad, el sexo o la ocupación, tendrán las mismas oportunidades de beneficiarse de los servicios médicos y conexos mejores y más actualizados que se puedan obtener", agregando que dichos servicios debían ser integrales y gratuitos y debían promover la buena salud, además de tratar las enfermedades. Para entonces, Nueva Zelandia ya había pasado a ser el primer país en introducir (en 1938) un servicio nacional de salud. Casi simultáneamente, Costa Rica sentó las bases para el seguro de salud para toda la población en 1941. En México, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social como la Secretaría de Salud se fundaron en 1943. En Sudáfrica, en 1944 se propuso la creación de un servicio nacional de salud muy parecido al modelo británico, que abarcaba la atención sanitaria gratuita y una red de centros comunitarios y de médicos generales como parte de un sistema de referencia, pero nunca se llevó a la práctica (19).

En el período que siguió inmediatamente a la guerra, el Japón y la Unión Soviética también ampliaron sus sistemas nacionales limitados para cubrir a la mayoría de la población o a toda ella, como lo hicieron Hungría y otros estados comunistas de Europa, así como Chile, Noruega y Suecia. A medida que las antiguas colonias se independizaban, también trataban de adoptar sistemas modernos e integrales con una gran participación

estatal. La India elaboró ambiciosos planes quinquenales para el desarrollo de un sistema de salud, basados en el Informe Bhore de 1946 (20). Entre los factores que hicieron posible este período de creación y ampliación de los sistemas se encontraban el reconocimiento del poder del Estado moderno; los movimientos de posguerra encaminados a la reconciliación, la estabilidad y la reconstrucción; así como el sentimiento de solidaridad colectiva surgido de la guerra. La ciudadanía recién adquirida y la creencia en un Estado relativamente eficaz y benefactor que podía promover todo tipo de desarrollo propiciaron la formación de un entorno social y político en el que podía echar raíces el concepto clásico del “acceso para toda la población”, es decir, el acceso gratuito a toda clase de atención sanitaria para todos.

Los sistemas de salud de hoy se crearon tomando como modelo, en mayor o menor grado, uno o varios diseños básicos que surgieron y se han venido mejorando desde finales del siglo XIX. Uno de estos se propone cubrir a todos o a la mayoría de los ciudadanos por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad, mientras que los servicios los prestan proveedores tanto públicos como privados. Los primeros sistemas de seguro social de este tipo por lo general habían comenzado como asociaciones pequeñas, inicialmente de carácter voluntario; las versiones posteriores a veces se creaban de la nada por una medida de carácter público. Otro modelo, un poco más reciente, centraliza la planificación y el financiamiento, y depende sobre todo de ingresos tributarios y de la prestación de servicios por el sector público. Los recursos se distribuyen tradicionalmente por medio de presupuestos, a veces sobre la base de razones fijas entre el número de habitantes y el de trabajadores o establecimientos de salud. En un tercer modelo, la participación estatal es más limitada pero sigue siendo sustancial; de acuerdo con este modelo, la cobertura se da solamente a ciertos grupos de población, con lo cual el resto de la gente depende, en gran medida, del sector privado, que aporta fondos, presta servicios y es propietario de los establecimientos. Los ejemplos relativamente puros, en los que uno u otro modelo aporta el grueso de recursos o de los servicios, se encuentran principalmente en los países ricos; los sistemas de salud de los países de ingresos medianos, sobre todo en América Latina, tienden a ser una mezcla de dos o hasta de tres tipos (21). Gran parte del debate se ha centrado en decidir si una manera de organizar un sistema de salud es mejor que otra, pero lo que importa acerca de la estructura general de un sistema es en qué grado facilita el desempeño de sus funciones claves.

TRES GENERACIONES DE REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

A lo largo del siglo XX, ha habido tres generaciones superpuestas de reformas del sistema de salud. Estas surgieron no solo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino también porque se buscaba mayor eficiencia, justicia y capacidad de respuesta a las expectativas de las personas a quienes sirven los sistemas. La primera generación se caracterizó por la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y por la extensión a los países de ingresos medianos de los sistemas de seguro social, principalmente en los años cuarenta y cincuenta en los países más ricos y un poco después en los más pobres. Para finales de los sesenta, muchos sistemas fundados 10 ó 20 años antes estaban sometidos a fuertes presiones. Los costos se incrementaban, especialmente a medida que el volumen y la intensidad de la atención hospitalaria aumentaba por igual en los países desarrollados y en desarrollo. En los sistemas con cobertura nominal para toda la población, quienes más utilizaban los servicios de salud seguían siendo los que tenían mejor situación económica,

y los intentos para llegar a los pobres solían ser incompletos. Demasiadas personas seguían dependiendo de sus propios recursos para pagar los servicios de salud, y a menudo solo podían obtener atención de poca calidad.

Estos problemas eran evidentes, y cada vez más agudos, en los países más pobres. Las potencias coloniales en África y Asia, y los gobiernos de América Latina, habían establecido servicios de salud que en su mayoría excluían a las poblaciones indígenas. Por ejemplo, si un modelo europeo de atención sanitaria se implantaba en los países de África administrados por Gran Bretaña, estaba principalmente concebido para los funcionarios coloniales y los expatriados, con servicios separados o de segunda categoría, si es que los había, para los africanos. Se confiaba a las misiones caritativas y a los programas de salud pública la prestación de algún tipo de asistencia para la mayoría, como ocurría en partes de Europa. En consecuencia, en estas antiguas colonias y países de bajos ingresos, el sistema de salud nunca había podido prestar ni siquiera los servicios más básicos a las personas de las zonas rurales. Se habían construido establecimientos de salud y consultorios, pero principalmente en las zonas urbanas. En la mayoría de los países en desarrollo, los principales hospitales urbanos recibían aproximadamente dos terceras partes del presupuesto de salud del gobierno, a pesar de que atendían apenas de 10% a 20% de la población. Los estudios sobre lo que en realidad hacían los hospitales revelaban que la mitad o más del gasto de hospitalización se destinaba a tratar afecciones que a menudo podrían haberse resuelto mediante la atención ambulatoria, como las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis y las infecciones respiratorias agudas (22).

Por consiguiente, existía la necesidad de efectuar un cambio radical que hiciera a los sistemas más eficaces en función de los costos, más equitativos y más accesibles. De esta manera, la segunda generación de reformas vio en la promoción de la atención primaria de salud una ruta para alcanzar la cobertura asequible de toda la población. Este enfoque reflejaba la experiencia adquirida con los proyectos de control de enfermedades de los años cuarenta en países como Sudáfrica, la República Islámica del Irán y la antigua Yugoslavia. También se basaba en los éxitos y los experimentos de China, Cuba, Guatemala, Indonesia, Níger, la República Unida de Tanzania y el estado de Maharashtra en la India (23). Algunos de estos países, y otros como Costa Rica y Sri Lanka, lograron resultados de salud muy buenos a un costo relativamente pequeño, y en tan solo 20 años se agregaron de 15 a 20 años a la esperanza de vida al nacer. En cada caso, había un compromiso muy fuerte de velar por que todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, alimentos y educación, junto con un suministro suficiente de agua potable y saneamiento básico. Estos eran los elementos claves, junto con la insistencia en medidas de salud pública relativas a la atención clínica, la prevención en relación con la curación, los medicamentos esenciales y la educación de la gente por los trabajadores comunitarios de salud. Al adoptar la atención primaria como la estrategia para alcanzar la meta de "salud para todos" en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS/UNICEF, celebrada en 1978 en Alma-Ata, URSS (actualmente llamada Almaty, Kazajstán), la OMS dio nuevo impulso a las iniciativas para llevar atención sanitaria básica a las personas en todo el mundo.

El término "primario" pronto adquirió una variedad de connotaciones, algunas de ellas de carácter técnico (relacionadas ya sea con el primer contacto con el sistema de salud, el primer nivel de atención, los tratamientos sencillos que podían ser suministrados por proveedores con poco adiestramiento, o las intervenciones para atacar las causas primarias de las enfermedades) y otras de índole política (dependiendo de la acción multisectorial o de la participación comunitaria). La multiplicidad de significados y sus consecuencias a me-

nudo contradictorias para la política, explican por qué no hay un solo modelo de atención primaria y por qué ha sido difícil imitar los ejemplos exitosos de los países o estados que aportaron las primeras pruebas de que podía lograrse un mejoramiento sustancial de la salud a un costo asequible. En muchos países se hicieron considerables esfuerzos por adiestrar a trabajadores comunitarios de salud para que prestaran servicios básicos y eficaces en función del costo, en establecimientos rurales sencillos, a la población que hasta ese momento tenía poco o ningún acceso a la moderna atención de salud. En la India, por ejemplo, esos trabajadores recibieron adiestramiento y se repartieron en más de 100 000 puestos de salud, según lo cual nominalmente atendían a casi dos terceras partes de la población.

A pesar de estas iniciativas, muchos de esos programas con el tiempo se consideraron cuando menos fracasos parciales. El financiamiento era inadecuado; los trabajadores tenían poco tiempo para dedicarlo a la prevención y a la extensión hacia la comunidad; su adiestramiento y equipo eran insuficientes para los problemas que afrontaban, y la calidad de la atención era tan deficiente que se caracterizaba como “primitiva” en lugar de “primaria”, en particular cuando la atención primaria se limitaba a los pobres y solo a los servicios más sencillos. Ha quedado demostrado que resulta particularmente difícil hacer que los sistemas de envío, propios de los servicios de salud e indispensables para su desempeño adecuado, funcionen adecuadamente (24). Los servicios de los niveles inferiores del sistema a menudo se utilizaban mal, de manera que quienes podían evitaban por lo común esos niveles e iban directamente a los hospitales. Una consecuencia de ello fue que los países siguieron invirtiendo en centros de tercer nivel, ubicados en las ciudades.

En los países desarrollados, la atención primaria se ha integrado mejor en la totalidad del sistema, quizás porque se ha asociado más con el ejercicio de la medicina general y familiar y con proveedores de un nivel más bajo como las enfermeras de atención directa y los asistentes médicos. Una mayor dependencia de este tipo de personal forma el núcleo de los programas actuales de reforma de muchos países desarrollados. La llamada atención regulada (*managed care*), por ejemplo, procura sobre todo fortalecer la atención primaria y evitar los tratamientos innecesarios, especialmente la hospitalización.

Cabe formular críticas al enfoque principal del movimiento de atención primaria porque presta muy poca atención a la *demand*a de asistencia sanitaria por parte de la gente, la cual recibe una gran influencia de la calidad y la capacidad de respuesta percibidas, y se concentra casi exclusivamente en sus *necesidades* presuntas. Los sistemas no cumplen su cometido cuando estos dos conceptos no son congruentes, porque entonces los servicios ofrecidos no pueden coincidir con ambos. La atención insuficiente a la demanda se refleja en el hecho de que la Declaración de Alma-Ata hace caso omiso del financiamiento y la prestación de servicios por el sector privado, a menos que se interprete que la participación comunitaria comprende financiamiento privado en pequeña escala.

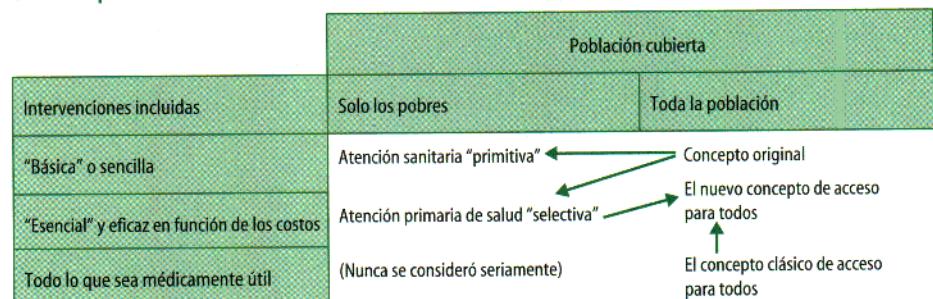
La pobreza es una de las razones por las que quizás las necesidades no se expresen en la demanda, y eso puede resolverse ofreciendo la atención sanitaria a un costo lo suficientemente bajo, no solo en términos monetarios sino también en tiempo y en gastos extra-médicos. Pero hay muchas otras razones que determinan una incongruencia entre lo que la gente necesita y lo que quiere; por eso, limitarse a facilitar establecimientos médicos y ofrecer servicios tal vez no baste para resolverla. En general, tanto las reformas de la primera generación como las de la segunda se han regido mucho por la oferta. La preocupación por la demanda es más característica de los cambios de la tercera generación que actualmente está en marcha en muchos países, la cual incluye reformas tales como “hacer que el dinero siga al paciente” y abandonar la costumbre de simplemente dar a los proveedores un presupuesto, que a su vez suele estar determinado por necesidades presuntas.

Si la base de organización y la calidad de la atención primaria de salud a menudo no alcanzaron su potencial, gran parte de los fundamentos técnicos sigue siendo válida y se ha mejorado continuamente. Este logro puede considerarse a grandes rasgos como una convergencia paulatina hacia lo que la OMS llama el nuevo concepto del “acceso para toda la población”, según el cual se pretende facilitar atención sanitaria esencial de alta calidad, definida principalmente por el criterio de eficacia en función de los costos, a todos, en vez del acceso a toda la atención posible para toda la población o solamente la atención más sencilla y más básica para los pobres (véase la figura 1.1).

Los conceptos de que las intervenciones sanitarias y nutricionales pueden lograr un cambio sustancial en la salud de grandes poblaciones (25), y el de obtener “buena salud a bajo costo” (26) si los esfuerzos se concentran selectivamente en las enfermedades que ocasionan una carga grande pero evitable de mala salud, constituyen la base de los conjuntos de intervenciones, llamados “básicos”, “esenciales” o “prioritarios”, que se han elaborado en varios países a partir de información epidemiológica y cálculos de eficacia en función de los costos de las intervenciones (27, 28). Además, las fallas comunes en el diagnóstico y el tratamiento debidas al adiestramiento inadecuado y a la separación excesiva entre las actividades de control de enfermedades han motivado el agrupamiento de las intervenciones y el adiestramiento más completo para apoyarlas; en este sentido, es digna de mención la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (29).

Esta evolución también supone asignar mayor importancia a las finanzas públicas, garantizadas y reglamentadas por el sector público, pero no necesariamente a la prestación de servicios por los establecimientos públicos. Y esto entraña una selección explícita de las prioridades entre las intervenciones, respetando el principio ético de que quizá sea necesario y eficiente racionalizar los servicios pero que es inadmisibles excluir a grupos enteros de población. Sin embargo, definir un conjunto de intervenciones que beneficiarían de preferencia a los pobres si se aplicaran cabalmente a la población es más fácil que garantizar que la mayoría de los pobres en realidad se beneficiarán, o que la mayoría de los beneficiarios son pobres. Los servicios de atención sanitaria prestados por el gobierno, aunque por lo general están destinados a los pobres, a menudo los usan más los ricos. En 11 países para los cuales la distribución de los beneficios se ha calculado a partir de la distribución del gasto público y de las tasas de utilización, el quintil más pobre de la población nunca recibe ni siquiera la parte que le corresponde (20%), y en siete de esos países el quintil más rico recibe entre 29% y 33% del beneficio total. Este sesgo en favor de los ricos se debe en gran parte al uso desproporcionado de los servicios hospitalarios por las personas adineradas,

Figura 1.1 Cobertura de la población por varias intervenciones, según las diferentes nociones de atención primaria de salud



Adaptado de: Frenk J. *Building on the legacy: primary health care and the new policy directions at WHO*. Discurso pronunciado ante la Asociación Estadounidense de Salud Pública, Chicago, Illinois, 8 de noviembre de 1999.

quienes (con una excepción) siempre reciben por lo menos 26% del beneficio general. La distribución de la atención primaria es casi siempre más beneficiosa para los pobres que la atención hospitalaria, lo que justifica la importancia que se asigna a aquella como una forma de llegar a los menos favorecidos. Aun así, los pobres a veces obtienen menos beneficios de la atención primaria que los ricos (30). Los pobres suelen recibir gran parte de su atención ambulatoria personal —que corresponde al grueso de la utilización que hacen del sistema de salud y de los gastos sanitarios costeados con su propio dinero y, además, brinda la principal oportunidad para lograr otras ganancias de salud— de proveedores privados (31), y esos servicios los pueden favorecer más o menos que la atención ofrecida por el sector público.

En muchas de las reformas actuales de la tercera generación se incorporan las ideas de responder más a la demanda, tratando cada vez más de lograr el acceso para los pobres y haciendo hincapié en el aspecto financiero, incluidos los subsidios, y no solamente en la prestación de servicios por el sector público. Estas tentativas son más difíciles de caracterizar que las reformas anteriores, porque obedecen a una mayor diversidad de razones e incluyen mayor experimentación. En parte, reflejan los profundos cambios políticos y económicos que se han venido produciendo en el mundo. Para finales de los años ochenta, estaba en marcha en China, Europa central y la antigua Unión Soviética la transformación de las economías centralizadas en economías de mercado. La acentuada intervención estatal en la economía estaba perdiendo credibilidad en todas partes, lo que condujo a la venta o liquidación de las empresas del Estado, a la promoción de más competencia tanto interna como externa, a la reducción de los controles y las reglamentaciones gubernamentales y, en general, a dejar la situación librada a las fuerzas del mercado. Desde el punto de vista ideológico, esto significaba asignar mayor importancia a la capacidad de decisión y a la responsabilidad individuales. Por el lado político, significaba limitar las promesas y las expectativas acerca de lo que debían hacer los gobiernos, en particular por conducto de los ingresos generales, para ajustarse mejor a su verdadera capacidad financiera y de organización.

Los sistemas de salud no han quedado a salvo de estos cambios en gran escala. Una de las consecuencias ha sido el aumento considerable del interés por los mecanismos explícitos de seguro, en especial los de financiamiento privado. En varios países asiáticos se han efectuado reformas que incluyen esos cambios; en consecuencia, el seguro de salud para todos se ha introducido en diferentes grados en la República de Corea, Malasia, Singapur y China (provincia de Taiwán). También se han hecho reformas en Argentina, Chile, Colombia y México, con objeto de unificar, ampliar o fusionar la cobertura de seguro y así lograr una mayor participación en el riesgo; asimismo, una combinación de atención sanitaria costada por el seguro y directamente por el asegurado ha reemplazado gran parte del sistema público en todos los países que anteriormente eran comunistas. En los países desarrollados que ya contaban con cobertura esencialmente para toda la población, han tenido lugar cambios generalmente menos drásticos en el financiamiento de la atención sanitaria. Pero ha habido cambios sustanciales en quién determina cómo se utilizarán los recursos y en los arreglos mediante los cuales se mancomunan los fondos y se paga a los proveedores. En ocasiones se ha responsabilizado a los médicos generales y los médicos de atención primaria, en su calidad de “porteros” del sistema sanitario, “no solo de la salud de sus pacientes sino también de las consecuencias más generales del uso de recursos para cualquier tratamiento prescrito. En algunos países, esta función se ha formalizado mediante el establecimiento de la ‘asignación de presupuestos’ por los médicos generales y los médicos de atención primaria, por ejemplo, mediante la ‘asignación de fondos’ para el ejercicio de la

medicina general en el Reino Unido, las organizaciones para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organizations*) en los Estados Unidos y las asociaciones de ejercicio profesional independiente en Nueva Zelanda" (32). En los Estados Unidos, el poder ha pasado en gran medida de los proveedores a los aseguradores, que actualmente controlan en gran parte el acceso de los médicos a los pacientes y viceversa.

CENTRARSE EN EL DESEMPEÑO

En el presente informe no se analiza detalladamente la variedad de las iniciativas y propuestas actuales de reforma, ni se pretende ofrecer un modelo para construir o reconstruir un sistema de salud. Hoy en día, el mundo está experimentando con muchas variantes y no está claro cuál es la mejor manera de proceder. Aun así, parece haber algunas conclusiones claras acerca de las organizaciones, las reglas y los incentivos que más contribuyen a que un sistema de salud utilice sus recursos para alcanzar sus metas; estas son el tema del capítulo 3. La magnitud de lo que puede realizarse con los recursos actuales —personas, edificios, equipo y conocimientos— dependerá en gran medida de las inversiones y el adiestramiento efectuados en el pasado que crearon esos recursos. Por otra parte, las equivocaciones en las inversiones tienen consecuencias duraderas. Las preguntas sobre cuál es la mejor forma de crear recursos y los errores que deben evitarse se tratan en el capítulo 4. Hay conclusiones equivalentes acerca de lo que es aconsejable en el financiamiento del sistema, y esas se abordan en el capítulo 5. Finalmente, el sistema de salud en su totalidad necesita una supervisión integral, para que no pierda de vista sus metas y vele por que las tareas atinentes al financiamiento, la inversión y la prestación de servicios se realicen adecuadamente. Las sugerencias en cuanto a esta función más general se plantean en el capítulo 6. Estos temas se ponen de relieve en parte porque muchas de las reformas actuales pretenden cambiar tales aspectos, en lugar de simplemente ampliar la oferta o determinar qué intervenciones se deben ofrecer. Y todos los cambios, para estar justificados, necesitan mejorar el desempeño del sistema.

¿Cómo puede alcanzarse el potencial de los sistemas de salud? ¿Cómo pueden funcionar mejor para que, además de proteger la salud, respondan a las expectativas de la gente y la protejan contra los costos económicos de la mala salud? En el capítulo 2 se propone un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud y comprender los factores que contribuyen al desempeño en las cuatro áreas claves tratadas en los capítulos subsiguientes: la prestación de servicios; el desarrollo de los recursos —humanos, materiales y conceptuales— necesarios para que el sistema funcione; la movilización y el encauzamiento de los recursos financieros, y la vigilancia necesaria para lograr que los individuos y las organizaciones que componen el sistema actúen como buenos gestores de los recursos y sean dignos de la confianza que se ha depositado en ellos.

REFERENCIAS

1. Miller J. *The body in question*. New York: Random House; 1978:14.
2. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine* 1978;12:85–93.
3. Claybrook J. Remarks at the Seventh Annual North Carolina Highway Safety Conference, 1980. Disponible en: Bureau of Transportation Statistics, sitio en la web del Transportation Research Board, <http://www4.nas.edu/trb/crp.nsf/>.
4. US Department of Transportation. *Traffic safety facts 1998*. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration; 1998.
5. OECD. *International road traffic and accident database*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 1999.

6. Jamison DT, et al. *Disease control priorities in developing countries*. New York: Oxford University Press for The World Bank; 1993.
7. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Oxford University Press para el Banco Mundial; 1993: cuadro 5.3.
8. Akhavan D, et al. Cost-effective malaria control in Brazil. Cost-effectiveness of a malaria control program in the Amazon Basin of Brazil, 1988–1996. *Social Science and Medicine* 1999;49(10):1385–1399: table 5.
9. Rutstein DD, et al. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *New England Journal of Medicine* 1976;294(11):582–588.
10. Charlton JR, Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *British Medical Journal* 1986;292:295–301.
11. Velkova A, Wolleswinkel-Van den Bosch JH, Mackenbach JP. The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *International Journal of Epidemiology* 1997;26(1):75–84.
12. Cochrane AL, St Leger AS, Moore F. Health service ‘input’ and mortality ‘output’ in developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978;32(3):200–205.
13. Musgrove P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. Mackenbach JP. Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. *Health Policy* 1991;19:245–255.
15. Filmer D, Pritchett L. The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine* 1999;49(10):1309–1323.
16. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 1999.
17. Taylor ASP. *Bismarck—the man and the statesman*. London: Penguin; 1995:204.
18. *Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge*. London: HMSO; 1942.
19. Savage M, Shisana O. Health service provision in a future South Africa. En: Spence J, ed. *Change in South Africa*. London: The Royal Institute of International Affairs; 1994.
20. Government of India. Vol 1–4: *Health Survey and Development Committee Report*. New Delhi: Ministry of Health; 1946.
21. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41(1):1–36.
22. Barnum H, Kutzin J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press; 1993.
23. Newell KN. *La salud por el pueblo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1975.
24. Sanders D, et al. Zimbabwe’s hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning* 1998;13:359–370.
25. Gwatkin DR, Wilcox JR, Wray JD. The policy implications of field experiments in primary health nutrition care. *Social Science and Medicine* 1980;14(2):121–128.
26. Halstead SB, Walsh JA, Warren KS, eds. *Good health at low cost*. New York: Rockefeller Foundation; 1985.
27. Bobadilla JL, et al. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization* 1994;72(4):653–662.
28. Bobadilla JL. *Searching for essential health services in low- and middle-income countries*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1998.
29. Tullock J. Integrated approach to child health in developing countries. *The Lancet* 1999;354 (Suppl II):16–20.
30. Gwatkin DR. The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches. Washington, DC: The World Bank; 5 February 1998. (Documento de trabajo).
31. Berman P. The organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2000:78. (En prensa).
32. Wilton P, Smith RD. Primary care reform: a three country comparison of ‘budget holding’. *Health Policy* 1998;44(2):149–166.

