



TENDENCIAS  
Y RETOS  
DE LA  
ACCIÓN  
SANITARIA  
MUNDIAL



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
GINEBRA

## **TENDENCIAS Y RETOS DE LA ACCIÓN SANITARIA MUNDIAL**

### **INFORME DE LA SECRETARÍA**

1. Los resultados sanitarios difieren mucho en el mundo, incluso entre países con niveles de ingresos parecidos. Esa variación obedece en parte al rendimiento del sistema de salud, ya que las diferencias en su diseño, contenido y gestión se traducen en resultados diferentes. Es indispensable que las instancias decisorias en todos los niveles comprendan esta variación si se quiere mejorar el rendimiento del sistema y, por ende, la salud de la población.
2. Sin embargo, mejorar la salud de la población no consiste simplemente en prestar cada vez más servicios de salud. El sistema de salud puede definirse como el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la acción sanitaria. La acción sanitaria se define como todo esfuerzo, ya sea en el sector de la atención de salud personal, en el sistema de servicios sanitarios no personales o a nivel intersectorial, cuyo objetivo primario es mejorar la salud de la población.

## Metas de los sistemas de salud

3. Esta noción de sistema de salud amplía el enfoque tradicional, centrado en los servicios de atención sanitaria personal. En la **figura 1**, el sistema de salud aparece como uno más de los distintos sistemas sociales y de las metas que las sociedades intentan alcanzar. Cada sistema tiene una meta definidora en relación con su actividad básica: en el sistema educativo es educar a la población, en el sistema sanitario, mejorar la salud.

Fig. 1. **Metas y sistemas sociales**

Metas sociales	Sistemas sociales					
	Educativo	Sanitario	Económico	Político	Cultural	Otros
Educación						
Salud						
Consumo						
Participación democrática						
Conocimientos						
Otras						
Capacidad de respuesta						
Equidad en la financiación						

WHO 99463

4. Además de esas metas definidoras, todos los sistemas comparten dos metas comunes, que son las que aparecen en las dos últimas líneas de la figura. La primera es la capacidad de respuesta a las legítimas expectativas de la población. Los ciudadanos tienen, respecto de su interacción con cada sistema, expectativas que trascienden la simple meta definidora; una de ellas es ser tratados con dignidad y respeto.

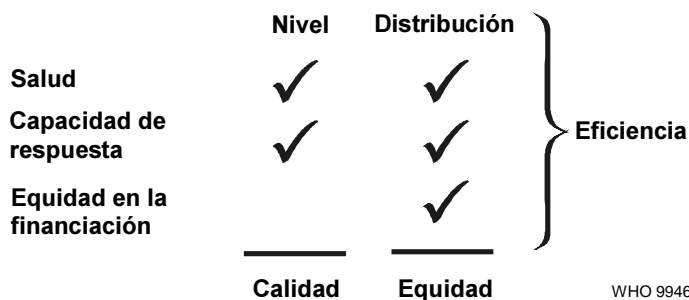
## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

5. La segunda meta es la equidad en la financiación. En el caso de la salud, se trata de un concepto algo diferente del buen aprovechamiento de los fondos en el mercado, porque también abarca el deseo de evitar el empobrecimiento propio o de un miembro de la familia a causa de la enfermedad. En el caso de la salud, la equidad exige cierto grado de mancomunación de riesgos.

6. El logro de esas metas del sistema de salud también tiene repercusiones en los otros sistemas, y viceversa, como se observa en cada una de las columnas. Por ejemplo, los resultados positivos del sistema sanitario - las mejoras de la salud - pueden propiciar el logro de las metas en materia de educación, impulsar el crecimiento económico y la participación política, y viceversa. La importancia de esas metas intersectoriales ha sido destacada por la Directora General en numerosas declaraciones sobre la importancia de mejorar la salud como motor del crecimiento económico.

7. Para que los sistemas sanitarios mejoren la salud, la vigilancia del rendimiento debe centrarse en el estado de salud, en la capacidad de respuesta y en la equidad en la financiación. En la **figura 2** se ilustra el marco de esas tres metas. En primer lugar, alcanzar las metas del estado de salud significa mejorar la salud promedio de la población. Además, como la mala salud afecta desproporcionadamente a determinados sectores o grupos de la sociedad, también es importante reducir las desigualdades en materia de salud.

Fig. 2. **Metas del sistema de salud**



WHO 99464

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

8. En segundo lugar, respecto de la capacidad de respuesta, la meta, como en el caso de la salud, es doble: aumentar el nivel promedio de la capacidad de respuesta del sistema de salud y reducir las desigualdades en esa capacidad de respuesta. Por último, en lo que concierne a la equidad en la financiación y la protección contra riesgos financieros, el concepto clave es el de distribución, entre todos los hogares.

9. Para completar este marco conceptual, las metas se traducen en calidad, equidad y eficiencia. Estos conceptos, que a menudo se consideran centrales para la vigilancia del rendimiento del sistema de salud, pueden ahora cuantificarse de manera coherente: los niveles de salud de la población y de capacidad de respuesta del sistema abarcan la calidad, la distribución de los tres factores comprende la equidad, y el resultado de esos cinco elementos como función de los recursos invertidos en el sistema de salud describen la eficiencia.

10. Este marco conceptual constituye una base para calcular el rendimiento del sistema, es decir, investigar si los sistemas de salud han logrado alcanzar esas metas. Como primer paso, en los párrafos que siguen se examinarán las tendencias actuales y futuras del estado de salud, y a continuación la eficacia del sistema de salud en el logro de las tres metas. Por último, se abordarán los determinantes clave de la variación en el rendimiento del sistema de salud.

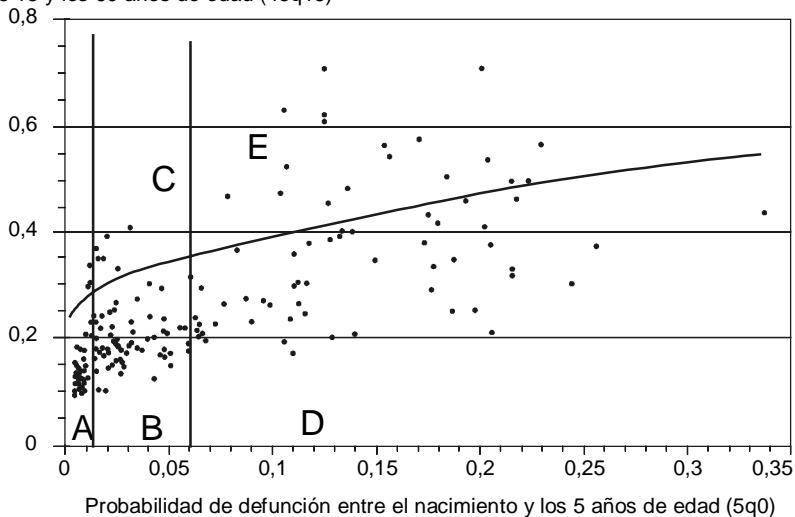
## Estado de salud

11. Los datos sobre la mortalidad son útiles como primer paso para describir la situación sanitaria actual del mundo. La **figura 3** presenta un trazado de la mortalidad masculina mundial, con la probabilidad de defunción entre el nacimiento y los cinco años de edad (5q0) en el eje de abscisas y la probabilidad de defunción entre los 15 y los 60 años de edad (45q15) en el eje de ordenadas. La figura muestra 45q15 para los varones, porque la variación entre países del patrón de la mortalidad masculina es considerablemente mayor que

el de la mortalidad femenina, que guarda una relación mucho más estrecha con los niveles de mortalidad infantil. La figura resultante agrupa a los países en cinco categorías.

**Fig. 3. Mortalidad infantil y adulta masculina, por países, con indicación de los grupos de mortalidad [regiones de mortalidad]**

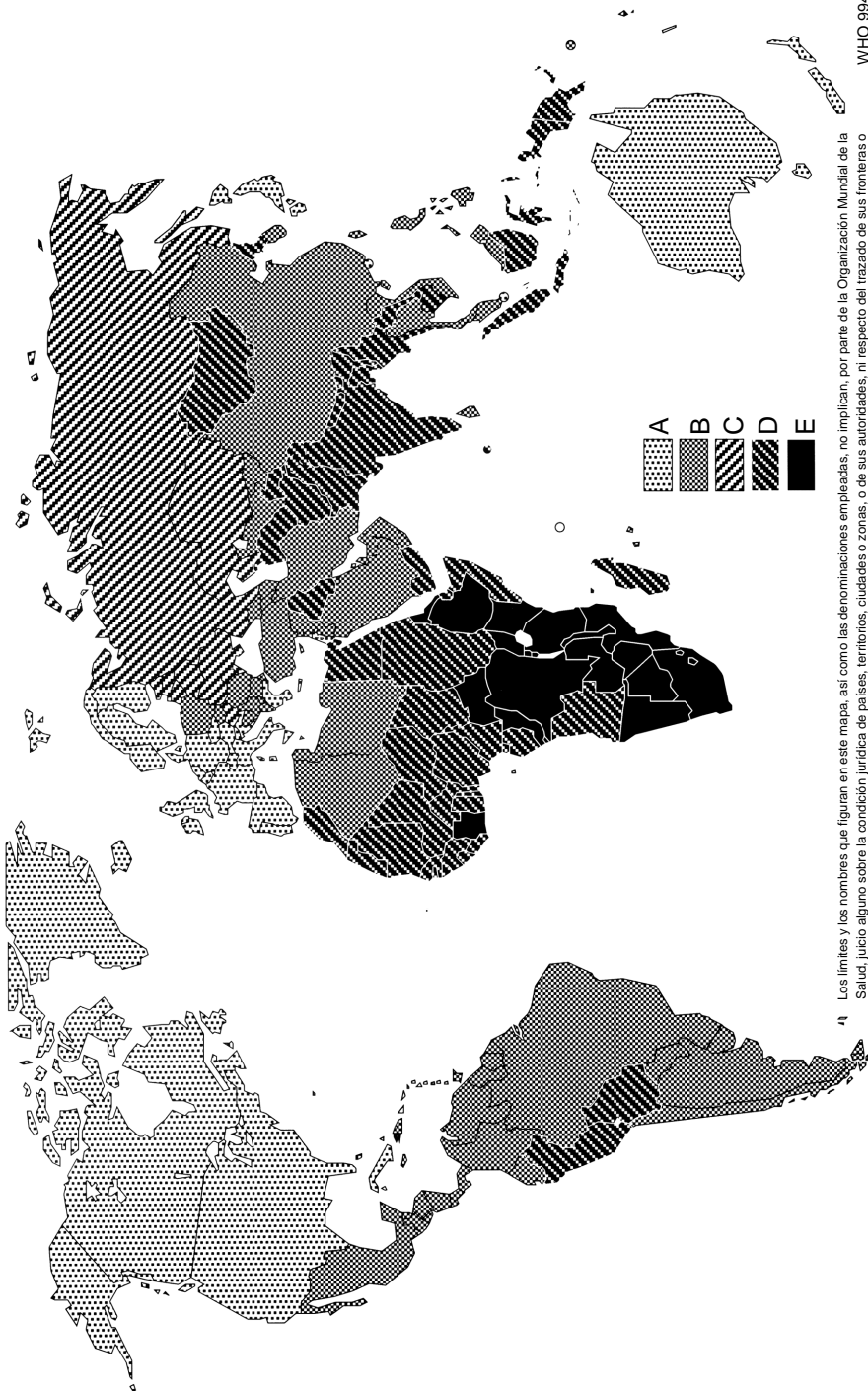
Probabilidad de defunción de varones entre los 15 y los 60 años de edad (45q15)



WHO 99456

12. En el mapa de la **figura 4** se establece una clasificación de los países en cinco regiones de mortalidad. Al grupo A pertenecen los países con un nivel bajo de mortalidad infantil y de mortalidad adulta masculina y femenina: el Canadá, los Estados Unidos de América, la mayoría de los países de Europa occidental y central, Australia, Nueva Zelanda y el Japón. Al grupo B pertenecen los países con un nivel intermedio de mortalidad infantil y adulta, que son principalmente los de América Latina, la Región del Mediterráneo Oriental, algunas partes de Asia Sudoriental y China.

Fig. 4. Regiones de mortalidad



41 Los límites y los nombres que figuran en este mapa, así como las denominaciones empleadas, no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. En los mapas, las líneas discontinuas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

13. Los países del grupo C tienen el mismo nivel de mortalidad infantil que los del grupo B, pero un nivel mucho más elevado de mortalidad adulta masculina. Estos países están situados en Europa oriental y Asia central. Los países del grupo D, situados en Asia y en el África subsahariana, tienen niveles elevados de mortalidad infantil y adulta. Los países del grupo E, todos en el África subsahariana, tienen unos niveles extremadamente altos de mortalidad adulta masculina y, en su mayoría, unos niveles sumamente elevados de mortalidad femenina, atribuible en gran parte al SIDA.

14. Como complemento de esta instantánea de la situación actual, las tendencias de la mortalidad son también importantes para entender el estado de salud del mundo. La mortalidad ha disminuido en todo el mundo, tanto la infantil como la de adultos, pero parece que la heterogeneidad de las tasas de disminución va en aumento, registrándose una inversión de esa disminución en algunas de las partes más pobres del mundo. Por ejemplo, en la **figura 5** se observa un estancamiento de la disminución de la mortalidad infantil (5q0) en Côte d'Ivoire y Sudáfrica.

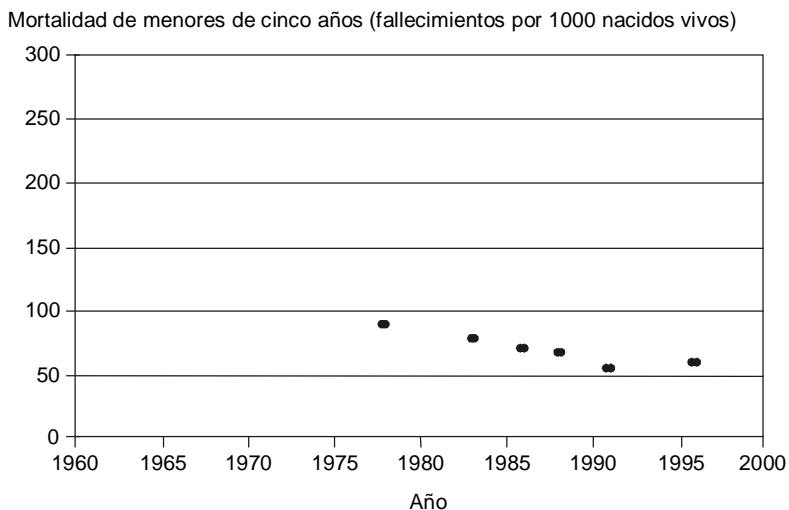
15. La figura muestra asimismo las tendencias de la mortalidad infantil en los dos países más poblados del mundo, China y la India. La última información de que se dispone sobre China que no es muy reciente, indica que la disminución de la mortalidad infantil se frenó de mediados a finales de los años ochenta. En la India, la mortalidad infantil sigue disminuyendo, pero a un ritmo más bien lento.

16. Esta heterogeneidad de las tendencias de la mortalidad infantil es un reflejo de la que se observa en las de la mortalidad de adultos. En la **figura 6** se muestran ejemplos de cuatro países. Los datos de la Federación de Rusia revelan que la tendencia creciente de la mortalidad se ha invertido recientemente; en los Estados Unidos de América, donde la mortalidad adulta masculina se había estancado por más de un decenio, los dos últimos años han arrojado una con-

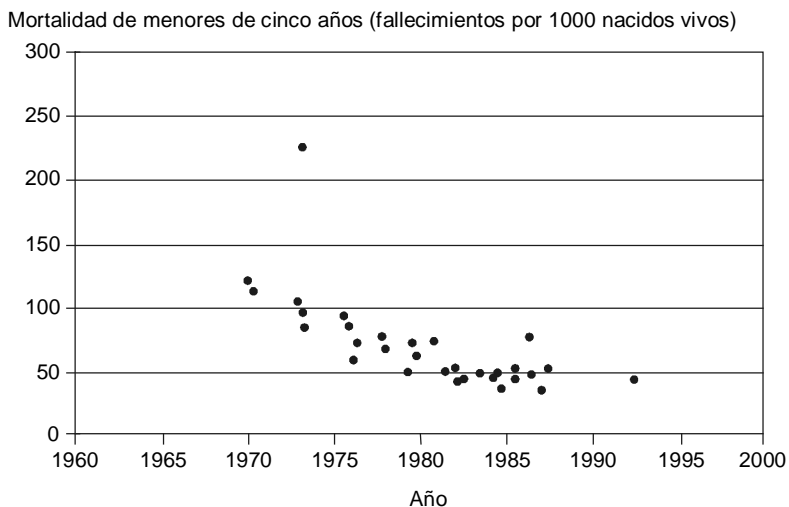


Fig. 5. Tendencias de la mortalidad de menores de cinco años, 1960-1996\*

### Sudáfrica



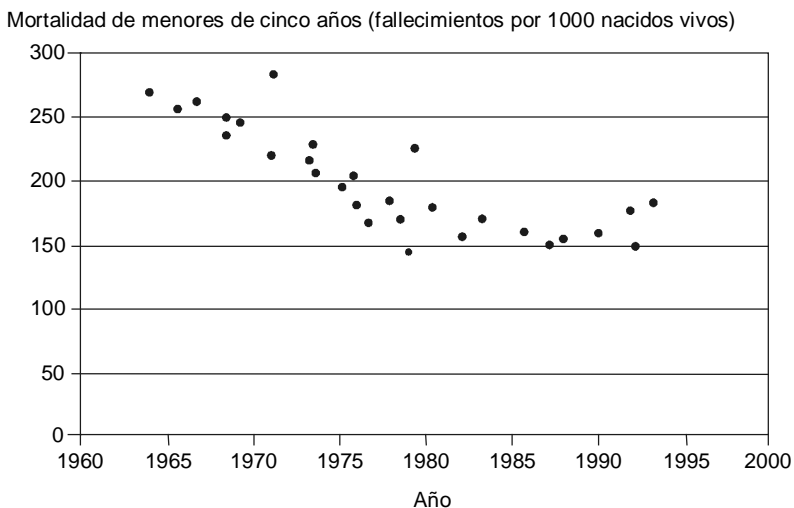
### China



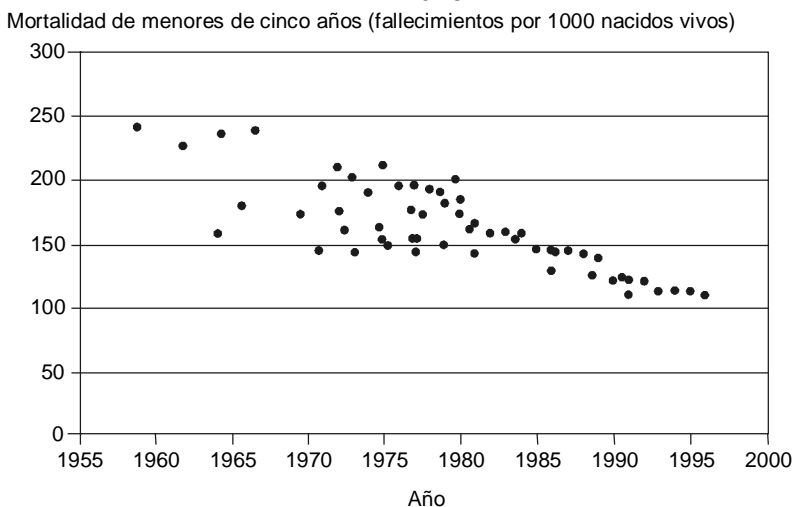
\* Los distintos puntos que figuran en algunas partes de la escala temporal representan datos extraídos de fuentes diferentes.

Fig. 5. Tendencias de la mortalidad de menores de cinco años, 1960-1996\*

### Côte d'Ivoire



### India

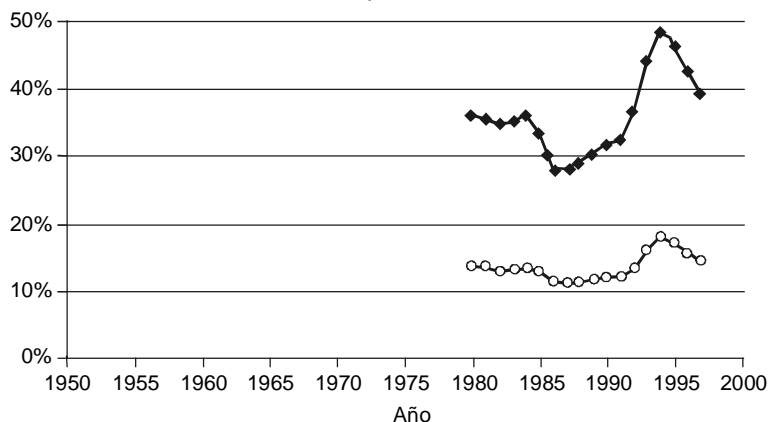


\* Los distintos puntos que figuran en algunas partes de la escala temporal representan datos extraídos de fuentes diferentes.

Fig. 6. Probabilidad de defunción entre los 15 y los 60 años de edad, por sexo, en determinados países

### Federación de Rusia

Probabilidad de defunción entre los 15 y los 60 años de edad



### Estados Unidos de América

Probabilidad de defunción entre los 15 y los 60 años de edad

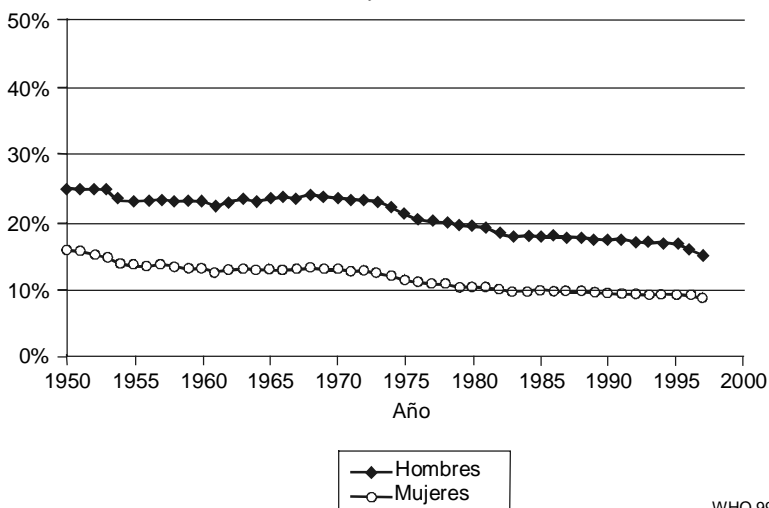
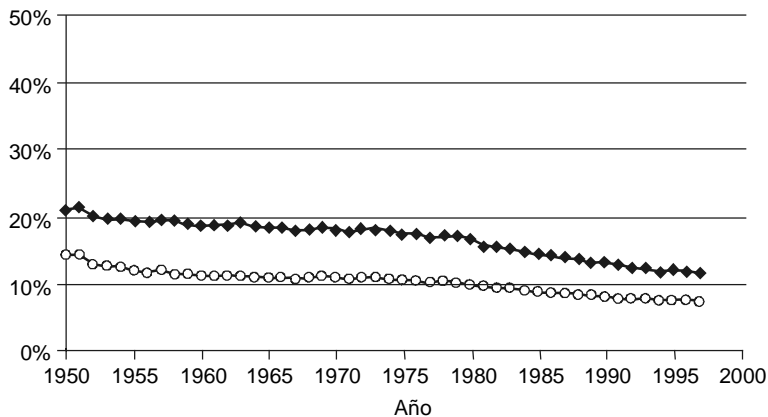


Fig. 6. Probabilidad de defunción entre los 15 y los 60 años de edad, por sexo, en determinados países

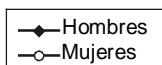
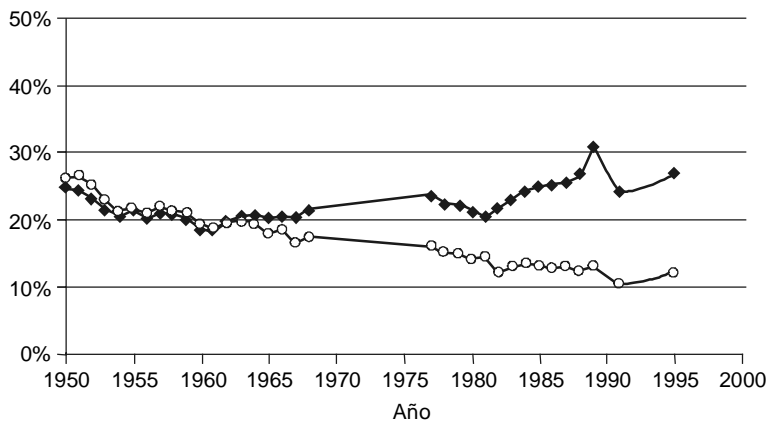
## Reino Unido

Probabilidad de defunción entre los 15 y los 60 años de edad



## Sri Lanka

Probabilidad de defunción entre los 15 y los 60 años de edad



WHO 99457/b

siderable disminución, que se ha atribuido a la eficacia de la triterapia para reducir la mortalidad por SIDA. En cuanto al Reino Unido, la disminución porcentual de la mortalidad en los últimos dos decenios ha sido más bien espectacular, resultado que no se ha observado uniformemente entre los países europeos, ni siquiera entre los de ingresos altos. Por último, en la figura se observa también la evolución poco común de Sri Lanka, donde la mortalidad adulta femenina comenzó a disminuir considerablemente en los años setenta y ochenta, pero no así la mortalidad masculina, lo que creó una situación de marcada y progresiva diferencia entre la mortalidad de hombres y mujeres.

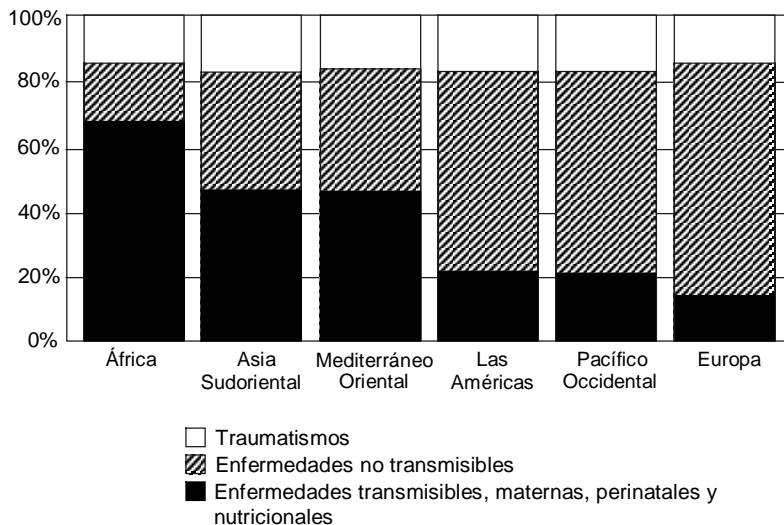
17. Por cierto, la mortalidad sola no basta para determinar el estado de salud; hay que captar la experiencia completa de la población en materia de salud mediante la aplicación de lo que la OMS denomina estadísticas descriptivas de la salud de la población. En la publicación anual de la OMS *Informe sobre la salud en el mundo* se usan ampliamente dos estadísticas descriptivas de la salud de la población. La primera es la esperanza de vida, calculada como la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad. Esta estadística incorpora no sólo la mortalidad prematura sino también el tiempo pasado en estados de salud inferiores a la salud plena. La comparación entre la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad y la esperanza de vida constituye una medida del tiempo que se pasa en estados de salud que son inferiores a la salud plena y de la gravedad de esas pérdidas de salud.

18. De manera análoga, las mermas de salud - medidas que comparan el nivel de salud logrado en una población con cierta meta normativa para esa población - arrojan información acerca de las principales causas de la carga de morbilidad, en términos de enfermedades y de factores de riesgo. En la **figura 7** se muestran las mermas de salud en cada una de las regiones de la OMS, descritas en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad y desglosadas en tres grandes grupos de causas: enfermedades

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

transmisibles, maternas y perinatales; enfermedades no transmisibles; y traumatismos.

Fig. 7. Distribución de AVAD, por causas y regiones de la OMS, en 1998



WHO 99454

19. En las Regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental, la carga de morbilidad por causas no transmisibles eclipsa la provocada por causas transmisibles. En las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Asia Sudoriental, las enfermedades transmisibles van siendo cada vez más importantes, y en la Región de África constituyen el factor principal de la carga de morbilidad. La fracción atribuible a los traumatismos, que figura en la parte superior de cada columna, varía sustancialmente entre las regiones. En el **cuadro 1**, basado en las estimaciones del *Informe sobre la salud en el mundo 1999*, figuran las diez causas principales de la merma de la salud, calculadas también en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad. Las tres primeras son importantes causas de mortalidad infantil en las regiones pobres del mundo. La causa número 4 es el VIH/SIDA, lo que refleja el enorme incremento de la carga de morbilidad por el VIH en el último decenio. La causa número 5, la

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

depresión unipolar grave, destaca el hecho de que esta medida, que refleja fenómenos mortales y no mortales, da lugar a una evaluación de los problemas de salud que es diferente de la que se centra exclusivamente en la mortalidad. La causa número 6 es la cardiopatía isquémica, seguida de la enfermedad cerebrovascular, en el séptimo lugar. El paludismo es la octava causa principal de la carga de morbilidad mundial, seguido de los accidentes de tráfico y de la tuberculosis.

Cuadro 1. Las diez causas principales de AVAD, 1998

Graduación	Causa	Porcentaje de AVAD mundial
1	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	6,0
2	Trastornos perinatales	5,8
3	Enfermedades diarreicas	5,3
4	VIH/SIDA	5,1
5	Depresión unipolar grave	4,2
6	Cardiopatía isquémica	3,8
7	Enfermedad cerebrovascular	3,0
8	Paludismo	2,8
9	Accidentes de tráfico	2,8
10	Tuberculosis	2,0

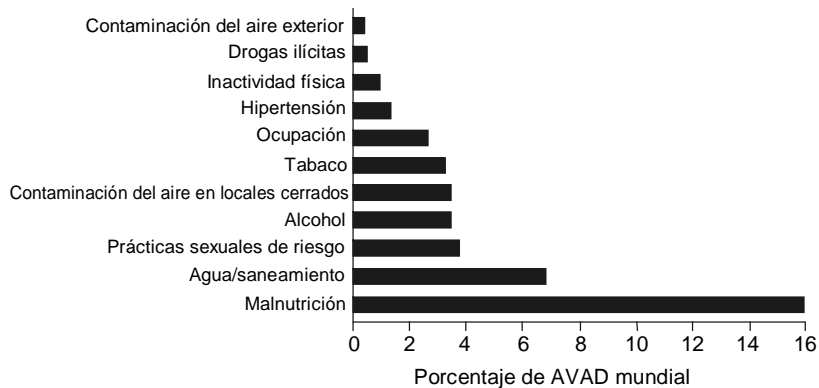
WHO 99466

20. La **figura 8** establece una clasificación de los 11 factores de riesgo principales que contribuyen a la carga de morbilidad mundial. Los factores de riesgo más importantes son la malnutrición infantil y las deficiencias en materia de agua y saneamiento, que corresponden a una marcada carga de morbilidad, particularmente en los países menos adelantados. Las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de alcohol, la contaminación del aire en locales cerrados, el consumo de tabaco y la exposición ocupacional constituyen cinco factores de riesgo que representan cada uno entre el 3% y el 4% de la carga de morbilidad mundial. El efecto principal del abuso de alcohol es la discapacidad, no la mortalidad. La contaminación del aire en locales

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

cerrados es una causa importante de mortalidad infantil por infecciones respiratorias en las regiones pobres del mundo. El consumo de tabaco sigue aumentando, lo que significa que se incrementará su impacto en la carga de morbilidad. La exposición ocupacional, la hipertensión, la inactividad física, el consumo de drogas ilícitas y la contaminación del aire exterior, aunque tengan un menor impacto en la salud, revisten particular importancia en distintas partes del mundo.

Fig. 8. **Carga de morbilidad por determinados factores de riesgo, 1995**



WHO 99455

21. Tras un vistazo rápido a las tendencias de los indicadores sanitarios y a algunas de las causas actuales de la carga de morbilidad, tanto en términos de enfermedades como de factores de riesgo, es importante mirar hacia el futuro. Muchas decisiones de política, como las inversiones en capital humano, infraestructura física y actividades de investigación y desarrollo, deben prever los futuros desafíos en materia de salud. Consciente de la importancia crucial de adoptar una política orientada hacia el futuro, la OMS ha invertido considerablemente en fortalecer la capacidad para trabajar con los Estados Miembros en la elaboración de escenarios de salud futuros.



## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

22. En el **cuadro 2** se ilustra un escenario de salud para el año 2020, construido mediante la modelización y fundamentado en la base científica de los niveles y tendencias de los determinantes clave de la salud, utilizando los años de vida ajustados en función de la discapacidad para medir la merma de salud proyectada. Se prevé que las causas principales de la carga de morbilidad mundial pasarán de un modelo dominado por las enfermedades transmisibles causantes de mortalidad infantil en las regiones pobres a otro dominado por las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. Según las proyecciones, las causas principales serán la cardiopatía isquémica, la depresión y los accidentes de tráfico, seguidas de la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva, y de las infecciones de las vías respiratorias inferiores, la tuberculosis, posiblemente la guerra, las enfermedades diarreicas y el VIH/SIDA.

**Cuadro 2. Las diez causas principales de AVAD, 2020**

Graduación	Causa	Porcentaje de AVAD mundial
1	Cardiopatía isquémica	5,9
2	Depresión unipolar grave	5,7
3	Accidentes de tráfico	5,1
4	Enfermedad cerebrovascular	4,4
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4,1
6	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3,1
7	Tuberculosis	3,1
8	Guerra	3,0
9	Enfermedades diarreicas	2,7
10	VIH/SIDA	2,6

WHO 99467

23. Cinco determinantes, o al menos riesgos, clave del previsto cambio en la salud son suficientemente importantes como para dedicarles una nota especial. El primero es el tabaco, importante factor de riesgo al final del siglo XX, y probablemente hasta bien entrado el siglo XXI. El segundo es el VIH/SIDA, que seguirá provocando una creciente mortalidad infantil y adulta en las regiones

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

críticas durante el próximo decenio. El tercero y cuarto son el envejecimiento de la población mundial y el aumento de la edad promedio de la población en todas las regiones del mundo. Este cambio en la edad de la población alterará profundamente la combinación de problemas de salud que habrá que abordar y es el resultado de dos determinantes: los niveles cambiantes de fecundidad y los niveles cambiantes de mortalidad.

24. La fecundidad reviste particular importancia porque las proyecciones de las Naciones Unidas indican que el déficit de fecundidad puede convertirse en la norma para un creciente número de países. El cambio en la mortalidad se expresa en el aumento de la esperanza de vida, que se manifestará en un espectacular incremento del número de personas de 65 años o más. El quinto factor es la expectativa de una disminución futura, potencialmente acelerada, de la mortalidad infantil a medida que los adelantos científicos de la biología molecular se traduzcan en tratamientos eficaces para las enfermedades transmisibles.

## Desigualdades en salud

25. Los niveles promedio de salud, aun siendo tan importantes, no bastan por sí solos para medir el rendimiento del sistema de salud. También reviste importancia decisiva la distribución de la salud dentro de los países, es decir, el grado de desigualdad en salud.

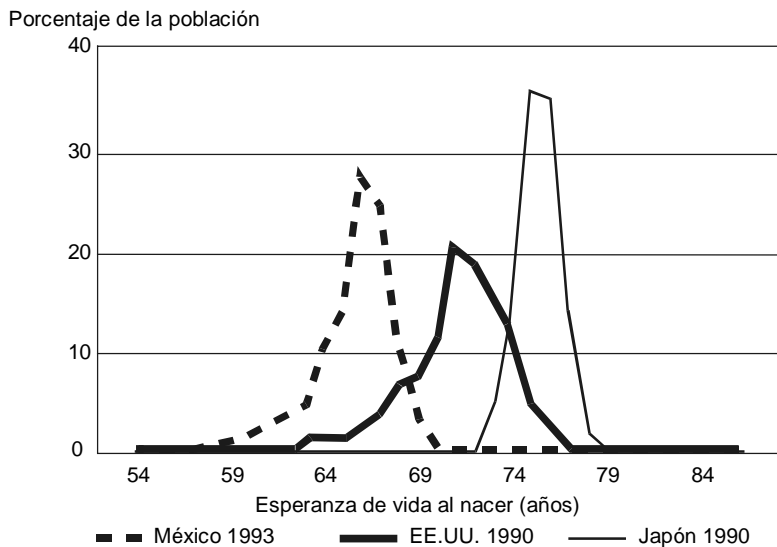
26. Para calcular las desigualdades en salud se puede proceder de dos maneras. Por una parte, puede agruparse a la población de un país según determinantes tales como los ingresos, el nivel de instrucción y el origen étnico; a continuación se calculan y comparan los indicadores de salud clave de cada grupo, como la tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida y la prevalencia de trastornos importantes.

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

27. Otra posibilidad es examinar directamente la variación considerando la escala continua de un indicador sanitario; por ejemplo la mortalidad infantil puede variar en un factor de 40, pasando del 200 por 1000 para las personas del nivel socioeconómico más bajo al 5 por 1000 para las del nivel socioeconómico más alto. Ambos enfoques se basan en la noción de que las diferencias en salud revisten interés sólo si están en correlación con algún otro componente del bienestar, como los ingresos, el nivel de instrucción o la clase social. La OMS cree que las diferencias en salud son importantes de modo intrínseco, y no sólo si se hallan en correlación con otros factores socioeconómicos, simplemente porque la salud es un componente intrínseco del bienestar. Con objeto de reflejar esta preocupación por la salud por sí misma, la OMS ha impulsado la elaboración de medidas para determinar en toda su amplitud las desigualdades en salud existentes en una población.

28. Si bien los dos enfoques mencionados arrojan algo de información sobre la desigualdad en salud, se podría obtener más información mediante un estudio de contrastes en áreas pequeñas. Estos contrastes se basan en el cálculo de los indicadores sanitarios de poblaciones pequeñas, creadas mediante la división de un país en poblaciones relativamente homogéneas de, por ejemplo, 10 000 personas. La **figura 9**, basada en los contrastes de áreas pequeñas en México, los Estados Unidos y el Japón, demuestra la sorprendente magnitud de la desigualdad en la salud y de la variación de esa desigualdad entre los países.

Fig. 9. **Distribución de la población por esperanza promedio de vida de los varones al nacer**



WHO 99458

29. El gráfico muestra la distribución de frecuencias de la esperanza de vida de los varones, calculada por áreas pequeñas, para cada uno de los tres países. La esperanza promedio de vida más alta corresponde al Japón y la más baja a México; pero si la graduación se hace en función de la desigualdad, reflejada en la anchura de la distribución, la situación es otra. La desigualdad en salud del Japón es reducida, como se observa en la distribución relativamente alta y estrecha, que indica que la esperanza de vida de los varones es parecida en la mayoría de las áreas. Por el contrario, la distribución en los Estados Unidos es más baja y más ancha, lo que indica una mayor variación de la esperanza de vida entre áreas pequeñas. Desde esta perspectiva, México ocupa un lugar intermedio, con una esperanza promedio de vida más baja que la de los Estados Unidos, pero con una desigualdad menor.

30. La OMS también ha elaborado métodos para calcular la desigualdad en los riesgos de mortalidad infantil y ha identificado algu-

nas poblaciones con niveles bajos de mortalidad infantil pero con una considerable desigualdad, y otras con niveles altos de mortalidad infantil y un grado de desigualdad de intermedio a elevado. Ambos enfoques analíticos ponen de relieve la importancia de tener en cuenta no sólo la salud de las poblaciones sino también la distribución de la salud dentro de las poblaciones.

### Capacidad de respuesta

31. En lo que respecta a las tres metas enunciadas al principio, a saber, mejor salud, capacidad de respuesta y equidad, estos análisis se refieren principalmente a la primera meta, una mejor salud. Llevar a la práctica la idea de la capacidad de respuesta ha significado desbrozar nuevos terrenos, tanto conceptual como metodológicamente.

32. Desde el punto de vista conceptual, la capacidad de respuesta se basa en dos grupos de componentes. El primero, que abarca el respeto a la dignidad individual, a la autonomía personal respecto del tratamiento y a la confidencialidad, describe expresiones de derechos humanos básicos. El segundo grupo de componentes, relativo a la satisfacción con los servicios, incluye aspectos tales como la prontitud de la atención, el acceso a redes de apoyo social, la disponibilidad de servicios básicos en los establecimientos de atención sanitaria y la posibilidad de elegir al dispensador de la atención. Estos siete componentes son importantes, pero hasta hace poco ha sido lento el desarrollo de instrumentos aplicables a distintas culturas y sistemas de atención sanitaria para calcular la capacidad de respuesta.

33. Reconociendo esa necesidad, la OMS está trabajando junto con otros asociados en la elaboración de esos instrumentos. En una serie de países se han llevado a cabo encuestas piloto. Con miras a obtener más información se han hecho encuestas a informantes clave para reunir información comparable sobre el rendimiento del sis-

tema de salud en esas siete esferas. Para asegurar que las mediciones de la capacidad de respuesta en los distintos países sean viables y válidas y para evitar que se produzca la situación de que los pobres estén a menudo más satisfechos que los ricos con unos servicios de calidad inferior, la estrategia de medición básica combinará encuestas basadas en la población con un estudio observacional de la prestación de servicios en los establecimientos de atención sanitaria.

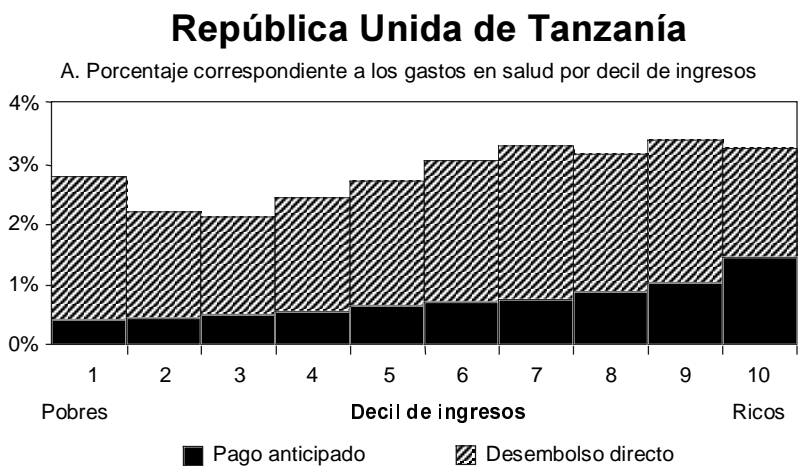
### **Equidad en la financiación**

34. La tercera meta de los sistemas de salud es la equidad en la financiación y la protección contra el riesgo financiero, que se basa en la noción de que todos los hogares deben pagar una proporción equitativa. Qué proporción se considere equitativa dependerá de las expectativas normativas de una población particular respecto de la forma de financiación de los sistemas de salud. Sin embargo, en todos los países, la equidad en la financiación abarca dos aspectos fundamentales: a) la mancomunación de los riesgos de los sanos y los enfermos y b) la distribución del riesgo entre los distintos niveles de riqueza y de renta. La mancomunación de riesgos denota la premisa de que con las contribuciones de los que están sanos se paga la asistencia de los enfermos, de manera que cuando una persona cae enferma no resulte afectada por la doble carga de la enfermedad y de los costos financieros de la asistencia sanitaria. Es probable que toda persona se beneficie a lo largo de su vida de la seguridad financiera que entraña la mancomunación de riesgos cuando cae enferma. La distribución del riesgo es un concepto análogo, pero se refiere a la premisa de que la equidad no significa una contribución igual por parte de todos, independientemente de la renta o la riqueza, sino que entraña una contribución mayor por quienes tienen más. En términos prácticos, la incorporación de esas nociones de equidad en la financiación está encaminada a prevenir el empobrecimiento financiero de los hogares cuando uno de sus miembros cae enfermo.

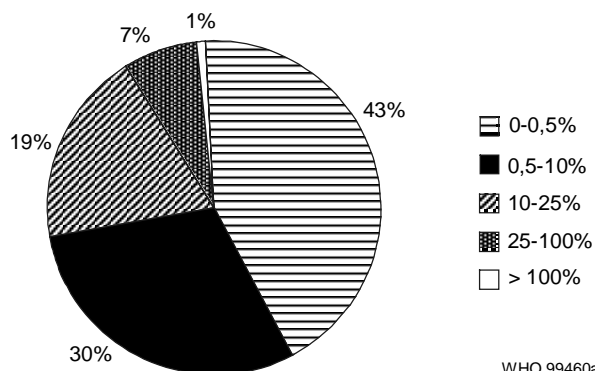
## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

35. Este hecho se demuestra en la **figura 10**, en la que se ilustra la cuantía de los gastos en salud, por hogares, en dos países muy diferentes, la República Unida de Tanzania y Bulgaria. En la escala de la izquierda de los gráficos superiores figura el porcentaje correspondiente a los gastos no alimentarios en salud, por hogares, agrupados por decil de ingresos creciente, con los más pobres a la izquierda y los más ricos a la derecha. En los diagramas circulares se presenta la misma información, pero clasificando los hogares por la proporción correspondiente a los gastos no alimentarios en salud.

Fig. 10a. **Gastos no alimentarios en salud, por hogares, en dos países**

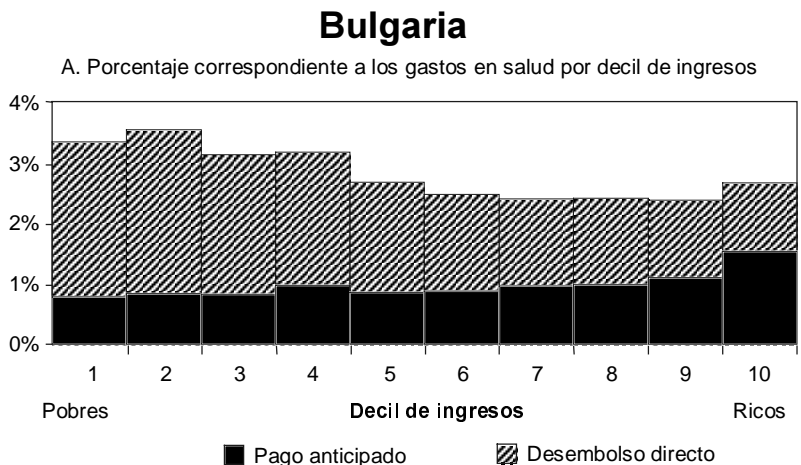


B. Distribución de los hogares por el porcentaje correspondiente a los gastos no alimentarios en salud



WHO 99460a

Fig. 10b. **Gastos no alimentarios en salud, por hogares, en dos países**



WHO 99460b

36. En ambos países, una parte considerable de los hogares gasta en salud más del 25% de los ingresos disponibles, y un número reducido gasta de hecho más del 100%. Los sistemas en que los hogares se ven abocados al empobrecimiento para comprar la atención sanitaria están claramente incumpliendo el objetivo de la equidad en la financiación.



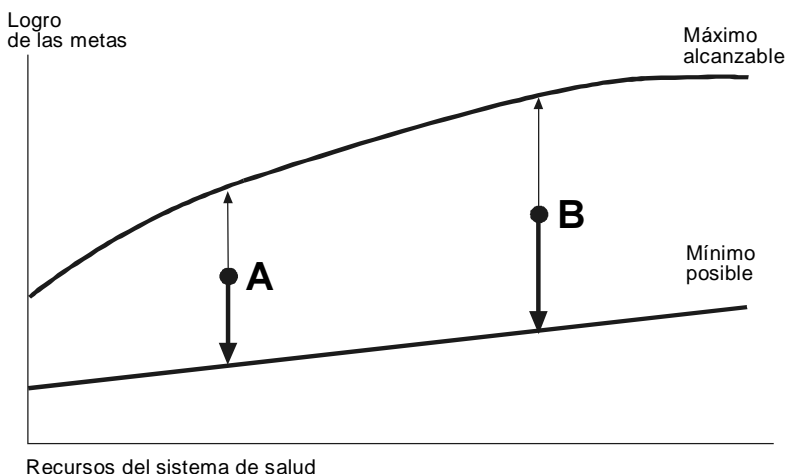
37. La reforma del sistema de salud puede cambiar profundamente la distribución de los gastos no alimentarios que los hogares destinan a la salud. Por ejemplo, antes de la reforma de 1993 de las cotizaciones al seguro en Alemania, las cajas de seguro ajustaban su tasa de cotización según los riesgos para la salud de su población, con el resultado de que las cotizaciones iban del 4%-5% de la renta para algunos hogares hasta el 17% para otros. Las reformas encaminadas a igualar los riesgos entre las cajas de seguro aumentó la equidad, haciendo que las cotizaciones, como porcentaje de la renta de los hogares, fueran menos variables.

### Rendimiento

38. En los párrafos anteriores se ha analizado el marco conceptual de cada una de las tres metas de los sistemas de salud - mejora de la salud, capacidad de respuesta y equidad en la financiación - y se han puesto de relieve algunas cuestiones relativas a su medición, derivadas del hecho de medir tanto la entidad misma como su distribución. Los progresos hacia la consecución de esas metas constituyen un componente crítico del rendimiento del sistema de salud, pero la noción de rendimiento que ahora se propone no se refiere sólo al grado de consecución de las metas, sino también al nivel en que se han alcanzado las metas en comparación con los recursos disponibles para la salud.

39. En la **figura 11** se ilustra este concepto del rendimiento con dos países, A y B. El eje de ordenadas muestra el nivel de consecución de la meta de mejorar la salud, en tanto que el eje de abscisas muestra los recursos del sistema de salud. La línea inferior, o «mínimo posible», es el nivel de salud que se conseguiría con el peor sistema de salud, mientras que la línea superior, o «máximo alcanzable», es el nivel que se conseguiría con el mejor sistema. Dentro de los límites establecidos por el máximo y el mínimo, la población A, a pesar de tener un nivel de salud más bajo que la población B, goza de un rendimiento del sistema equivalente al de la población B.

Fig. 11. Rendimiento: logro de las metas en relación con los recursos



WHO 99459

40. En otras palabras, el rendimiento se mide en función de lo que es alcanzable con un monto dado de recursos destinados a la salud. En términos prácticos, establecer una relación entre el rendimiento y los recursos entraña preguntarse qué recursos están disponibles para la salud. Si bien todos los gobiernos conocen los presupuestos de los ministerios de salud, y a menudo también los presupuestos para la salud que pueden tener otros ministerios, para calcular los recursos disponibles es preciso emprender una tarea más amplia, la de las llamadas cuentas sanitarias nacionales. Estas cuentas intentan identificar todas las fuentes con las que se cubren los gastos del sistema de salud, ya sean el desembolso privado, el seguro privado voluntario, la seguridad social, la imposición general o los organismos donantes.

41. Aprovechando la amplia experiencia de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la OMS ha alentado a los países a que utilicen las cuentas nacionales. La tarea no es indiferente, porque los sistemas de salud constituyen una importante

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

industria, que representa aproximadamente una décima parte del producto económico mundial. Naturalmente, esos recursos están distribuidos de manera muy desigual; la inmensa mayoría se gasta en los países de altos ingresos y una fracción muy pequeña en los países de ingresos bajos y medios, donde actualmente se concentra la mayor parte de la carga de morbilidad mundial.

42. Visto desde otro ángulo, como parte proporcional de las economías nacionales, el gasto en salud va del 2% o incluso menos en algunos países a casi el 15% en las naciones más ricas. Si bien existe una gran variación, a medida que los países son más ricos tiende a aumentar la parte proporcional de la renta nacional destinada a la salud.

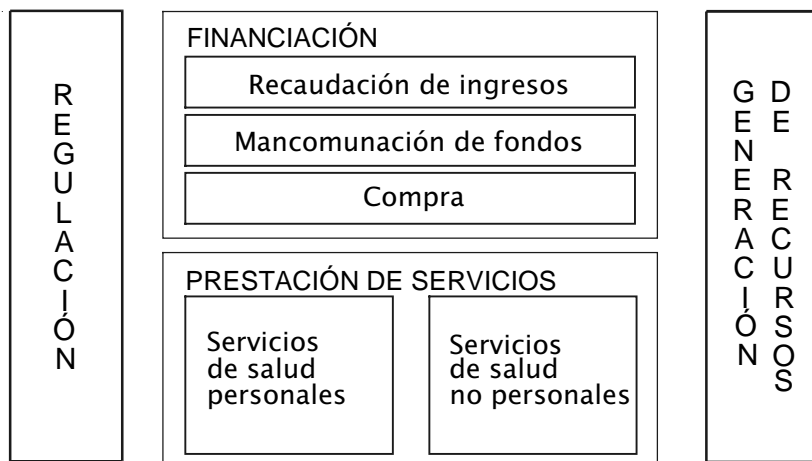
43. ¿Por qué todo esto es importante para la OMS? Sencillamente porque, observando los sistemas de salud y comparando el nivel de logro de las metas con el monto de los recursos invertidos, es posible obtener una evaluación general del funcionamiento de los sistemas. Considérese, a modo de ejemplo, la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad comparada con el nivel de los recursos destinados a la salud. La variación entre los países en esta medida decisiva de la salud de la población respecto de un nivel determinado de recursos para la salud refleja la variación en el rendimiento de los sistemas en lo que concierne a mejorar la salud.

44. La OMS está invirtiendo mucho con vistas a proporcionar a los países los instrumentos que necesitan para evaluar el rendimiento del sistema de salud, y a elaborar puntos de referencia que permitan a los sistemas de salud comparar su rendimiento con el de otros en situaciones parecidas. Sin embargo, esto no es sino un primer paso, porque la variación en el rendimiento sólo pone de relieve la importancia de identificar los determinantes, atributos o características que explican que unos sistemas funcionen mejor que otros.

## Determinantes del rendimiento

45. ¿Por qué varía el rendimiento de los sistemas de salud? Países con unos niveles de recursos relativamente parecidos muestran una gran variación en el logro de las metas. En otras palabras, gastando la misma cantidad, unos países consiguen niveles más altos que otros en lo que respecta a la salud, la capacidad de respuesta y la equidad en la financiación. Los determinantes del rendimiento pueden analizarse a varios niveles, pero la sección siguiente se centrará en la estructura del sistema de salud y en la manera en que se organiza a las instituciones para que ejecuten las funciones del sistema de salud. En la **figura 12** se establecen cuatro funciones primordiales de todo sistema de salud: la regulación, la financiación, la prestación de servicios y la generación de recursos.

Fig. 12. Funciones de los sistemas de salud



WHO 99465

46. Todos los sistemas de salud afrontan la misma cuestión central de política: cómo combinar las instituciones para que desempeñen esas funciones. La respuesta a esta pregunta ha constituido el núcleo del debate sobre la reforma sanitaria. ¿Cuál es el papel del

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

Estado en cada una de esas funciones? ¿Cuál es la mejor combinación entre el sector público y el privado para cada función? ¿Cómo se distribuye la responsabilidad de cada función entre los distintos niveles de gobierno? Las respuestas que dé una sociedad a estas cuestiones de política constituirán el determinante central del rendimiento de su sistema de salud; de ahí que revista importancia capital comprender las funciones clave.

47. En la figura 12, comenzando por el lado izquierdo, se encuentra primero el término «regulación», que comúnmente se utiliza en el sentido de reglamentación. El concepto que aquí se propone, sin embargo, amplía la noción convencional de regulación - establecimiento de normas - para abarcar otros dos componentes: garantizar unas condiciones igualitarias para todos, por ejemplo ofreciendo a los consumidores la información suficiente para orientar sus decisiones en el sistema de salud; y proporcionar una orientación estratégica al sistema de salud en su conjunto.

48. La segunda función es la financiación, que abarca la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y su asignación a actividades específicas del dispensador. La recaudación de ingresos se refiere a la movilización del dinero desde los hogares, las empresas, los gobiernos y los organismos donantes, labor que se lleva a cabo mediante distintos mecanismos, como los desembolsos directos, el seguro voluntario, la seguridad social obligatoria, los impuestos generales, los donativos de organizaciones no gubernamentales y las transferencias de organismos internacionales. Una vez movilizados los fondos, la segunda parte de la función de la financiación consiste en acumular esos ingresos en un fondo común, con objeto de mancomunar los riesgos. Algunas formas de financiación no contienen el elemento de mancomunación, como ocurre con el desembolso directo para pagar cada episodio de atención en el momento en que se presta el servicio.

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

49. En contraste, los sistemas de seguros entrañan la integración de los recursos de los distintos contribuyentes o fuentes con objeto de mancomunar los riesgos y distribuirlos entre toda la población. Un financiamiento más equitativo supone la solidaridad en la financiación, lo cual, a su vez, sólo es posible mediante la mancomunación de riesgos, consistente en que los que gozan de salud en un determinado momento contribuyen a pagar la asistencia de los que están enfermos. Según se desprende de la experiencia de numerosos sistemas de salud, el pago anticipado por conducto de los sistemas de seguros da lugar a una mayor equidad en la financiación.

50. Una vez recaudados y mancomunados, los ingresos se asignan a dispensadores de servicios institucionales o individuales, operación que se describe como «compra» en la figura 12. El término «compra» se utiliza aquí en un sentido amplio, que incluye tanto las compras para intervenciones específicas como los arreglos presupuestarios generales. La lección de política más importante que se puede extraer de las experiencias en materia de compra es que los sistemas de salud funcionan mejor cuando intervienen activamente en la compra de intervenciones de demostrada rentabilidad y aceptación social. Por el contrario, la compra o presupuestación no estructuradas que reflejan las tendencias históricas no tienen en cuenta la rentabilidad efectiva ni la aceptación social de las intervenciones, lo que se traduce en un rendimiento más deficiente.

51. La tercera función del sistema de salud es la prestación de servicios, consistente en la combinación de distintos insumos - recursos humanos, medicamentos e instalaciones - en un proceso de producción cuyo resultado son los servicios de salud. En la mayoría de los sistemas se hace una distinción entre los servicios personales destinados a los individuos, ya sean preventivos, de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación, y los servicios no personales destinados a colectividades - por ejemplo, las campañas de educación - o a elementos no humanos del medio ambiente, como en el caso del saneamiento. Esta distinción es importante porque las con-

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

sideraciones de política difieren en cada caso. Por ejemplo, la prestación de servicios de salud personales corre normalmente a cargo de una combinación mucho más amplia de dispensadores públicos y privados que los servicios de salud no personales, que tienden a ser de responsabilidad del gobierno.

52. Por último, la cuarta función del sistema de salud es la generación de recursos. Los sistemas de salud no se limitan al conjunto de las instituciones que reglamentan, financian o dispensan servicios, sino que también incluyen un variado conjunto de organizaciones que hacen aportaciones a la producción de servicios de salud, en particular recursos humanos, recursos materiales tales como instalaciones y equipo, y conocimientos. Entre esas organizaciones figuran universidades y otras instituciones docentes, centros de investigación, empresas constructoras y una amplia gama de organizaciones que producen tecnologías específicas, como productos farmacéuticos, dispositivos y equipo.

53. A partir de las descripciones de las cuatro funciones y de la manera en que se combinan en un determinado sistema de salud puede describirse la estructura orgánica de ese sistema. Algunos sistemas tienen una marcada integración vertical, de manera que las organizaciones, bien gubernamentales o del sector privado, ejecutan más de una de esas funciones. Por ejemplo, los sistemas de salud pueden estar integrados verticalmente por conducto del ministerio de salud, que puede encargarse de la regulación, la financiación, la prestación de servicios y al menos algunos aspectos de la generación de recursos. Otra posible estructura es la que se observa en los sistemas muy fragmentados de algunos países de América Latina, en que se da una coexistencia de los institutos de seguridad social, el ministerio de salud y el sector privado. Así pues, el seguimiento de las cuatro funciones y de las formas en que se combinan permite establecer comparaciones entre los sistemas en un momento particular y proporcionar información sobre cómo evolucionan los sistemas con el tiempo.

54. En la **figura 13** se muestra el ejemplo de Chile, con una descripción de la estructura orgánica de su sistema de salud en cinco periodos distintos. El primero refleja la situación a comienzos del siglo XX, mientras que el segundo se refiere a las primeras reformas que introdujeron el seguro social en Chile; el tercero corresponde a la unificación de las instituciones públicas en un servicio nacional de salud; el cuarto corresponde a la fragmentación de la mancomunidad de fondos y a una marcada privatización de la función de compra; y el quinto periodo refleja los intentos recientes de aumentar el grado de solidaridad en la financiación del sistema de salud. Estos diagramas muestran la manera en que ha ido cambiando la configuración de las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios. La figura 13 ilustra la importancia relativa de los sectores público y privado para cada función en los cinco periodos. La configuración de esta combinación funcional constituye, como ya se ha dicho, el determinante central del rendimiento del sistema de salud.

55. Además de comparar la evolución de un sistema de salud particular a lo largo del tiempo, también se puede comparar la configuración funcional de varios sistemas en un momento dado. En la **figura 14** se ilustra ese enfoque comparativo con los ejemplos de Bangladesh, Egipto y el Reino Unido.



## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

Fig. 13. Evolución del sistema de salud de Chile

### 1923

Recaudación de ingresos	D	IG	DD
Mancomunación	ONG		SM
Compra			CI
Prestaciones			PP

### 1924-1952

Recaudación de ingresos		IG	DD
Mancomunación	SS	M	SM
Compra		S	CI
Prestaciones			PP

- CI Compra individual
- D Donantes
- DD Desembolso directo
- EG Otras entidades gubernamentales (no centrales)
- FONASA Fondo nacional de salud
- IG Imposición general
- ISAPRE Empresas adquirentes/ seguros de salud privados
- MS Ministerio de Salud o equivalente
- ONG Organizaciones no gubernamentales
- PP Prestadores privados
- SM Sin mancomunación de fondos
- SNS Servicio nacional de salud
- SS Seguridad social

### 1953-1979

Recaudación de ingresos		IG	DD
Mancomunación	SS		SM
Compra		SNS	CI
Prestaciones			PP

WHO 99471/a

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

Fig. 13. Evolución del sistema de salud de Chile

### 1980-1990

Recaudación de ingresos	SS	IG	DD		
Mancomunación	FONASA	ISAPRE		SM	
Compra	SNS			CI	
Prestaciones	EG				PP

CI	Compra individual
D	Donantes
DD	Desembolso directo
EG	Otras entidades gubernamentales (no centrales)
FONASA	Fondo nacional de salud
IG	Imposición general
ISAPRE	Empresas adquirentes/ seguros de salud privados
MS	Ministerio de Salud o equivalente
ONG	Organizaciones no gubernamentales
PP	Prestadores privados
SM	Sin mancomunación de fondos
SNS	Servicio nacional de salud
SS	Seguridad social

### 1991-1997

Recaudación de ingresos	SS	IG	DD		
Mancomunación	FONASA	ISAPRE		SM	
Compra				CI	
Prestaciones	EG	SNS			PP

CI	Compra individual
D	Donantes
DD	Desembolso directo
EG	Otras entidades gubernamentales (no centrales)
FONASA	Fondo nacional de salud
IG	Imposición general
ISAPRE	Empresas adquirentes/ seguros de salud privados
MS	Ministerio de Salud o equivalente
ONG	Organizaciones no gubernamentales
PP	Prestadores privados
SM	Sin mancomunación de fondos
SNS	Servicio nacional de salud
SS	Seguridad social

WHO 99471/b

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

Fig. 14. Estructura orgánica de los sistemas de salud en tres países

### Bangladesh (1996/97)

Recaudación de ingresos	IG	D	DD	Otro
Mancomunación	MS	E G	SM	
Compra			CI	
Prestaciones	MS		PP	

AS Autoridades sanitarias

CI Compra individual

D Donantes

DD Desembolso directo

EG Otras entidades gubernamentales (no centrales)

IG Imposición general

MG Médicos generales (filtros de acceso)

MM Ministerio del Medio Ambiente

MS Ministerio de Salud o equivalente

PP Prestadores privados

SM Sin mancomunación de fondos

### Egipto (1994/95)

Recaudación de ingresos	IG	D	SS	DD	
Mancomunación	M S	E G	SS	SM	
Compra				CI	
Prestaciones	M S	M G	E G	S S	PP

SNS Servicio nacional de salud

SP Seguro privado

SS Seguridad social

### Reino Unido (1994/95)

Recaudación de ingresos	IG	S S	D P	S P
Mancomunación	MS			SM
Compra	AS		M G	CI
Prestaciones	SNS		PP	

## Principales desafíos

56. Si se articulan e investigan las cuatro funciones y sus modalidades de combinación no sólo se entienden los determinantes del rendimiento del sistema, sino también los principales desafíos de política que se desprenden de cada función a medida que los sistemas de salud avanzan en sus procesos de reforma. En lo que respecta a la regulación, que constituye el núcleo de los debates acerca de la función futura del Estado, el desafío principal es fortalecer la capacidad de los ministerios de salud de ofrecer un liderazgo estratégico al sistema de salud. Muchas iniciativas de reforma pretenden modificar la función del Estado para que deje de ser un simple prestador de servicios - a menudo deficientes, de mala calidad y de alto costo - y desarrolle la capacidad de regular todo el sistema de salud y dotarlo de una dirección estratégica.

57. Dentro de la función del financiamiento, el desafío básico en la recaudación de ingresos es ampliar el sistema de pago anticipado, atribuyendo un papel central a la financiación pública o la financiación obligatoria. En el caso de la mancomunación de fondos, la creación de un fondo común lo más amplio posible es decisiva para repartir el riesgo financiero de la atención y así alejar el riesgo individual y el fantasma del empobrecimiento por los gastos en salud. En cuanto a la compra, el principal desafío es elaborar y llevar a efecto mecanismos para asignar recursos a las combinaciones óptimas de intervenciones. Queda todavía mucho por hacer para lograr una sólida base de datos científicos que permita elegir las mejores intervenciones.

58. Como se señaló antes, la distinción entre la prestación de servicios personales y no personales es importante porque las cuestiones de política y los desafíos son diferentes en cada caso. Respecto de los servicios de salud no personales, los desafíos básicos van en la línea de una mayor descentralización, cuando ello aumente la idoneidad de los servicios y la responsabilización en cuanto a los recur-

sos, y de una mejor capacidad de gestión para prestar los servicios. Un aspecto conexo es la necesidad de asegurar que esos servicios adquieran un papel cada vez más destacado en la evolución de los sistemas de salud, particularmente a medida que el Estado reexamine su función en la prestación de servicios de atención personales. Los principales desafíos en lo que respecta a los servicios personales se desprenden de la necesidad de llegar a un equilibrio en cuanto al grado deseable de competencia, de tal manera que la mayor eficiencia no aumente la desigualdad o frene la reducción de la carga de morbilidad. Precisamente por el crecimiento de la prestación privada de servicios, también aumenta la importancia de la regulación como responsabilidad pública básica.

59. Por último, en lo que respecta a la generación de recursos, una cuestión central de política es cómo asegurar la mejor correspondencia posible entre el suministro de insumos y las necesidades del sistema de salud, particularmente en el caso de los recursos humanos para la salud, a fin de garantizar que la mala distribución de los profesionales y de los agentes de salud no aumente las desigualdades existentes.

## Conclusión

60. El presente informe comenzó con la exposición de tres metas de los sistemas de salud, a saber, el mejoramiento de la salud, la capacidad de respuesta y la equidad en la financiación. Cada una de esas metas puede medirse y vigilarse, y juntas constituyen la base para hacer una evaluación general del rendimiento del sistema de salud. Tras establecer una medida del rendimiento, se pasó a investigar el grado de variación de éste, utilizando para ello el marco de cuatro funciones clave - la regulación, la financiación, la prestación de servicios y la generación de recursos - para describir la estructura del sistema de salud. Para mejorarla, es indispensable seguir perfeccionando los instrumentos que permiten medir el rendimiento y analizar sus determinantes. A tal fin, la OMS sigue invirtiendo en la

## Tendencias y retos de la acción sanitaria mundial

elaboración de instrumentos que ayuden a las instancias decisorias a mejorar el rendimiento y de esa manera asegurar que las acciones de los sistemas de salud se traduzcan en una mejor salud de la población a la que atienden.

= = =