

CAPÍTULO 2

¿Cuán bueno es el desempeño de los sistemas de salud?

La mejora de la salud es, sin lugar a dudas, la meta primordial de un sistema de salud. Sin embargo, como la atención sanitaria puede ser catastróficamente costosa, y la necesidad de recibirla, imprevisible, los mecanismos para distribuir los riesgos y ofrecer protección financiera son importantes. Por consiguiente, otra meta de los sistemas de salud es la equidad de la contribución financiera. La tercera meta, o sea, la capacidad de respuesta a las expectativas de la población con respecto a asuntos que no están ligados a la salud, refleja la importancia de respetar la dignidad de la gente, su autonomía y el carácter confidencial de la información. La OMS ha realizado una importante tarea de obtención y análisis de datos para determinar la medida en que los sistemas de salud de los Estados Miembros están alcanzando estas metas que les competen y el grado de eficiencia con el cual están usando sus recursos con ese fin. Este informe, centrado en ciertas funciones universales de los sistemas de salud, ofrece una base de datos científicos para ayudar a los que formulan las políticas a mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

2

¿CUÁN BUENO ES EL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD?

LOGROS Y DESEMPEÑO

*P*ara determinar cuán bien hace su trabajo un sistema de salud hay que abordar dos cuestiones amplias. La primera es cómo medir los resultados que nos interesan, es decir, determinar en qué medida se están alcanzando los tres objetivos de buena salud, capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera (*logros*). La segunda es cómo comparar esos logros con lo que el sistema *debería* ser capaz de lograr, es decir, determinar lo mejor que podría lograrse con los mismos recursos (*desempeño*). Aunque se puede avanzar en la lucha contra muchos de los problemas de salud de la sociedad, algunas de las causas están completamente fuera del alcance de los sistemas de salud, aun cuando se los considere en un sentido amplio. Así como no se puede responsabilizar a estos últimos por los efectos del clima, tampoco se les puede exigir responsabilidad por factores tales como la distribución de los ingresos y la riqueza. Sin embargo, es procedente pedirles cuentas por la mortalidad y morbilidad evitables del parto, el sarampión, la malaria o el consumo de tabaco. Para emitir un juicio justo sobre el daño a la salud que se podría evitar se necesita un cálculo aproximado de lo mejor que cabría esperar y lo mínimo que podría exigirse de un sistema. Lo mismo ocurre con respecto al progreso en la consecución de los otros dos objetivos, aunque es mucho menos lo que se sabe sobre ellos (1).

METAS Y FUNCIONES

La mejora de la salud es, por supuesto, la razón de ser de un sistema de salud e, indudablemente, su meta primordial o definitoria: si los sistemas de salud no hicieran nada para proteger o mejorar la salud, no tendrían ninguna razón de ser. Otros sistemas de la sociedad pueden influir mucho en la salud de la población, pero esa no es su meta primordial. Por ejemplo, el sistema de educación influye mucho en la salud, pero su meta definitoria es educar. También se ejerce influencia en el sentido opuesto: con una salud mejor, los niños están en mejores condiciones de aprender, pero ese no es el propósito definitorio del sistema de salud. En cambio, el financiamiento equitativo es una meta común a todos los sistemas de la sociedad. Eso es obvio en los casos en que el sistema es costado por la sociedad, y se aplica incluso en los casos en que todo se financia puramente mediante compras individuales. El concepto de equidad es lo único que puede variar. En las transacciones de mercado por lo general se considera que es justo recibir lo que uno pagó, pero parece ser mucho menos justo cuando se trata de servicios de salud. Asimismo, en todo sistema la gente tiene expectativas, que la sociedad considera legítimas, con respecto al trato que

debe recibir, tanto físico como psicológico. Por lo tanto, la capacidad para responder a esas expectativas es siempre una meta social. Si tomamos como ejemplo el sistema de educación, por financiamiento equitativo se entiende el equilibrio apropiado de las contribuciones de las familias con hijos que van a la escuela y de las familias sin hijos en la escuela, así como un subsidio suficiente para que no se niegue la escolarización a los niños pobres por razones económicas. La capacidad de respuesta consiste también en respetar los deseos de los padres con respecto a sus hijos y evitar los malos tratos o la humillación de los alumnos.

El sistema de salud difiere de otros sistemas sociales, como el educativo, y de los mercados para la mayoría de los bienes de consumo y servicios, de dos formas por las cuales las metas del financiamiento equitativo y la capacidad de respuesta adquieren especial importancia. Una es que la atención sanitaria puede ser catastróficamente costosa. Gran parte de la atención es imprevisible, de modo que es fundamental que la gente esté protegida para que no se vea obligada a optar entre la ruina económica y la pérdida de la salud. Los mecanismos para distribuir el riesgo y proporcionar protección financiera son más importantes incluso que en otros casos en que se contratan seguros para activos físicos tales como viviendas o automóviles o contra el riesgo financiero de la muerte prematura del sostén de la familia. La otra peculiaridad de la salud es que la enfermedad misma, y también la atención médica, pueden amenazar la dignidad de la gente y su capacidad para controlar lo que le ocurre más que la mayoría de los demás sucesos a los que está expuesta. La capacidad de respuesta significa, entre otras cosas, reducir el daño a la dignidad y la autonomía personales, el temor y la vergüenza que la enfermedad a menudo trae aparejados.

Se suele imponer a los sistemas la obligación de ser asequibles, equitativos, accesibles, sostenibles y de buena calidad, y tal vez de exhibir también muchas otras virtudes. Sin embargo, ciertos objetivos deseados, como la accesibilidad, son en realidad un medio para alcanzar un fin; son metas instrumentales, más que metas finales. Cuanto más accesible sea un sistema, más debería utilizarlo la gente para mejorar su salud. En cambio, las metas de salud, el financiamiento equitativo y la capacidad de respuesta son intrínsecamente útiles. Aumentar el logro de cualquier meta o combinación de metas sin menoscabar el logro de otra representa una mejora. Por consiguiente, si el logro de estas metas se puede medir, no se necesitan metas instrumentales, como la accesibilidad, como indicadores sustitutos del desempeño general, que son pertinentes más bien para explicar un resultado bueno o malo.

Es cierto que el financiamiento puede contribuir a una mejora de la salud si se distribuye en forma más equitativa, ya que así se reduce el riesgo de que las personas no reciban la atención que necesitan porque es demasiado costosa, o de que pagar los gastos de atención médica las lleve a la pobreza y las exponga a más problemas de salud. Un sistema que responda mejor a lo que la gente quiere y espera también puede contribuir a una mejora de la salud, porque es más probable que los posibles pacientes utilicen los servicios si prevén que van a recibir buen trato. Por lo tanto, ambas metas son en parte instrumentales, ya que promueven una mejora del estado de salud. Sin embargo, serían útiles incluso si eso no ocurriera: pagar en forma equitativa por el sistema es algo bueno en sí, como lo es lograr que la gente sea tratada con prontitud y respeto a su dignidad y sus deseos, y que los pacientes reciban apoyo físico y afectivo adecuados cuando se someten a un tratamiento. Las tres metas son separables, como lo muestra con frecuencia el descontento de la gente con un sistema aun cuando los resultados sanitarios sean satisfactorios.

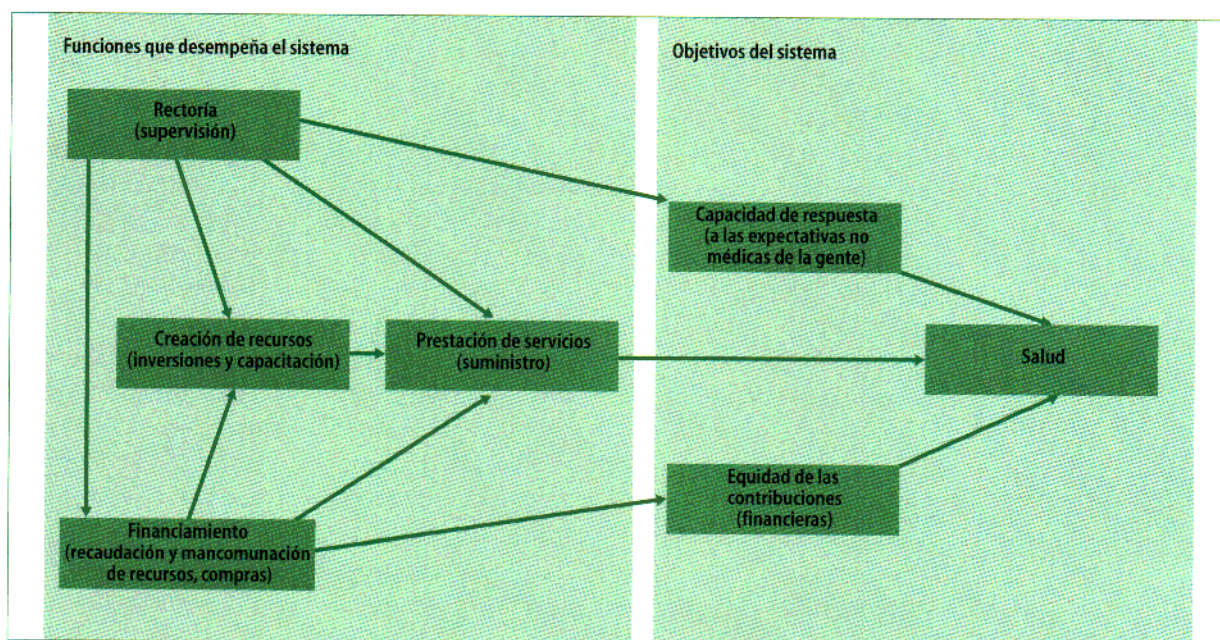
La comparación del desempeño de los sistemas de salud implica un examen de lo que logran y lo que *hacen* —cómo cumplen ciertas *funciones*— a fin de lograr algo (2). Estas

funciones podrían clasificarse y relacionarse con objetivos del sistema de varias formas. Por ejemplo, la iniciativa de “Salud pública en las Américas”, encabezada por la Organización Panamericana de la Salud, describe 12 “funciones esenciales” y propone de tres a seis subfunciones para cada una (3). Muchas de estas funciones corresponden a la tarea de rectoría que se recalca en el presente informe; otras, a la prestación de servicios y la generación de recursos. Las cuatro funciones que se describen en este capítulo abarcan esas actividades y otras más específicas. La figura 2.1 muestra la forma en que estas funciones —la prestación de servicios de salud personales y no personales; la recaudación, mancomunación y asignación de recursos para comprar dichos servicios; las inversiones en gente, edificios y equipo; y la rectoría general de los recursos, facultades y expectativas que se les confían— se relacionan entre sí y con los objetivos del sistema. La función rectora ocupa un lugar especial porque abarca la supervisión de las demás funciones y tiene efectos directos o indirectos en todos los resultados. Una comparación de la forma en que se desempeñan estas funciones en la práctica sirve de base para comprender las variaciones en el desempeño a lo largo del tiempo y de un país a otro. En los cuatro capítulos siguientes se examinan algunos datos relacionados con estas funciones y su influencia en la consecución de los objetivos fundamentales en distintos sistemas de salud.

Según la opinión de la mayoría, el sistema de salud consiste simplemente en los proveedores y las organizaciones que proporcionan atención médica personal. En una definición más amplia, las personas y las organizaciones que prestan atención médica no representan la totalidad del sistema de salud, sino que desempeñan una de sus principales funciones. También comparten, a veces debidamente y otras no tanto, las otras funciones de financiamiento, inversión y rectoría. La cuestión de quién debe desempeñar qué funciones es uno de los temas más importantes que se abordan en capítulos subsiguientes.

Es común describir la lucha por la buena salud en términos casi militares; hablamos de “combatir” la malaria o el sida; emprendemos “campañas” de vacunación; nos proponemos “derrotar” la viruela; pretendemos “liberar” a una población o zona geográfica de

Figura 2.1 Relaciones entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud



alguna enfermedad; nos preocupa la “carrera armamentista” constante entre los agentes patógenos y los medicamentos para mantenerlos a raya; y abrigamos la esperanza de que se descubra una “bala mágica” contra el cáncer o la diabetes. En esos términos, los proveedores de servicios directos de salud, ya sea que trabajen con personas, comunidades o el medio ambiente, pueden considerarse como las tropas que están en el frente defendiendo a la sociedad de las enfermedades. Pero tal como ocurre con un ejército, el sistema de salud debe ser mucho más que los soldados en el campo para ganar batallas. Detrás de ellos hay todo un aparato para que los combatientes estén bien entrenados, informados, financiados, equipados, inspirados y dirigidos. También es indispensable que traten amablemente a la población que deben proteger, que enseñen a los “civiles” en la lucha a defenderse y a defender a su familia, y que distribuyan equitativamente la carga del financiamiento de la guerra.

Si esas funciones no se desempeñan debidamente, el arsenal será mucho menos eficaz y las bajas, más numerosas. El énfasis que se pone aquí en los resultados globales y en las funciones más distantes del frente no se propone restar importancia al control de las enfermedades, sino más bien tomar distancia para ver qué está tratando de hacer el sistema en conjunto y en qué medida lo está logrando. El éxito implica, entre otras cosas, un control más eficaz de las enfermedades como consecuencia de un mejor desempeño.

EN UN SISTEMA DE SALUD BUENO Y EQUITATIVO TANTO EL NIVEL COMO LA DISTRIBUCIÓN IMPORTAN

Un buen sistema de salud contribuye sobre todo a la buena salud, pero no siempre es satisfactorio proteger o mejorar la salud media de la población si al mismo tiempo la desigualdad empeora o sigue siendo grande porque se benefician en forma desproporcionada aquellos que ya gozan de mejor salud. El sistema de salud también tiene la responsabilidad de tratar de reducir las desigualdades mejorando preferiblemente la salud de los que están en peores condiciones, siempre que las desigualdades se deban a situaciones que se presenten a una intervención. En realidad, el objetivo de la buena salud es doble: por un lado, se debe alcanzar el mejor nivel posible (es decir, el sistema debe ser *bueno*); por otro lado, se debe procurar que haya las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (es decir, el sistema debe ser *equitativo*). Un adelanto en la consecución de cualquiera de estos dos objetivos, sin cambios en el otro, constituye una mejora, pero de esta manera podrían entrar en contradicción. La lógica es parecida a la que se aplica a la distribución de los ingresos en una población. Conviene elevar el nivel promedio, reducir la desigualdad o ambas cosas, y a veces juzgar los méritos relativos de una y otra meta (con la diferencia de que no se puede quitar la salud a nadie, puesto que la salud, a diferencia de los ingresos o los bienes no humanos, no se puede redistribuir directamente).

La distinción entre el nivel general y la distribución en la población se aplica también a la capacidad de respuesta. Un sistema de salud es bueno si responde bien por término medio a lo que la gente espera con respecto a los aspectos del sistema que no están relacionados con la salud, y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación ni diferencias en el trato que recibe la gente. La distribución de la capacidad de respuesta es importante, igual que la distribución de la salud. Cada una de ellas es valiosa en sí.

A diferencia de los objetivos de buena salud y capacidad de respuesta, no hay un concepto general de buen financiamiento. Como es de suponer, hay formas buenas y malas de

obtener recursos para un sistema de salud, pero son más o menos buenas principalmente en la medida en que determinan el grado de equidad con que se distribuye la carga financiera. El financiamiento equitativo, como su nombre lo indica, se refiere solo a la distribución. No está relacionado con el total de los recursos que se necesitan ni con la forma en que se usan los fondos. Aunque indudablemente es preferible tener mejor salud o una mayor capacidad de respuesta, no siempre es mejor gastar más en salud porque, en un nivel de gastos elevado, tal vez sea poca la salud adicional que se obtenga gastando más recursos. Los objetivos del sistema de salud no incluyen un nivel determinado de gasto total, ni en términos absolutos ni en relación con los ingresos, porque, cualquiera que sea el nivel de gasto, los recursos dedicados a la salud tienen usos que compiten entre sí, y la decisión de cuánto asignar al sistema de salud es una decisión social para la cual no existe una respuesta correcta única. No obstante, probablemente haya un mínimo necesario que deba gastarse a fin de proporcionar a toda una población algunos de los servicios más eficaces en función de los costos, y muchos países pobres actualmente gastan demasiado poco incluso para garantizar esos servicios (4).

En los países donde la salud se financia en su mayor parte con recursos privados, o sea que es sufragada principalmente por los usuarios, nadie adopta esa decisión global, sino que se toman millones de decisiones individualmente. A medida que el monto de los pagos anticipados es mayor, las decisiones son menos numerosas y de mayor alcance, porque en este caso el gasto responde en medida creciente a la política y el presupuesto de entidades públicas y fondos de seguro. La decisión relativa al presupuesto público influye más en los países de altos ingresos donde la mayor parte del financiamiento constituye un mandato del gobierno o está bajo su control, pero en todos los países es una de las decisiones públicas más básicas. Es algo que se puede elegir directamente, a diferencia de los resultados sanitarios o la capacidad de respuesta.

LA MEDICIÓN DEL LOGRO DE LAS METAS

Para evaluar un sistema de salud, es necesario cuantificar cinco cosas: el nivel general de salud, la distribución de la salud en la población, el grado general de capacidad de respuesta, la distribución de la capacidad de respuesta y la distribución de la contribución financiera. En relación con cada uno de estos aspectos, la OMS ha utilizado las fuentes de datos que ya existen o ha generado nuevos datos con el fin de calcular las medidas de logro correspondientes a los países sobre los que se tiene información. Estos datos se utilizaron también para calcular ciertos valores cuando algunas cifras en particular no se consideraron fidedignas, y para calcular los logros y el desempeño de los demás Estados Miembros. Varias de estas medidas son novedosas y se explican con pormenores en el anexo estadístico, donde figuran todos los cálculos, junto con los intervalos que expresan la incertidumbre o el grado de confianza del cálculo puntual. Se calcula que el valor correcto de todo indicador tiene una probabilidad del 80% de caer en el intervalo de incertidumbre, así como una probabilidad del 10% de situarse por debajo del valor bajo y una probabilidad del 10% de situarse por encima del nivel alto. Este reconocimiento de la falta de exactitud subraya la importancia de conseguir más y mejores datos sobre todos los indicadores básicos de la salud de la población, la capacidad de respuesta y la equidad de la contribución financiera, tarea que forma parte del programa de trabajo permanente de la OMS.

Los logros en relación con cada objetivo se usan para clasificar a los países, igual que las medidas generales de logro y desempeño que se describen a continuación. En vista de que un país o sistema de salud determinado puede ocupar distintas posiciones con respecto a

diferentes logros, en el cuadro 1 del anexo se presenta la clasificación completa de todos los Estados Miembros con respecto a todas las medidas. En cuadros subsiguientes se clasifican los países según sus logros o su desempeño, y el orden varía de un cuadro a otro. Como la clasificación se basa en cálculos que contienen un elemento de incertidumbre con respecto al valor exacto, la posición asignada también contiene un elemento de incertidumbre. A cada sistema de salud no se le asigna en todos los casos una posición determinada en relación con los demás, sino que se estima que dicha posición se sitúa en algún punto dentro de una gama más estrecha o más amplia, según el grado de incertidumbre del cálculo. Por lo tanto, las posiciones de distintos sistemas de salud presentan algunos traslapes en mayor o menor medida, y dos o más países pueden ocupar el mismo lugar en la clasificación.

La *salud* es el objetivo definitorio del sistema de salud. Eso implica lograr que la situación sanitaria de la población en su totalidad sea lo mejor posible durante todo el ciclo de vida de la gente, teniendo en cuenta la mortalidad y discapacidad prematuras. El cuadro 2 del anexo presenta tres indicadores convencionales y parciales del estado de salud, por país, sin clasificación: la probabilidad de morir antes de cumplir 5 años o entre los 15 y los 59 años, y la esperanza de vida al nacer. Estos indicadores se presentan por primera vez con una estimación de la incertidumbre, la cual se aplica también a los cálculos subsiguientes. Tomando como base las cifras relativas a la mortalidad se determinan cinco estratos, que van desde mortalidad baja en la niñez y de adultos hasta la mortalidad en la niñez alta y de adultos muy alta. La combinación de estos estratos con las seis regiones de la OMS da 14 subregiones definidas desde el punto de vista geográfico y epidemiológico (véase la lista de Estados Miembros de la OMS ordenados por región y con los estratos de mortalidad correspondientes). En el cuadro 3 del anexo se presentan estimaciones de la mortalidad por causa y por sexo correspondientes a 1999 para cada una de las subregiones (no por país), y en el cuadro 4 del anexo se combinan estas tasas de mortalidad con información sobre discapacidad a fin de estimar uno de los indicadores de la salud general de la población: la carga de morbilidad, o sea, el número de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos.

A fin de determinar la salud general de la población y, por consiguiente, la medida en que se está alcanzando el objetivo de buena salud, la OMS ha optado por usar la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD), cuya ventaja es que se puede comparar directamente con la esperanza de vida calculada a partir de la mortalidad solamente y se puede comparar fácilmente entre poblaciones. En el cuadro 5 del anexo se presentan estimaciones de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad para todos los países. Se calcula que la EVAD es de 70 años o más en 24 países y de 60 años en más de la mitad de los Estados Miembros de la OMS. En el otro extremo, hay 32 países donde la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad es inferior a 40 años; muchos son países con grandes epidemias de infección por el VIH y sida, entre otros problemas. En el recuadro 2.1 se describe la forma en que se elaboran estos indicadores resumidos de la salud de la población y las relaciones entre ellos.

En la figura 2.2 se resume la relación entre la EVAD y la esperanza de vida sin ajuste en cada una de las 14 subregiones, tanto para los varones como para las mujeres. El ajuste es casi uniforme: alrededor de siete años equivalentes de vida sana perdidos por discapacidad. En términos tanto absolutos como relativos, esta pérdida es ligeramente menor en las subregiones más ricas con tasas de mortalidad bajas, a pesar de que en ellas la gente vive más tiempo y, por consiguiente, tiene mayores oportunidades para sufrir discapacidades que no conducen a la muerte. La discapacidad influye mucho en los países más pobres porque algunas limitaciones, como lesiones, ceguera, parálisis y los efectos debilitantes de

varias enfermedades tropicales tales como la malaria y la esquistosomiasis, afectan a los niños y a los adultos jóvenes. Por lo tanto, el desglose de la esperanza de vida en años de buena salud y años vividos con discapacidad amplía la diferencia entre las poblaciones ricas y las poblaciones pobres en lo que atañe al estado de salud, en vez de reducirla. Eso es evidente sobre todo en la proporción de la esperanza de vida que se pierde debido a la discapacidad, que va de menos del 9% en las subregiones más sanas a más del 14% en las menos sanas. En el cuadro 5 del anexo se muestra esta pérdida en relación con cada país, observándose una gama más amplia aún.

En el cuadro 5 del anexo se presentan también estimaciones de la desigualdad en materia de salud. El indicador de la distribución de la salud va de 1 para el caso de una igualdad perfecta a 0 para la desigualdad extrema, la cual corresponde a que una fracción de la población tenga una esperanza de vida de 100 años y el resto no tenga ninguna esperanza de sobrevivir después de la lactancia. *Si todos tuvieran la misma esperanza de vida, ajustada en función de la discapacidad, el sistema sería perfectamente equitativo con respecto a la salud, aunque en la realidad la gente muriera a edades diferentes.* En el caso de un número reducido de países se ha logrado calcular la distribución de la esperanza de vida en la población usando información sobre mortalidad en la niñez y de adultos; esos resultados se presentan a continuación. Sin embargo, para la mayoría de los países hasta ahora se han podido usar solamente datos sobre mortalidad en la niñez. Como en los países de altos ingresos se ha

Recuadro 2.1 Indicadores resumidos de la salud de la población

No hay un indicador perfecto para resumir la salud de la población, y cada forma de calcularla infringe algún criterio aconsejable. Los dos criterios principales son la carga de morbilidad, que mide las pérdidas de buena salud en comparación con una larga vida sin discapacidad, y alguna medida de la esperanza de vida, ajustada a fin de tener en cuenta el tiempo vivido con una discapacidad. Ambos métodos para resumir la salud usan la misma información sobre mortalidad y discapacidad y están relacionados con una curva de supervivencia, como la línea gruesa entre las áreas denominadas *Discapacidad* y *Mortalidad* en la figura.

El área denominada *Mortalidad* representa las pérdidas por defunción en comparación con una esperanza de vida mayor: la carga de morbilidad corresponde a toda esa área más una fracción del área correspondiente al tiempo vivido con discapacidad. La fracción depende de las ponderaciones de discapacidad asignadas a los distintos estados comprendidos entre la muerte y la salud perfecta. La esperanza de vida sin ningún ajuste corresponde a las áreas denominadas *Supervivencia sin discapacidad* y *Discapacidad* juntas, o sea, toda el área que está debajo de la curva de supervivencia. Por consiguiente, la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD) correspon-

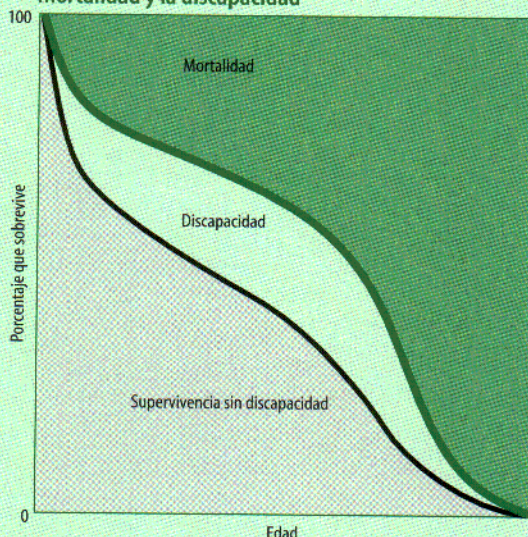
de al área de supervivencia más una parte del área correspondiente a la discapacidad.

La EVAD se estima a partir de tres datos: la fracción de la población que sobrevive en cada edad (calculada a partir de las tasas de natalidad y mortalidad); la prevalencia de cada tipo de discapacidad en cada edad; y la ponderación asignada a cada tipo de discapacidad, que puede o no variar con la edad. La supervivencia en cada edad se ajusta a la baja en función de la suma de

todos los efectos de la discapacidad, cada uno de los cuales es el producto de una ponderación y el complemento de una prevalencia (el porcentaje de la población que no sufre tal discapacidad). Estos porcentajes ajustados de la supervivencia se dividen por la población inicial, antes de que se produzca cualquier mortalidad, a fin de obtener el promedio de años equivalentes de vida sana que cabría prever que viviese un recién nacido de la población.

Una diferencia importante entre la estimación de la carga de morbilidad utilizando años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y la EVAD es que los AVAD permiten distinguir la contribución de cada enfermedad al resultado general, y la EVAD no lo hace. La EVAD tiene la ventaja de que no requiere la selección de tantos parámetros para el cálculo y se puede comparar directamente con el concepto más conocido de esperanza de vida sin ajustes.

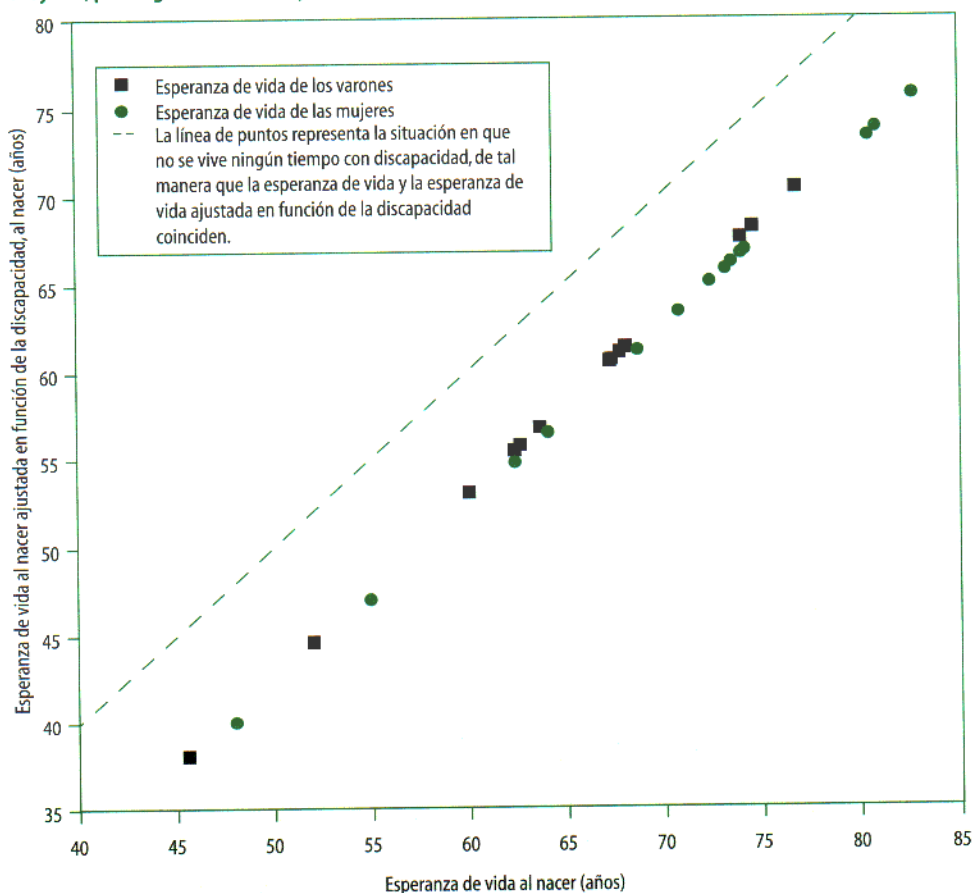
Resumen de la salud de la población a partir de la mortalidad y la discapacidad



Fuente: Murray CJL, Salomon JA, Mathers C. *A critical examination of summary measures of population health*. Geneva: World Health Organization; 1999. (GPE Discussion Paper No. 12).

eliminado en gran medida la mortalidad en la niñez, casi todos los países que ocupan las posiciones más altas en el cuadro 5 del anexo tienen ingresos relativamente altos y son en su mayoría europeos. Algunos países de América Latina que han progresado mucho en el control de la mortalidad en la niñez también presentan una igualdad considerable en el

Figura 2.2 Esperanza de vida y esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad de varones y mujeres, por Región de la OMS, y estrato definido según la mortalidad en la niñez y de adultos, 1999



Región de la OMS	Estrato de mortalidad		Varones		Mujeres	
	En la niñez	De adultos	Esperanza de vida	Ajustada en función de la discapacidad	Esperanza de vida	Ajustada en función de la discapacidad
África	Alta	Alta	52,0	44,6	54,9	47,0
Las Américas	Alta	Muy alta	45,6	38,0	48,0	40,0
	Muy baja	Muy baja	73,9	67,5	80,4	73,2
	Baja	Baja	67,3	60,6	74,1	66,8
Mediterráneo Oriental	Alta	Alta	63,6	56,7	68,6	61,1
	Baja	Baja	67,7	61,0	70,7	63,3
	Alta	Alta	60,0	53,0	62,3	54,7
Europa	Muy baja	Muy baja	74,5	68,1	80,8	73,7
	Baja	Baja	67,3	60,6	73,9	66,6
	Baja	Alta	62,3	55,4	73,4	66,1
Asia	Baja	Baja	67,2	60,5	73,1	65,7
Sud-oriental	Alta	Alta	62,6	55,7	64,0	56,4
Pacífico	Muy baja	Muy baja	76,7	70,3	82,7	75,6
Occidental	Baja	Baja	68,0	61,3	72,3	65,0

ámbito de la salud. Excepto Afganistán y Pakistán, todos los países con la clasificación más baja en cuanto a la igualdad en materia de salud de los niños se encuentran en África al sur del Sahara, donde la mortalidad en la niñez todavía es relativamente alta. Cuando se disponga de datos más completos sobre las desigualdades en la mortalidad de los adultos, se usarán en estimaciones futuras de la OMS, y estas clasificaciones cambiarán porque los países de altos ingresos difieren más en cuanto a la mortalidad de los adultos que en la mortalidad en la niñez.

Las desigualdades en lo que atañe a la esperanza de vida persisten y están estrechamente asociadas a la clase socioeconómica, incluso en países con una situación sanitaria bastante buena en promedio (5). La figura 2.3 muestra estas desigualdades en seis países; se presenta en ella la distribución de la esperanza de vida al nacer para varones y mujeres, basada en datos sobre la mortalidad de adultos y en la niñez, calculada a partir de un gran número de estudios de zonas pequeñas que en conjunto abarcan todo el país. De estos seis países, el que presenta la distribución más igualitaria de la salud es el Japón. Ambas distribuciones de la esperanza de vida presentan un nivel máximo muy pronunciado, que corresponde a una concentración de la población de varones o mujeres en una gama de unos seis años solamente. Hay una desigualdad mucho mayor en México y en los Estados Unidos, y en ambos casos eso se debe a que parte de la población tiene una esperanza de vida mucho menor que el resto a partir de los 5 años de edad. La desigualdad es especialmente marcada en el caso de los varones. En Chile, donde la igualdad en el ámbito de la salud de los niños es muy grande, se observa lo contrario: el grado de desigualdad en relación con los adultos es casi el mismo que el de México y los Estados Unidos, pero se debe a que parte de la población tiene una esperanza de vida extraordinariamente alta. Australia y Noruega presentan distribuciones más simétricas. Estos resultados destacan la utilidad de juzgar los logros del sistema de salud no solo según los promedios o los niveles generales, sino también determinando si todos tienen aproximadamente la misma esperanza de vida.

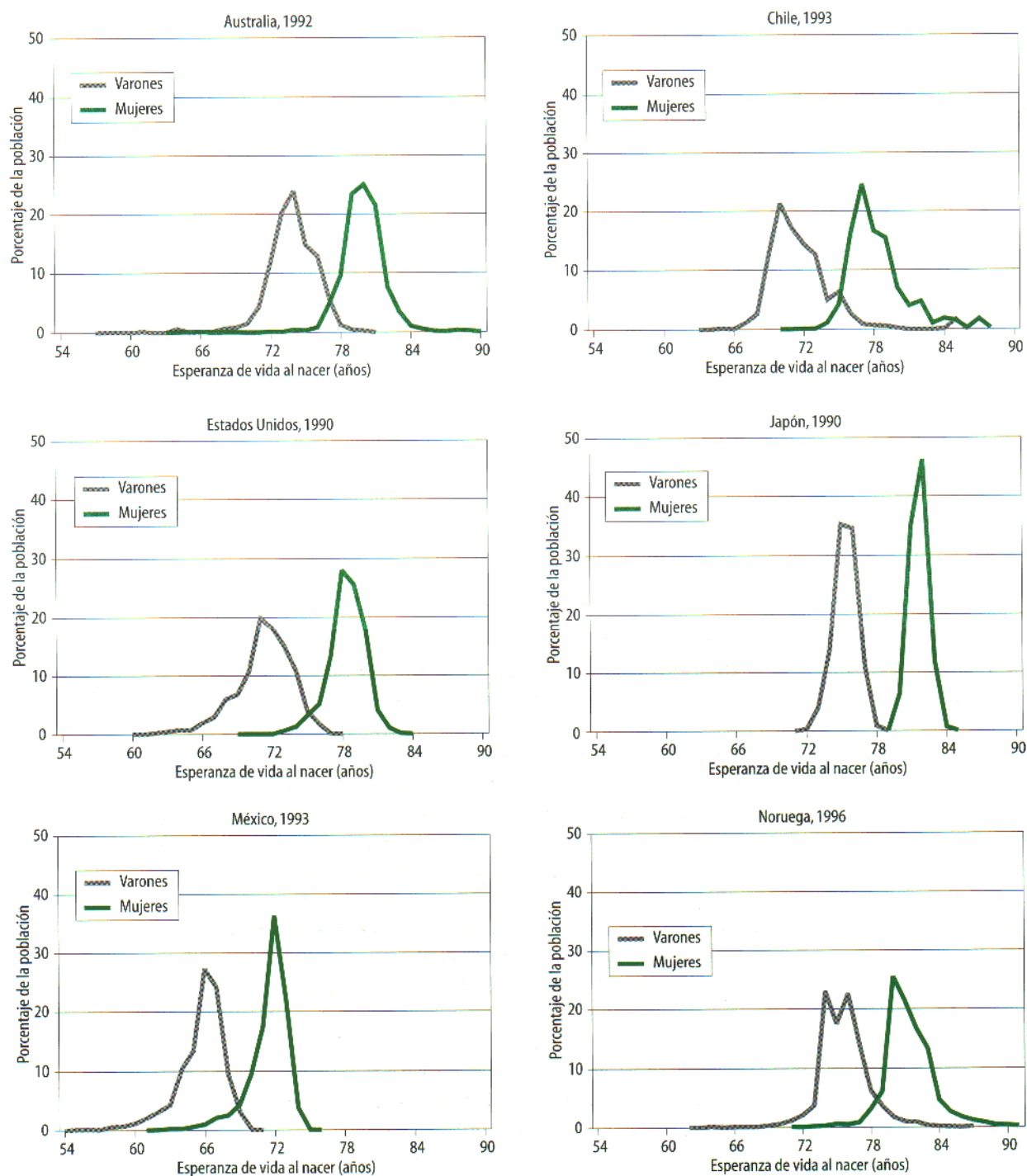
La *capacidad de respuesta* no es un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, lo que se refleja en los resultados sanitarios, sino del desempeño del sistema en relación con aspectos que no están vinculados a la salud: la satisfacción o insatisfacción de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir de proveedores de servicios preventivos, curativos o no personales. (La última categoría es la menos importante, ya que la gente normalmente no entra en contacto personal con tales intervenciones. Sin embargo, incluso las medidas de salud pública, como el control de vectores, pueden adoptarse con más o menos respeto por la gente y sus deseos. La determinación de la capacidad de respuesta de los proveedores de servicios no personales constituye un verdadero desafío.)

Algunos sistemas tienen muy poca capacidad de respuesta. El sistema de salud soviético anterior a 1990 se había vuelto muy impersonal e inhumano en la forma en que trataba a la gente. Una queja común en muchos países con respecto a los empleados del sistema de salud del sector público es que son groseros y arrogantes con los pacientes (6, 7). La espera para las intervenciones quirúrgicas que no son de urgencia varía considerablemente en los países industrializados (8) y es motivo de fuertes críticas dirigidas contra los ministerios de salud (9). Reconocer la capacidad de respuesta como meta intrínseca de los sistemas de salud implica aceptar que estos sistemas existen para servir a la gente y no se limita a una evaluación de la satisfacción de la gente con la atención puramente médica que recibe.

El concepto general de capacidad de respuesta puede desglosarse de varias formas. Se hace una distinción básica entre los elementos relacionados con el respeto a los seres hu-

manos como personas (elementos que en gran medida son subjetivos y juzgados principalmente por el paciente) y elementos más objetivos relacionados con la forma en que un sistema resuelve ciertas inquietudes expresadas comúnmente por los pacientes y sus familiares en calidad de clientes del sistema de salud, algunas de las cuales pueden observarse

Figura 2.3 La desigualdad en la esperanza de vida al nacer, por sexo, en seis países



directamente en los establecimientos sanitarios. La subdivisión de estas dos categorías lleva a siete elementos o aspectos diferentes de la capacidad de respuesta.

El respeto a las personas abarca lo siguiente:

- Respeto a la dignidad de la persona. En los casos extremos, esto significa no esterilizar a personas con trastornos genéticos ni encerrar a personas con enfermedades transmisibles, lo cual violaría derechos humanos fundamentales. Desde un punto de vista más general, significa no humillar ni degradar a los pacientes.
- Carácter confidencial, es decir, el derecho a determinar quién tiene acceso a la información sobre la salud personal de cada individuo.
- Autonomía para participar en decisiones sobre la propia salud. Abarca la ayuda para facilitar la decisión con respecto a qué tratamiento recibir o no recibir.

La orientación al cliente abarca lo siguiente:

- Atención pronta: atención inmediata en situaciones de urgencia y espera razonable en casos que no sean de urgencia.
- Comodidades de calidad adecuada, como limpieza, espacio y servicio de comidas en el hospital.
- Acceso a redes de apoyo social (familiares y amigos) para las personas atendidas.
- Selección del proveedor, o sea, libertad para determinar la persona u organización que proporcionará la atención.

En general, la capacidad de respuesta contribuye a la salud promoviendo la utilización, pero eso no siempre ocurre. Con una mayor autonomía, es posible que la gente no se someta a una intervención porque considere que el beneficio individual sea pequeño o el riesgo muy grande y no valore el beneficio colectivo o para la población. Eso es especialmente probable en el caso de la vacunación, en particular, si existe el temor a reacciones adversas. La libertad individual para vacunarse o no vacunarse se opone al objetivo de la salud pública de lograr una cobertura elevada a fin de evitar epidemias. Este conflicto se ha producido, por ejemplo, en el Reino Unido en relación con la vacuna contra la tos ferina y en Grecia con la vacuna contra la rubéola (10). Por consiguiente, el desempeño general de un sistema de salud podría abarcar concesiones recíprocas entre los objetivos.

En las opiniones sobre el desempeño del sistema de salud en lo que atañe a dimensiones subjetivas tales como la capacidad de respuesta podrían influir varias características de los mismos sistemas o de los encuestados. Como los pobres tal vez esperen menos que los ricos y queden conformes con servicios que no responden a sus expectativas, se deben introducir correcciones en los indicadores de la capacidad de respuesta a fin de tener en cuenta estas diferencias, así como las diferencias culturales entre países (11). Incluso sin un ajuste de ese tipo, las comparaciones de la clasificación dada por observadores bien informados a los logros del sistema de salud podrían revelar en qué aspectos de la capacidad de respuesta el sistema parece satisfacer más a los usuarios. En cada uno de un conjunto de 35 países, 50 o más informantes claves emitieron juicios sobre el nivel promedio y la desigualdad de los componentes de la capacidad de respuesta. Se realizó otra encuesta de más de mil personas a fin de crear medios de ponderación para combinar estas puntuaciones en una clasificación general. En el recuadro 2.2 se describen los resultados de este ejercicio. Los cálculos aproximados para otros Estados Miembros se derivaron de esas 35 observaciones, teniendo en cuenta las diferencias entre los países y los grupos de informantes. Estos juicios se pueden complementar con sondeos de opinión y con la observación directa de la prestación de los servicios de salud.

La figura 2.4 muestra en detalle la puntuación correspondiente a cada uno de los siete elementos, en comparación con la puntuación general, en cada uno de los 13 países seleccionados como representantes de todas las regiones de la OMS y como característicos de todo el conjunto de países estudiados. Según se aprecia, los sistemas de salud examinados siempre se desempeñan relativamente bien en las dimensiones del acceso a las redes de apoyo social y el carácter confidencial, y a veces mucho mejor que en relación con otros aspectos. La clasificación sistemáticamente alta para el apoyo social podría reflejar un intercambio compensatorio con la calidad de las comodidades, porque un establecimiento sanitario que carece de recursos para ofrecer alimentos o atención no médica de buena calidad puede compensar esa deficiencia permitiendo que parientes y amigos resuelvan las necesidades del paciente. El carácter confidencial tal vez no constituya un problema importante en estos países, en parte porque el seguro privado está muy poco extendido y, por lo tanto, es pequeño el riesgo de que se niegue cobertura porque un proveedor haya revelado información sobre un paciente. En el otro extremo de la escala hay menos uniformidad, pero la autonomía se encuentra entre los tres elementos de la capacidad de respuesta con la clasificación más baja —34 veces de 35— y es el elemento con la clasificación más baja casi la mitad de las veces. El desempeño también suele ser deficiente con respecto a la selección del proveedor y la prontitud de la atención.

Igual que ocurre con el estado de salud, la capacidad general de respuesta no es lo único que importa si algunas personas son tratadas con amabilidad mientras que otras son humilladas o tratadas con desdén. *Un sistema de salud perfectamente equitativo no haría distinciones de ese tipo y todos los elementos de su capacidad de respuesta recibirían la misma clasificación de todos los sectores de la población.* En casi todos los países donde se hicieron encuestas con informantes claves, se señaló a los pobres como el principal grupo desfavorecido. En particular, se consideró que se los trataba con menos respeto a su dignidad, que tenían menos opciones en cuanto a proveedores, y que se les ofrecían comodidades de menor calidad que a las personas que no eran pobres. En un número casi igual de casos, se consideró que la población rural, sector con la mayor concentración de pobres, recibe un trato peor que

Recuadro 2.2 ¿Cuán importantes son los distintos elementos de la capacidad de respuesta?

De la encuesta de informantes claves, que consistió en 1791 entrevistas en 35 países, se obtuvieron puntuaciones (de 0 a 10) para cada elemento de la capacidad de respuesta, así como puntuaciones generales. De otra encuesta por Internet de 1006 participantes (la mitad de ellos de la OMS), se obtuvieron opiniones sobre la importancia relativa de los elementos, que se usaron para combinar las puntuaciones correspondientes a los elementos en una puntuación general, en vez de tomar solamente la media o usar las respuestas generales de los informantes claves.

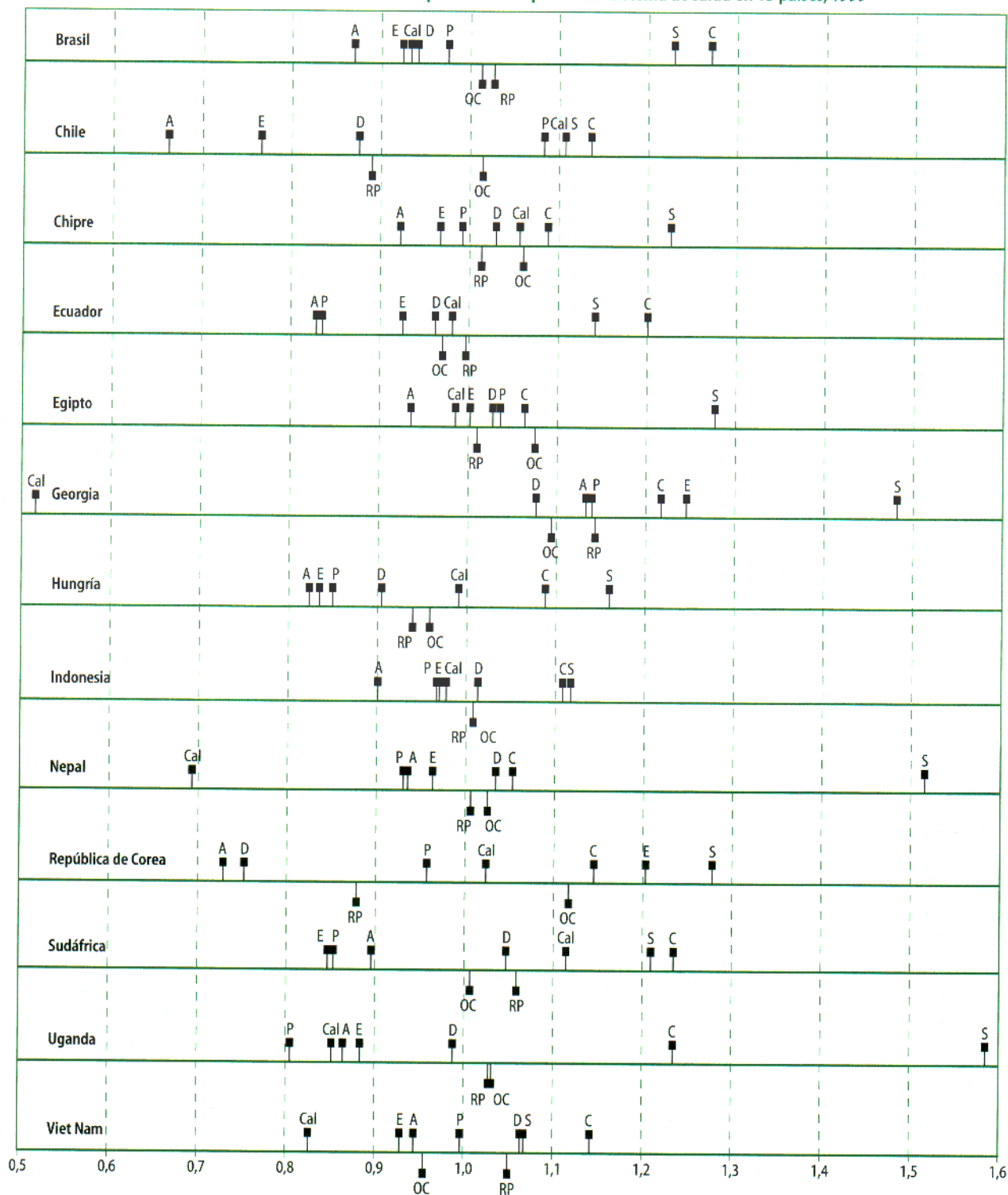
Se pidió a los encuestados que clasificaran los siete elementos por orden de importancia y se obtuvieron ponderaciones de la frecuencia con la cual cada elemento se clasificó en primer lugar, en segundo lugar, etc. El respeto a las personas y la orientación al cliente fueron clasificados como igualmente importantes en general, y los tres elementos del respeto a las personas también fueron considerados igualmente importantes. Los cuatro elemen-

tos de la orientación al cliente fueron clasificados en forma diferente y, por lo tanto, se les asignaron ponderaciones diferentes. Las ponderaciones definitivas figuran en el cuadro.

El análisis de las puntuaciones de los elementos en sí, estimados por los informantes claves, reveló tres sesgos constantes: en el mismo país, las mujeres encuestadas dieron puntuaciones más bajas que los varones, los funcionarios públicos dieron puntuaciones más altas que la mayoría de los encuestados independientes, y las puntuaciones de todos los encuestados tendieron a ser más altas en los países con menos libertad política, medida por un índice compuesto. A fin de que se pudieran comparar las puntuaciones de distintos países, se ajustaron los datos suprimiendo la influencia de estos factores, de modo que todas las puntuaciones son estimaciones de las clasificaciones que darían en un país con libertad política, encuestados que no trabajaran para el gobierno, la mitad de los cuales serían mujeres.

Respeto a las personas	
Total	50%
Respeto a la dignidad	16,7%
Carácter confidencial	16,7%
Autonomía	16,7%
Orientación al cliente	
Total	50%
Atención pronta	20%
Calidad de las comodidades	15%
Acceso a redes de apoyo social	10%
Selección del proveedor	5%

Figura 2.4 Puntuaciones relativas de elementos de la capacidad de respuesta del sistema de salud en 13 países, 1999



Puntuaciones normalizadas en relación con la puntuación promedio de la capacidad de respuesta general del país = 1.

A = autonomía, C = carácter confidencial, E = elección del proveedor o el establecimiento, D = dignidad, P = prontitud, Cal = calidad de las comodidades básicas, S = acceso a redes de apoyo social, RP = respeto a las personas, OC = orientación al cliente.

los habitantes urbanos, especialmente en lo que atañe a las demoras en la atención, menos opciones en cuanto a proveedores, y servicios generales de peor calidad. Algunos de los encuestados también señalaron que las mujeres, los niños, los adolescentes, los indígenas, grupos tribales u otros reciben peor trato que el resto de la población.

El elemento de orientación al cliente, en los lugares donde los pobres y la población rural reciben un trato de menor calidad, tiene repercusiones económicas: generalmente cuesta más asegurar una atención rápida, comida de buena calidad, más espacio e instalaciones en buen estado. También es más difícil controlar los costos si se permite que la gente seleccione el proveedor, y el costo varía de un proveedor a otro. Las asociaciones más firmes se observan en relación con la calidad de las comodidades básicas y la prontitud de la atención. El primer aspecto está estrechamente relacionado con los ingresos per cápita y el porcentaje del total del gasto sanitario correspondiente a gastos privados; el segundo está estrechamente relacionado con el promedio de años de escolaridad de la población, lo cual también está asociado a los ingresos. En cambio, el elemento de respeto a las personas tal vez no cueste nada, con la excepción, tal vez, de cierta capacitación de proveedores y administradores. Estos elementos —respeto a la dignidad, autonomía y carácter confidencial— no presentan ninguna relación con los gastos del sistema de salud. Hay margen para mejorar el desempeño del sistema de salud en estos aspectos sin sustraer recursos al objetivo primordial de mejorar la salud, especialmente en relación con la autonomía, donde el desempeño suele recibir una clasificación baja.

En el cuadro 6 del anexo se presentan las puntuaciones ajustadas de la capacidad global de respuesta y un indicador de la equidad basado en la opinión de los encuestados sobre los grupos de la población de un país que sufren discriminación con mayor frecuencia y el tamaño de estos grupos. Si se ve afectado un grupo mayor o si más encuestados están de acuerdo en que ese grupo recibe un trato peor que otros, eso supone una mayor desigualdad en cuanto a la capacidad de respuesta y, por consiguiente, una menor consecución del objetivo de equidad. Como algunos elementos de la capacidad de respuesta son costosos, no causa sorpresa que la mayoría de los países con la clasificación más alta gasten sumas relativamente elevadas en salud. Además, suelen ser países donde un buen número de servicios son privados, aun cuando gran parte del financiamiento sea público o esté establecido por ley. Sin embargo, la relación con los ingresos o el gasto sanitario de un país es menor que en el caso del estado de salud. Varios países africanos y asiáticos pobres ocupan una posición bastante alta con respecto a la capacidad de respuesta, y otros países que por término medio tienen un buen desempeño en lo que se refiere a la medida en que responden a las expectativas de la gente pueden, no obstante, tener una clasificación mucho más baja en el índice de distribución.

El *financiamiento equitativo* en los sistemas de salud significa que los riesgos que corre cada familia debido a los costos del sistema de salud se distribuyen según la capacidad de pago y no según el riesgo de enfermedad: un sistema financiado en forma equitativa garantiza la protección financiera de todos. Un sistema de salud en el cual las personas o las familias son empujadas a la pobreza por pagar la atención médica que necesitan o se ven obligadas a prescindir de dicha atención debido a su costo no es equitativo. Esta situación caracteriza a la mayoría de los países más pobres y a algunos países de ingresos medianos y altos, en los que al menos una parte de la población no está debidamente protegida contra los riesgos financieros (12).

Costear la atención sanitaria puede ser contrario a la equidad de dos formas. Puede exponer a las familias a grandes gastos *imprevistos*, es decir, costos inesperados que deben pagar de su bolsillo en el momento de utilizar los servicios porque no están amparadas por

un sistema de pago anticipado, o puede imponer pagos *regresivos*, con los cuales las personas que menos pueden contribuir pagan proporcionalmente más que las personas adineradas. El primer problema se resuelve reduciendo al mínimo la proporción del sistema que los usuarios deben sufragar directamente, a fin de recurrir en la mayor medida posible a planes de pago anticipado, más previsibles, que no estén relacionados con la enfermedad ni con la utilización de los servicios. El segundo problema se resuelve garantizando que cada forma de pago anticipado —mediante impuestos de toda clase, aseguramiento social o seguro voluntario— sea progresiva, o por lo menos neutral con respecto a los ingresos, y esté relacionada con la capacidad de pago y no con el riesgo que corra la salud.

Los pagos del bolsillo del usuario por lo general son regresivos, pero en principio pueden ser neutrales o progresivos. Cuando eso ocurre, y los gastos sufragados directamente por el usuario no son demasiado grandes, no empobrecen necesariamente a nadie ni llevan a los pobres a prescindir de la atención. Sin embargo, de todas las formas de financiamiento, esta es la más difícil de volver progresiva. Los mecanismos que eximen a los indigentes de pagar cargos en establecimientos públicos o que establecen una escala móvil basada en las características socioeconómicas constituyen intentos de reducir el riesgo asociado a los pagos directos (13, 14). Excepto en los casos del profesional particular que conoce a sus clientes lo bastante como para diferenciar entre ellos en cuanto a los cargos que les cobra —y los clientes más acomodados aceptan que sus pagos subsidien a los más pobres—, estos arreglos se limitan a los establecimientos públicos, que con frecuencia representan solamente una parte pequeña de la utilización en los países pobres. Incluso en esos casos, este modo de proceder entraña costos administrativos relativamente altos para hacer una distinción entre los usuarios, y por lo general influyen solo en una cantidad pequeña del total de los pagos relacionados con el riesgo.

Por esta razón, lo que más propicia la equidad financiera es un sistema de pago anticipado mayor y más progresivo, en vez de los gastos directos que el usuario paga de su bolsillo. La segunda modalidad debería representar una parte pequeña no solo del total, sino también en relación con la capacidad de pago de las familias. Incluso el pago anticipado estrechamente relacionado con el riesgo *ex ante*, según ciertas características observables (por ejemplo, primas de seguro relacionadas con el riesgo), es preferible frente a los pagos del bolsillo del usuario, porque es más previsible y puede justificarse en la medida en que los riesgos estén bajo el control de una persona. Sin embargo, lo ideal es, en gran medida, desvincular la contribución financiera de una familia al sistema de salud de los riesgos que corre su salud y separarla casi enteramente del uso de los servicios necesarios. La cuestión de la medida en que los pagos anticipados de seguro podrían estar relacionados con el riesgo y la forma en que deberían financiarse dichas primas, incluidos los subsidios para quienes no pueden pagar, se aborda en el capítulo 5.

Ex post, la carga del financiamiento sanitario para una familia determinada es la parte de su capacidad de pago correspondiente a su gasto sanitario real. El numerador abarca todos los gastos atribuibles a la familia, incluidos aquellos que ni siquiera sabe que está pagando, como la parte de los impuestos sobre las ventas y al valor agregado que paga sobre el consumo y que el gobierno destina a la salud, y la contribución por medio del seguro proporcionado y financiado en parte por los empleadores.

El denominador es un indicador de la capacidad de pago de la familia. En los hogares pobres, una gran parte corresponde a necesidades básicas, especialmente alimentos, mientras que los hogares más ricos tienen más margen para otros gastos, entre ellos los gastos en atención sanitaria. Los gastos en alimentos se tratan como una aproximación a los gastos en necesidades básicas. El total de los gastos que no corresponden a alimentos se con-

sidera como una aproximación a los ingresos discrecionales y relativamente permanentes de la familia, que son menos volátiles que los ingresos contabilizados (15) y constituyen un mejor indicador de lo que la familia puede gastar en salud y en otras necesidades que no sean alimentos.

En resumen, *la forma en que se financia la atención sanitaria es perfectamente equitativa si la razón entre la contribución sanitaria total y el total de gastos que no sean en alimentos es idéntica para todas las familias, independientemente de sus ingresos, su estado de salud o su utilización del sistema sanitario*. Este indicador expresa la opinión incisiva de Aneurin Bevan, en el sentido de que “la esencia de un servicio de salud satisfactorio es que ricos y pobres sean tratados de la misma forma, que la pobreza no constituya una discapacidad y que no se favorezca la riqueza” (16). Evidentemente, el financiamiento no sería equitativo si las familias pobres gastaran una parte mayor que las ricas, ya sea porque estuvieran menos protegidas por sistemas de pago anticipado y, por consiguiente, tuvieran que pagar una parte relativamente mayor de su bolsillo, o porque los mecanismos de pago anticipado fueran regresivos. No obstante, si se equipara la equidad con la igualdad el sistema tampoco sería equitativo si las familias *ricas* pagaran más en relación con su capacidad. Simplemente, pagando la misma fracción que las familias pobres estarían subsidiando a aquellos con menos capacidad para pagar. Es cierto que las familias adineradas podrían optar por pagar más, especialmente comprando un seguro más amplio, pero eso podría considerarse equitativo solo si el gasto adicional se pagara por anticipado y si la decisión fuese enteramente voluntaria y no estuviera determinada por el sistema tributario o aportaciones obligatorias al seguro.

Las familias en las cuales el gasto sanitario asciende al 50% o más de los gastos que no corresponden a alimentos tienden a empobrecerse como consecuencia de ello. Ciertas encuestas familiares pormenorizadas muestran que en Brasil, Bulgaria, Jamaica, Kirguistán, México, Nepal, Nicaragua, Paraguay, Perú, la Federación de Rusia, Viet Nam y Zambia, más de 1% de las familias tenían que gastar en salud la mitad o más de su capacidad mensual completa de pago, lo cual significa que, en los países grandes, millones de familias corren el riesgo de empobrecerse. Invariablemente, la razón de ello son los grandes gastos que el usuario debe pagar de su bolsillo. Este gran potencial de catástrofes económicas está muy relacionado con la forma en que se financia el sistema de salud, y no solo con el nivel general de gastos o los ingresos del país.

La equidad de la distribución de la contribución financiera se resume en un índice inversamente relacionado con la desigualdad en la distribución, que se presenta en el cuadro 7 del anexo. El índice va de 0 (desigualdad extrema) a 1 (igualdad perfecta). Para la mayoría de los países, especialmente los de altos ingresos, el valor no dista de 1, pero algunos países se caracterizan por una gran desigualdad, puesto que casi todo el gasto sanitario lo sufragan directamente los usuarios, como en China, Nepal y Viet Nam. Sin embargo, incluso en algunos países donde los usuarios pagan directamente la mayor parte de los gastos, hay poca desigualdad porque ese gasto es relativamente progresivo y pocas familias llegan a gastar en salud la mitad de lo que gastan en rubros que no sean alimentos. Algunos ejemplos son Bangladesh y la India. En general, una gran igualdad está asociada con el financiamiento basado principalmente en pagos anticipados, pero el Brasil muestra una desigualdad extrema a pesar de que gran parte del gasto se paga por anticipado, debido a la gran desigualdad de ingresos y a la gran cantidad de familias que corren el riesgo de empobrecerse.

El indicador resumido de equidad no distingue las familias pobres de las ricas. La figura 2.5 introduce esta distinción al mostrar cómo se distribuye la carga entre deciles de capacidad para pagar y se divide entre el pago anticipado y los gastos de bolsillo en ocho países

Figura 2.5 Contribuciones familiares al financiamiento sanitario como porcentaje de la capacidad de pago en ocho países

de ingresos bajos y medianos. El pago anticipado es claramente progresivo —es decir, los ricos contribuyen con una mayor proporción— en México y la República Unida de Tanzania, así como en Bangladesh y Colombia (que no se presentan en la figura), y en realidad es regresivo en la India y Pakistán, así como en la Federación de Rusia, Guyana, Kirguistán, Nepal y Perú (que no se presentan en la figura). En otros países, como Brasil, Bulgaria, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Rumania y Zambia, la contribución en forma de pagos anticipados se distribuye en forma más o menos neutral o varía irregularmente. Los gastos pagados directamente por el usuario presentan mayores variaciones, como cabría suponer; por ejemplo, es progresivo en la India y bastante regresivo en Pakistán y Viet Nam, donde prácticamente no existe el financiamiento basado en pago anticipado.

El total de los gastos que no corresponden a alimentos incluye todo lo que la familia paga de su bolsillo en atención sanitaria. Ese gasto es en gran medida imprevisible o transitorio, de modo que, si se incluye, podría sobrerrepresentar la capacidad de pago de la familia. Si los gastos que la familia paga de su bolsillo son pequeños, no importa; pero si son grandes, para pagarlos es posible que la familia deba vender bienes o endeudarse, que más integrantes de la familia deban trabajar, que algunos deban trabajar más horas o conseguir otro trabajo, o incluso que la familia deba disminuir temporalmente su consumo de artículos de primera necesidad. Si la capacidad de pago de la familia se define como los gastos que no corresponden a alimentos *menos* el gasto sanitario que debe pagar de su bolsillo, las familias con grandes gastos directos se clasifican como pobres en vez de repartirse en toda la población. Por lo tanto, la forma en que se financia el sistema de salud parece ser sistemáticamente menos equitativa en la mayoría de los países, y el culpable es siempre la gran proporción de gastos que se pagan del propio bolsillo. El pago anticipado en los países de bajos ingresos generalmente representa una proporción demasiado pequeña del total como para compensar el efecto regresivo y muy desigual del gasto directo. Lo peor es que en muchos países *no* hay un efecto compensatorio porque el pago anticipado por medio de los impuestos también es regresivo. En esos casos, los pobres sufren doblemente las consecuencias: todos tienen que pagar un porcentaje injusto, usen o no los servicios de salud, y algunos tienen que hacer también una contribución incluso más injusta de su bolsillo. Estos son los resultados más importantes del análisis del financiamiento; sus consecuencias se exponen con más amplitud en el capítulo 5. En el recuadro 2.3 se examinan cuatro características adicionales de esta forma de determinar la equidad del financiamiento.

Gran parte del trabajo analítico en que se basó la preparación del presente informe consistió en la obtención de más y mejor información sobre el gasto en salud y la elaboración de las cuentas sanitarias nacionales. Como se describe con más pormenores en el capítulo 6, para mejorar la función rectora del sistema es indispensable saber de dónde vienen los recursos, por qué canales fluyen y cómo se usan. En el cuadro 8 del anexo se presentan las estimaciones del gasto sanitario total, desglosado por su procedencia privada y pública; dentro del sector público se establece la distinción entre el gasto sanitario financiado con impuestos y el gasto sanitario del sistema de seguridad social; también, en el sector privado, se diferencia entre el gasto sanitario financiado por seguros y el sufragado directamente por el usuario; y, por último, se distingue en general entre el pago anticipado y los gastos del bolsillo del usuario. Esta última distinción ayuda a determinar el grado de equidad con que se costean los sistemas de salud. Estos datos, además de ser interesantes de por sí, se han usado para verificar los cálculos de los gastos familiares antedichos y para estimar el valor de indicadores estrechamente relacionados con el gasto.

Cualesquiera que sean la fuente y la distribución del financiamiento, los recursos destinados a la salud constituyen un insumo del sistema, y no un producto: son lo que posibilita

el producto y la base de referencia para evaluar los logros del sistema. En las dos secciones siguientes se examina la mejor forma de hacer esto último, para lo cual se establece primero un indicador general de los logros y, en seguida, esos logros se comparan con el uso de los recursos como un indicador del desempeño.

EL LOGRO GLOBAL: UN SISTEMA QUE ES A LA VEZ BUENO Y EQUITATIVO

En la medida en que un sistema de salud alcance una larga esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad, un alto grado de capacidad de respuesta (o un alto grado de igualdad en cualquiera de estos aspectos o en ambos) o una distribución equitativa de la carga de financiamiento, se puede decir que tiene un buen desempeño con respecto a ese objetivo. Como un sistema puede tener un buen desempeño en una dimensión o en varias y un mal desempeño en otras, para comparar países o distintos períodos es necesario resumir las cinco metas en un solo indicador global. No hay una escala natural en la cual se puedan sumar años de vida, puntuaciones de la capacidad de respuesta e indicadores de la desigualdad o equidad, de modo que para combinar los indicadores de logro hay que asignar una ponderación o importancia relativa a cada uno. En el recuadro 2.4 se describen el procedimiento y los resultados.

Al aplicar estas ponderaciones a los logros que se describen en los cuadros 5, 6 y 7 del anexo se obtiene una puntuación del logro global de cada sistema de salud. Estas puntuaciones se presentan en el cuadro 9 del anexo, junto con una estimación de la incertidumbre que rodea a cada valor, derivada de la incertidumbre de los componentes. En vista de que los países ricos por lo general gozan de mejor salud, y como los ingresos elevados permiten gastar más en salud y estos gastos se pagan principalmente por anticipado y con frecuencia

Recuadro 2.3 ¿Qué mide y qué no mide la contribución equitativa?

La contribución equitativa al financiamiento de la atención sanitaria se calcula estrictamente *ex post*: se refiere a lo que las familias contribuyen en realidad, y no a su riesgo *ex ante* de necesitar atención sanitaria. Eso implica que no es necesario estimar la “cobertura” de la población por distintos sistemas de distribución del riesgo. Es difícil estimar por anticipado la cobertura en términos financieros, más que nominales (o sea, en qué medida la gente está realmente protegida, y no simplemente si tiene seguro o si está amparada por el sistema de seguridad social), y en todo caso dicha cobertura es, como la accesibilidad, una meta instrumental y no final. La cobertura nominal da a la gente un sentido de seguridad que también influye en sus deci-

siones de gastar y ahorrar, pero eso no es una meta en sí.

La gente que no utiliza los servicios de salud cuando los necesita porque no puede pagarlos de su bolsillo parece gastar menos de lo que realmente necesita. Una estimación de lo que *habría* gastado si hubiese podido pagarlo daría una distribución diferente de las contribuciones y mostraría casi con certeza una inequidad mayor aún. Basar el indicador en lo que se gasta en realidad, que es lo único que permiten los datos, lleva a una sobrestimación de la medida en que un sistema de salud alcanza una distribución equitativa de las contribuciones financieras.

El indicador tampoco dice nada sobre la forma en que una familia obtiene efectivo para pagar gastos de atención sanitaria de su bolsillo (o para algunos tipos de pago anticipado ta-

les como “libretas de salud” o vales). Las familias con ingresos principalmente en especie en vez de efectivo tal vez no acudan a los servicios de salud porque no pueden conseguir dinero cuando lo necesitan, y los datos muestran solamente que no gastaron. Si no se hace un análisis más a fondo, no se puede distinguir la falta de liquidez de las demás razones por las cuales una necesidad en materia de salud no condujo a un gasto. Se plantea un problema de liquidez menos grave pero que a veces influye cuando una familia tiene que pagar la atención médica de su bolsillo y esperar el reembolso de una compañía aseguradora. Esta necesidad de financiar temporalmente la atención sanitaria se observa en grupos suficientemente adinerados como para tener un seguro formal, generalmente privado.

Por último, y lo más importante de todo, el financiamiento equitativo significa solamente equidad en la forma en que se distribuye la carga financiera del mantenimiento de un sistema de salud. No indica si la *utilización* de los servicios de salud es equitativa, lo cual es un aspecto igualmente decisivo de la equidad general del sistema. El financiamiento equitativo obedece al principio de *cada uno según su capacidad*, pero no al principio de *a cada uno según su necesidad*. La inequidad en el uso en relación con la necesidad se refleja en las desigualdades en el estado de salud, porque la utilización de los servicios debería reducir dichas desigualdades en la medida en que se presten a una intervención.

son sufragados por el sector público, la clasificación según el logro global está estrechamente relacionada con los ingresos y el gasto sanitario. Sin embargo, la gran ponderación dada a las metas relativas a la distribución explica, por ejemplo, la razón por la cual el Japón ocupa una mejor posición que los Estados Unidos, en tanto que Chile, Colombia y Cuba están mejor clasificados que los demás países de América Latina. No es sorprendente que, excepto por tres países de Asia, los 30 países en peor situación sean de África.

EL DESEMPEÑO: LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE ACUERDO CON LOS RECURSOS

El indicador global de logro, igual que los cinco logros específicos que lo componen, es un indicador absoluto que señala cuán bien se ha desempeñado un país en la consecución de las distintas metas, pero no dice nada sobre esos resultados en comparación con lo que podría haberse logrado con los recursos de que dispone el país. Por lo tanto, el indicador decisivo del desempeño de un sistema de salud es *el logro con respecto a los recursos*.

De esta manera, si Suecia goza de mejor salud que Uganda (la esperanza de vida es casi el doble), se debe en gran medida a que gasta exactamente 35 veces más per cápita en su sistema de salud; pero Pakistán gasta casi la misma cantidad por persona que Uganda, de un ingreso per cápita que también es similar al de Uganda, y aun así tiene una esperanza de vida de casi 25 años más. Esta última comparación es la que nos interesa: ¿por qué son los resultados sanitarios en Pakistán mucho mejores con un gasto igual? Además, lo que

Recuadro 2.4 Ponderación de los objetivos individuales que forman el logro global

A fin de obtener un conjunto de ponderaciones para los distintos logros que influyen en el logro global, la OMS encuestó a 1006 personas de 125 países, la mitad de las cuales formaban parte de su propio personal. Las preguntas procuraban obtener no solo opiniones sobre la importancia de cada meta en relación con las demás (por ejemplo, la capacidad de respuesta en comparación con el estado de salud), sino también opiniones sobre el tipo de desigualdad que más importa. Las respuestas, que fueron sometidas a una verificación de su congruencia y sesgo, dieron valores prácticamente idénticos en cada uno de varios grupos muy diferentes (países pobres y ricos, varones y mujeres, funcionarios de la OMS y otros encuestados). Las ponderaciones definitivas figuran en el cuadro.

Como cabía prever, la salud se considera como el objetivo más importante y la meta primordial o definitoria de un sistema. Sin embargo, la mitad de la preocupación por la salud se refiere a la igualdad, y no simplemente a un promedio elevado. El desglose de la "salud" en dos metas pone de relieve el gran valor de la equidad, y no solo de que el sistema sea bueno. Esto es plenamente compatible con la concentración de la OMS en los pobres, los menos sanos, los sectores más necesitados de la sociedad. De la encuesta se obtienen también ponderaciones iguales para el nivel general y la distribución o la igualdad en lo que atañe a la capacidad de respuesta. En total, la forma en que el sistema trata a la gente en los aspectos que no están relacionados con la salud es

tan importante como el nivel de salud o la igualdad sanitaria. La equidad en la forma en que se pagan los servicios de salud, que no constituye una preocupación tradicional de la OMS ni de los ministerios de salud con los cuales trabaja y a los cuales apoya, recibe la ponderación relativamente grande de una cuarta parte, igual a la que corresponde a la capacidad de respuesta. Tanto en este caso como en el de la capacidad de respuesta, la ponderación asignada por los encuestados probablemente refleje la importancia directa o intrínseca del objetivo, y también la contribución indirecta o instrumental que efectúa a la consecución de la meta de buena salud; es difícil separar estos dos aspectos. Hay un claro acuerdo en el sentido de que un sistema de salud que funciona bien debería hacer mucho más que simplemente promover el mejor nivel posible de salud general.

La ponderación de los cinco objetivos también permite obtener valores para la importancia relativa del carácter bueno y del carácter equitativo del sistema. Los niveles de salud y capacidad de respuesta, combinados, reciben una ponderación de tres octavos del total. Los tres indicadores de la distribución, que en conjunto describen la *equidad* del sistema, representan los cinco octavos restantes. No obstante, se podría considerar que los países que han alcanzado solo una esperanza de vida bastante corta y que no pueden satisfacer debidamente las expectativas de sus habitantes con respecto a la prontitud de la atención o a las comodidades tienen sistemas de salud con un buen desempeño con respecto a la equidad en una dimensión o en varias.

<i>Salud (esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad)</i>	
Total	50%
General o promedio	25%
Distribución o igualdad	25%
<i>Capacidad de respuesta</i>	
Total	25%
General o promedio	12,5%
Distribución o igualdad	12,5%
<i>Equidad de las contribuciones financieras</i>	
Distribución o igualdad	25%

importa es el gasto sanitario, no el ingreso total del país, ya que una sociedad puede optar por gastar menos en salud que otra. A cada sistema sanitario se lo debe juzgar de acuerdo con los recursos que realmente están a su alcance, y no según otros recursos que en principio puedan haberse destinado a la salud pero que se usaron para otra cosa.

A menudo, los resultados sanitarios se han evaluado en relación con insumos tales como el número de médicos o camas de hospital por habitante, criterio que indica lo que estos insumos producen *realmente*, pero dice poco acerca del *potencial* del sistema; es decir, lo que podría hacer si se usaran los mismos recursos financieros para producir y utilizar una cantidad o tipo diferente de profesionales, instalaciones, equipo y bienes fungibles. En estas comparaciones, la verdadera medida de los recursos es el dinero, pues este se usa para comprar todos los insumos reales.

Para evaluar el desempeño relativo hace falta una escala que en uno de sus extremos establezca un límite superior o “frontera”, que corresponde al *máximo posible que es dable esperar del sistema de salud*. Dicha frontera —que se traza utilizando información de muchos países pero con un valor concreto para cada país— representa el nivel de logro que un sistema de salud podría alcanzar, pero que ningún país sobrepasa. En el extremo opuesto de la escala es preciso definir un límite inferior de *lo mínimo que se puede exigir del sistema de salud* (17). Con la ayuda de esta escala se puede ver qué proporción del potencial se alcanza. Dicho de otro modo, comparar el logro efectivo con el potencial revela a qué distancia de su propia frontera de desempeño máximo se encuentra el sistema de salud de cada país.

La OMS ha estimado dos relaciones entre los resultados y los recursos del sistema de salud. Para una de estas estimaciones se establece una relación entre los recursos y el estado de salud promedio (la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad [EVAD]), de modo que es relativamente comparable con muchos de los análisis anteriores del desempeño en el campo de la salud. Para la otra se establece una relación entre los recursos y el indicador de logro global de los cinco objetivos. En ambos casos se usa el mismo valor del total de recursos para un país porque no hay forma de determinar si los gastos están orientados a la producción de servicios de salud, influyen en la capacidad de respuesta o hacen que el financiamiento sea más o menos equitativo. Esto es valedero también para los recursos que se utilizan para mejorar la distribución de la salud o de la capacidad de respuesta, en vez del nivel promedio.

Cada frontera depende de otra variable además de los gastos del sistema de salud: el promedio de años de escolaridad de la población adulta, indicador del capital humano y, por consiguiente, del grado de desarrollo potencial a largo plazo, o incluso actual o real, del país. Es un sustituto de la mayoría de los factores ajenos al sistema de salud que determinan la situación sanitaria y probablemente también la capacidad de respuesta y la forma en que se financia la salud. En el recuadro 2.5 se explica la forma en que se calculan los límites superior e inferior y la forma en que deben interpretarse.

Como la estimación se basa enteramente en datos del país y no en un modelo de lo que es ideal o factible, y como hay un límite superior para todos los logros, la frontera se eleva rápidamente conforme se van agregando más recursos y el gasto es bajo, y luego se eleva cada vez más lentamente a medida que el gasto alcanza el nivel característico de los países ricos. Un sistema de salud puede avanzar *hacia* la frontera mejorando el desempeño, o sea, logrando más con los mismos recursos. Puede desplazarse *a lo largo* de la frontera gastando más o menos en salud y alcanzando un nivel de logro diferente pero el mismo desempeño. La frontera en su totalidad también puede desplazarse *hacia afuera*, a medida que los nuevos conocimientos permiten mejorar la salud u otros resultados con los recursos dados de un sistema de salud y con un nivel determinado de capital humano. La enorme mejora en

la salud del último siglo y medio, que se describe en el capítulo 1, se debe en su mayor parte a tal expansión o movimiento hacia afuera de lo que se puede lograr.

Si no existiera un sistema de salud en el sentido moderno, la gente igualmente nacería, viviría y moriría; y la esperanza de vida sería mucho menor que la actual, pero no sería de cero. No se gastaría en salud y, por lo tanto, no cabría preguntarse cuán equitativamente está distribuida la carga financiera. De manera análoga, tampoco habría capacidad de respuesta. Por lo tanto, el nivel mínimo de logro abarcaría solo el estado de salud y, ante la falta de información sobre desigualdades, únicamente el nivel promedio de salud. En el indicador de logro global, los valores de los otros cuatro objetivos, incluidos todos aquellos relacionados con la desigualdad, serían de cero. Para estimar este mínimo, la OMS ha usado información de algunos países obtenida alrededor de 1900 con objeto de relacionar la esperanza de vida, sin ajustarla en función de la discapacidad, con estimaciones de los ingresos. La situación entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX se toma como punto de partida para los grandes adelantos posibilitados por el aumento en los conocimientos, las inversiones y los recursos dedicados a la salud. Algunos de los cambios producen el efecto de elevar el nivel mínimo: la erradicación de la viruela es el mejor ejemplo de esto. La aparición del VIH/sida y

Recuadro 2.5 Estimación de lo máximo que cabe esperar y lo mínimo que se debe exigir

Los cálculos de la OMS en cuanto a los límites superior e inferior del desempeño del sistema de salud difieren en dos sentidos importantes de la generalidad de los análisis de lo que los sistemas de salud logran en la práctica. El primero es que una "frontera" es válida solo si ningún país puede superarla, aunque debe haber por lo menos uno en ella. Por lo tanto, para calcular la frontera o límite superior se usa una técnica estadística que permite errores en un sentido solamente, lo cual reduce al mínimo las distancias entre la frontera y los valores de desempeño calculados. (El límite inferior se calcula con la técnica ordinaria de permitir errores en cualquiera de las dos direcciones.) El segundo es que el propósito no es explicar lo que cada país o sistema de salud ha logrado, sino estimar lo que debería ser posible. Se podría proporcionar una explicación más pormenorizada introduciendo muchas más variables. Si los países tropicales muestran sistemáticamente logros menores en el campo de la salud, debido a los efectos de la concentración de muchas enfermedades cerca del ecuador, una variable que

indicare la ubicación tropical aumentaría el poder de explicación o de predicción. De manera análoga, si los resultados son peores con respecto a la igualdad en países con gran diversidad étnica, una variable que reflejase esa heterogeneidad explicaría los resultados observados.

La dificultad de tratar de explicar todo lo posible es que ello conduce a una frontera diferente según cada variable adicional. Habría una para países tropicales y otra para climas templados, una para países étnicamente mixtos y otra para aquellos con una población más uniforme, y así sucesivamente. Si se midiera el desempeño en relación con la frontera para cada tipo de país, casi todos los sistemas de salud darían la impresión de ser igualmente eficientes en el uso de recursos porque se esperaría menos de algunos que de otros. Cada explicación adicional equivaldría a una excusa para no hacer mejor las cosas, especialmente en el caso de las explicaciones relativas a ciertas enfermedades: el sida y la malaria son causas importantes de pérdida de la salud en muchos países de África al sur del Sahara; pero incluir sus efectos en la estimación de la frontera implica juzgar a esos paí-

ses teniendo en cuenta solamente lo bien que controlan las demás enfermedades, como si no se pudiera hacer nada con respecto al sida y la malaria. Por esta razón, para calcular la frontera se tienen en cuenta únicamente el gasto y el capital humano, que indican de manera general la capacidad de una sociedad para desempeñarse en distintos campos, incluido el desempeño del sistema de salud.

Los indicadores de logro se basan en datos relativos a los últimos años, a fin de que las estimaciones sean más consistentes y menos susceptibles de presentar valores anómalos en un año determinado. Los indicadores de gastos y capital humano se elaboran de manera similar a partir de los datos de más de un año. No obstante, tanto los resultados como los factores que determinan el desempeño potencial se proponen describir la situación actual de los países. No tienen en cuenta la forma en que las decisiones y el uso de recursos en el pasado podrían haber limitado lo que el sistema es capaz de alcanzar efectivamente en la actualidad —lo cual podría ser también una excusa para un desempeño deficiente— ni juzgan la cele-

ridad con la cual cabría esperar que un sistema deficiente mejorase y se acercara a la frontera.

Esta forma de estimar lo que es factible pasa por alto dos asuntos especialmente complejos que se reflejan muy bien en el control de la mortalidad y discapacidad relacionadas con el tabaco. Uno es que muchas medidas tomadas por el sistema de salud producen resultados solamente al cabo de varios años, de modo que los recursos que se usan en la actualidad no están estrechamente relacionados con los resultados actuales. Si un sistema de salud lograra persuadir a todos los fumadores de que abandonaran el hábito y nadie adquiriera el hábito, pasarían varios años hasta que desapareciera la carga de morbilidad provocada por el tabaco.¹ El otro es que no sería razonable esperar que un sistema de salud bajara la prevalencia del tabaquismo a cero en poco tiempo, por mucho que lo intentara. Determinar la forma de evaluar el progreso, en vez de limitarse al desempeño actual de un sistema de salud, es uno de los numerosos desafíos pendientes.

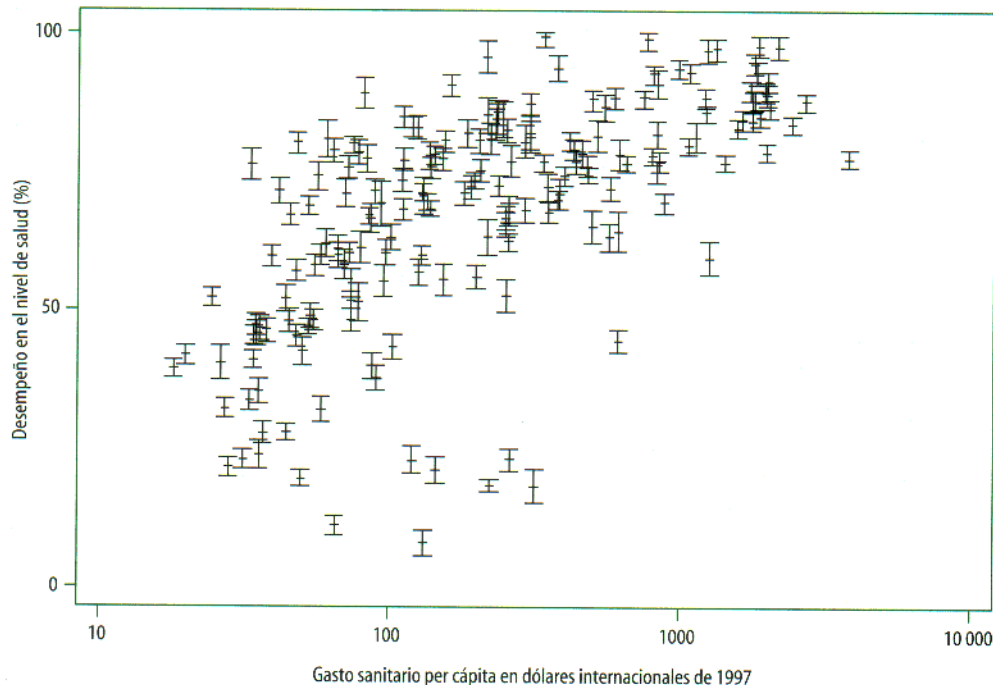
¹ Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford: Oxford University Press for the World Bank and the World Health Organization; 2000.

de las enfermedades relacionadas con el tabaco producen el efecto contrario y hacen que alcanzar determinado nivel de salud sea más difícil que en 1900.

La pregunta que cabe hacer en relación con cualquier sistema de salud en la actualidad es: habida cuenta del capital humano de un país y los recursos dedicados a su sistema de salud, ¿cuánto se ha acercado a lo máximo que cabe esperar de este? Relacionando de esta forma los resultados con los logros mínimo y máximo previstos y con el uso de recursos económicos se define el indicador general del *desempeño* del sistema: un buen desempeño significa apartarse del logro mínimo y acercarse al máximo. En términos económicos, el desempeño viene a medir la eficiencia: un sistema de salud eficiente logra mucho en relación con los recursos de que dispone. Por el contrario, un sistema ineficiente desperdicia recursos, aun cuando logre un alto nivel de salud, capacidad de respuesta y equidad. En otras palabras, cabría esperar que funcionara aún mejor porque otros países que gastan menos tienen un desempeño comparativamente bueno y países que gastan un poco más obtienen resultados mucho mejores.

En el cuadro 10 del anexo se presentan dos indicadores del desempeño del sistema de salud. El primero se basa solamente en el estado de salud promedio correspondiente a la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD) que se presenta en el cuadro 5 del anexo, y se compara la frontera para ese objetivo solamente con el uso de los recursos y el capital humano de un país. En este caso, los límites superior e inferior entre los cuales se sitúa el desempeño son estrictamente comparables, y el indicador puede compararse con otras estimaciones de lo que determina los resultados sanitarios. Tal como ocurre con los indicadores de logro, estos valores se acompañan de las estimaciones de la incertidumbre correspondientes. La figura 2.6 muestra la distribución estimada del desempeño de todos los países con respecto a la EVAD. Un gasto mayor en salud está asociado con mejores resultados sanitarios, aun cuando el desempeño se juzgue en relación con el gasto,

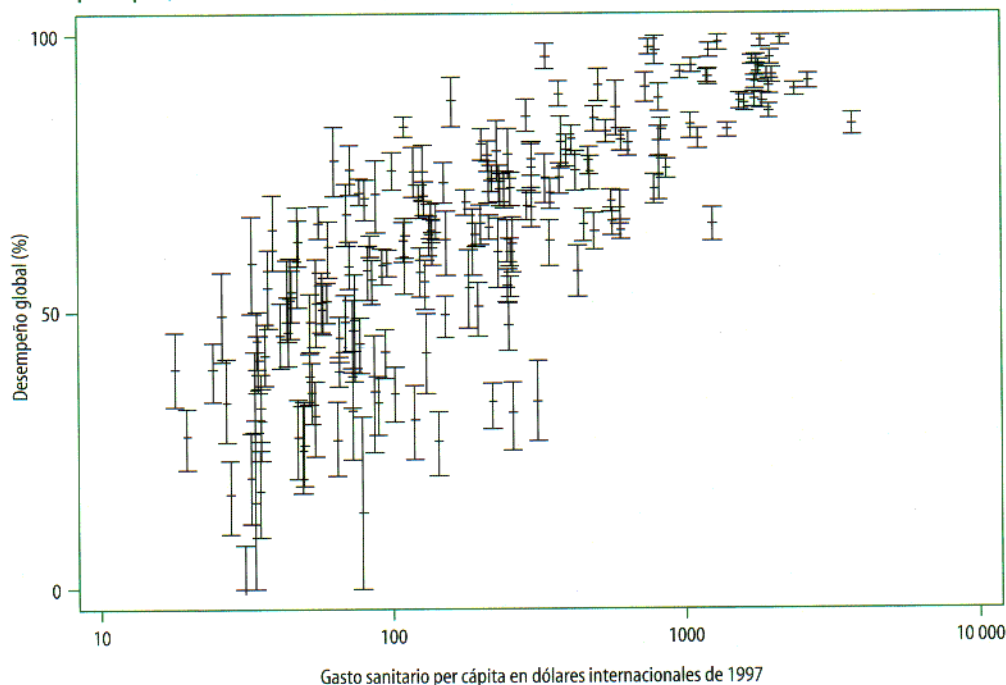
Figura 2.6 Desempeño en el nivel de salud (esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad) con relación al gasto sanitario per cápita; 191 Estados Miembros, 1999



en vez de hacerlo en términos absolutos. Los países muy pobres evidentemente sufren otras desventajas, además del gasto bajo y el bajo nivel de instrucción. Los pocos países donde el gasto es inferior a US\$ 10 por persona al año rara vez parecen alcanzar más del 75% de la esperanza de vida posible, mientras que la mayoría de los países que gastan más de US\$ 1000 alcanzan por lo menos 75% de lo que es posible. Un gasto mayor también se asocia con una menor variación en el desempeño. Se producen variaciones inquietantemente grandes en la esperanza de vida en relación con el gasto y la educación en los niveles bajo y mediano de gasto, en los cuales existe la mayor necesidad de comprender y reducir las diferencias en los logros. Gran parte de la explicación radica en la epidemia de infección por el VIH/sida: los 25 países que en peor situación se encuentran son países africanos con una carga enorme de sida. (En el recuadro 2.5 se explica la razón por la cual no se tuvo en cuenta la epidemia al definir la frontera de lo posible.)

El segundo indicador del cuadro 10 del anexo, basado en el indicador del logro global presentado en el cuadro 9 del anexo, valora el desempeño en relación con la frontera definida para los cinco elementos del logro. Los intervalos en torno a estos valores son mucho mayores que para la EVAD sola debido a la incertidumbre que rodea a los demás componentes. Estos componentes también explican algunos cambios considerables en las posiciones, pero aun así los sistemas que mejor se desempeñan parecen ser los de países relativamente ricos, y los peores son los de países africanos predominantemente pobres. La figura 2.7 presenta la distribución del desempeño global, que muestra una variación ligeramente menor que la figura 2.6: los países con un desempeño deficiente solo en relación con la salud a veces compensan esta deficiencia con un desempeño mejor en lo que concierne a la capacidad de respuesta, el financiamiento o las desigualdades en materia de salud. No obstante, la clasificación de los dos indicadores del desempeño está estrecha-

Figura 2.7 Desempeño global del sistema de salud (todos los logros) con relación al gasto sanitario per cápita; 191 Estados Miembros, 1997



mente relacionada, y son pocos los países que presentan un desempeño mucho mejor con un indicador que con el otro.

El principio de que el sistema debe rendir cuentas del nivel y la distribución del logro de las metas de salud, la capacidad de respuesta y el financiamiento equitativo, siempre en relación con el gasto sanitario, seguirá siendo fundamental en la labor de la OMS para apoyar el desarrollo de los sistemas de salud durante los años venideros. A partir de este número, el *Informe sobre la salud en el mundo* de cada año contendrá más y mejores indicadores de los logros de los países, y gran parte del apoyo de la OMS a los países se centrará en el fortalecimiento de la capacidad local para analizar y mejorar el logro y el desempeño del sistema de salud.

MEJORAR EL DESEMPEÑO: CUATRO FUNCIONES DECISIVAS

La política para mejorar el desempeño exige contar con información sobre los principales factores que lo explican. El conocimiento de los factores determinantes del *desempeño* del sistema de salud, a diferencia de lo que determina el *estado* de salud, sigue siendo muy limitado. El presente informe se centra en algunas funciones universales que desempeñan los sistemas de salud, tal como se indica en la figura 2.1. A tal efecto, se formula la pregunta de lo que significa que esas funciones se desempeñen bien o mal y se señala su relación con las diferencias en el logro entre los países. Esto ayuda a examinar el sistema de salud en general, en vez de partir de los subsistemas, las organizaciones o los programas que lo integran, como suele hacerse en las evaluaciones del desempeño (18).

La función de prestación de servicios es la más conocida, y de hecho todo el sistema de salud suele equipararse a la prestación de servicios. En este caso, la clasificación pone de relieve el hecho de que prestar servicios es algo que el sistema *hace*, y no lo que el sistema *es*. Gran parte de lo que se incluye en la función de financiamiento tiene lugar fuera de lo que generalmente se considera que es el sistema de salud. Esa función es un proceso para recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. Tratar la equidad de las contribuciones financieras como una de las metas intrínsecas del sistema implica encarar dicha función en parte como otra de las tareas que el sistema *realiza*, en vez de recibir dinero pasivamente de otra fuente. El sistema se encarga de recaudar algunos de los fondos directamente, mancomuna todos los que se reúnen, con la excepción de la tributación general, y compra bienes y servicios. Esto significa que el sistema debe rendir cuentas, por lo menos en parte, a la sociedad de la forma en que se obtienen y combinan los recursos, y no solo de la forma en que se usan en última instancia.

Todo sistema de salud realiza algunas inversiones en la generación de recursos, pero a veces se considera que estos también provienen de fuera del sistema. A corto plazo, el sistema puede usar solamente los recursos creados en el pasado y con frecuencia es poco lo que puede hacer para cambiar incluso la forma en que se utilizan. Sin embargo, a largo plazo, el sistema también realiza inversiones y, precisamente porque son de largo plazo, tiene la responsabilidad de invertir con sensatez. Contrastar los logros con el gasto total del sistema podría mostrar que un sistema tiene un desempeño deficiente justamente porque lo que se puede obtener con los recursos de hoy está limitado innecesariamente por la forma en que se invirtieron los recursos en el pasado lejano y reciente.

La cuarta función se denomina *rectoría*, vocablo que se ha elegido en español para traducir *stewardship*, concepto que está bien definido en el diccionario de la lengua inglesa: *gestión cuidadosa y responsable de algo cuyo cuidado se confía a alguien* (19). La gente confía su

cuerpo y su dinero al sistema de salud, que tiene la responsabilidad de proteger el cuerpo y usar el dinero en forma acertada y sensata. El gobierno en particular debe desempeñar esta función rectora porque gasta recursos que la gente debe aportar en forma de impuestos y aseguramiento social, y porque formula muchas de las normas que se cumplen en transacciones privadas y voluntarias. También posee establecimientos que le confían los ciudadanos. Las compañías aseguradoras y los profesionales particulares, en cambio, desempeñan esta función solo en una medida ligeramente restringida, y parte de la tarea del Estado, en su calidad de rector o fideicomisario general del sistema, consiste en velar para que las organizaciones y los actores privados también actúen en forma cuidadosa y responsable. Gran parte de la función rectora consiste en la reglamentación, sea por el gobierno o por órganos privados que regulan a sus integrantes, a menudo de conformidad con normas generales establecidas por aquel. Pero el concepto abarca algo más que la mera reglamentación, y si se hace de manera apropiada tiene una influencia dominante en todos los engranajes del sistema.

Estas funciones pueden identificarse en las estructuras de sistemas de salud que son muy distintos (20, 1). En un extremo se encuentra un sistema en el cual las funciones se combinan en gran medida en una sola organización que recauda, mancomuna y asigna los recursos financieros a un grupo bastante monolítico de proveedores de servicios que son sus propios empleados. El sistema de salud noruego se asemeja a este tipo de estructura, igual que el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido antes de 1990. Un sistema puede tener en cambio un alto grado de segmentación "vertical". Distintas organizaciones, como el ministerio de salud, el fondo de seguridad social, las fuerzas armadas, las organizaciones de beneficencia o las aseguradoras privadas, pueden pagar a sus propios proveedores, recaudar y asignar fondos, y prestar servicios a grupos separados de la población. Los sistemas de salud de gran parte de América Latina se asemejan un poco a este modelo, aunque los pacientes suelen recibir atención de dos o más organizaciones separadas verticalmente. En un sistema podría haber también una integración "horizontal" de cada función —o sea, una sola organización que la desempeñe—, pero una organización diferente para cada función. No hay ningún sistema que corresponda cabalmente a este modelo, porque nunca hay un solo bloque de proveedores, a menos que formen parte de un sistema plenamente integrado. Sin embargo, algunos sistemas, como el de Chile, separan la recaudación y mancomunación de una gran parte de los recursos y emplean una gran cantidad de proveedores en una sola organización. En el extremo opuesto a una organización monolítica se encuentra un sistema con instituciones separadas que recaudan fondos y pagan a los proveedores de conformidad con múltiples arreglos de prestación de servicios en los cuales unos pocos proveedores "pertenecen" a la institución que proporciona financiamiento. El sistema de Colombia, tras las reformas introducidas a partir de 1993, se asemeja un poco a este modelo.

En los capítulos 3, 4, 5 y 6 se abordan las principales características de cada una de las cuatro funciones (prestación de servicios, inversiones, financiamiento y rectoría) y algunos factores que influyen en el desempeño, y se examinan las modalidades vigentes en países con distintos niveles de ingresos. La función de financiamiento evidentemente es la más importante para la meta de la equidad en el pago del sistema, pero la forma en que se desempeña influye también en los resultados sanitarios e incluso ejerce algún efecto en la capacidad de respuesta. La función de prestación de servicios está ligada sobre todo a los resultados sanitarios, pero también influye mucho en la capacidad de respuesta. La función rectora, por su parte, influye en todo.

REFERENCIAS

1. Murray CJL, Frenk J. *A WHO framework for health system performance assessment*. Geneva: World Health Organization; 1999. (GPE Discussion Paper No. 6).
2. Roemer MI. *National health systems of the world*. New York: Oxford University Press; 1991.
3. Centers for Disease Control and Prevention, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud, Pan American Health Organization. *Public health in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1999. (Documento inédito).
4. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
5. Acheson D, et al. *Independent inquiry into inequalities in health*. London: The Stationery Office; 1998.
6. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine* 1994;39(6):767–780.
7. Bassett MT, Bijlmakers L, Sanders DM. Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Social Science and Medicine* 1997;45(12):1845–1852.
8. Hurst J. Challenges to health systems in OECD countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6). (En prensa).
9. Donelan K, et al. The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Affairs* 1999;18(3):206–216.
10. King S. Vaccination policies: individual rights v. community health. *British Medical Journal* 1999;319:1448–1449.
11. de Silva A. *A framework for measuring responsiveness*. Geneva: World Health Organization, Global Programme on Evidence for Health Policy; 1999. (Documento inédito).
12. Fabricant S, Kamara C, Mills A. Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone. *International Journal of Health Planning and Management* 1999;14:179–199.
13. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC: Economic Development Institute of The World Bank; 1995.
14. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva: World Health Organization; 1998. (Current Concerns, ARA Paper No. 16, document WHO/ARA/ CC/ 98.1).
15. Friedman M. *Theory of the consumption function*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1957.
16. Bevan A. *In place of fear*. London: Heinemann; 1952.
17. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical Care* 1982;20:975–992.
18. Cumper GE. *The evaluation of national health systems*. Oxford: Oxford University Press; 1991.
19. *Merriam-Webster's deluxe dictionary*. Pleasantville, New York/Montreal: Reader's Digest; 1998.
20. Murray CJL, Kreuser J, Whang W. Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 1994;72(4):663–674.

