

TRADUCCIÓN

Cap. 1 ¿Por qué importa el sistema de salud?*

Los sistemas de salud se constituyen de todas las acciones y personas cuyo propósito primario es mejorar la salud. Los sistemas pueden estar integrados y dirigidos centralmente, pero no necesariamente. Después de que en siglos lo hicieron a escala reducida, en su mayoría de forma privada o como acción caritativa, en la mayoría de las veces por entidades ineficaces, los sistemas de salud se han expandido explosivamente en este siglo en la medida que el conocimiento se ha ampliado y conquistado. Los sistemas han contribuido enormemente a mejorar la salud, pero su contribución podría ser aún mayor, especialmente para los pobres. La falla para alcanzar esa capacidad se debe más a situaciones sistemáticas que a limitaciones técnicas. Por tanto urge evaluar el desempeño actual y juzgar cómo los sistemas de salud pueden alcanzar esa capacidad.

El Cambio en el Paisaje

En octubre de 1999, en una clínica de maternidad en Sarajevo, Helac Fátima dio luz a su hijo. Era una ocasión especial, dado que los demógrafos de las Naciones Unidas habían estimado que la población global alcanzaría seis billones en ese día. El pequeño de Sarajevo fue designado como la persona seis billones en el planeta.

Hoy hay 4 veces más de personas en el mundo que hace cien años—hoy tenemos cerca de 4000 niños que nacen cada minuto por día— y entre lo inconcebible, confusos cambios que han ocurrido desde entonces, algunos de los más profundos han ocurrido en el tema de la salud humana. Por ejemplo, unos pocos, o ninguno de los ancestros de Helac Fátima

en 1899 fueron probablemente vistos en un hospital, y mucho menos haber nacido en alguno.

Esto mismo fue verdad para la gran mayoría de los 1.5 billones de gente que aún viven. En todo el mundo, el nacimiento invariablemente ocurrió en casa, raramente con un médico presente. La mayoría de la gente se alivió utilizando remedios y tratamientos tradicionales, algunos de ellos con mil años de existencia. La mayoría de los niños nacieron en grandes familias y enfrentaron en su infancia un tratamiento infantil patrocinado por de enfermedades potencialmente fatales—sarampión, malaria y poliomielitis entre otras. Las tasas de mortalidad infantil fueron sumamente altas, así como las tasas de mortalidad materna. La esperanza de vida para adultos fue corta— aún a la mitad del presente siglo la esperanza era de 48 años al nacer.

Primera parte del cap. 1 *The World Health Report 2000*. Tomada de la página de internet www.who.int Traducción de Jaime López Delgadillo. Investigador del Cise; Depto. de Economía, Cucea, UdG. Email lj3342@cucea.udg.mx

El año pasado el niño de Helac Fátima entró al mundo con una esperanza de vida al nacer de 73 años —el promedio actual para Bosnia. El promedio mundial es de 66 años. Él nació en una gran ciudad con hospital adecuado, con parteras, enfermeras, doctores y técnicos bien entrenados— quienes fueron apoyados por equipo moderno y medicamentos. El hospital es parte de un servicio de salud sofisticado. Se conecta en turno a un amplio conjunto de gentes y acciones que en una forma u otra están comprometidos con el mantenimiento y mejoramiento de la salud por el resto de su vida —como por el resto de la población. Juntas todas esas partes interesadas, en la medida que proveen servicios, los financian o establecen políticas para administrarlos, formaron un sistema de salud.

Los sistemas de salud han participado en parte, del crecimiento dramático de la esperanza de vida que ocurrió en el siglo XX. Estos sistemas han contribuido enormemente para mejorar la salud e influenciado las vidas y el bienestar de billones de hombres, mujeres y niños alrededor del mundo. Su papel se ha convertido en importante de manera creciente.

Pero enormes diferencias continúan, sin embargo, entre los sistemas potenciales de salud y su desempeño actual, y hay mucha variación en los resultados de los países que parecieran tener los mismos recursos y posibilidades. ¿Por qué es así? Los sistemas de salud parecieran diferentes de otros sistemas sociales al enfrentar demandas e incentivos para desempeñarse tan bien como sea posible, y podría esperarse que —con algún grado de regulación por parte del estado— su acción podría ser mayormente dejada al mercado, justo como con la

provisión de la mayoría de otros bienes y servicios.

Pero la salud es fundamentalmente diferente de otras cosas que la gente desea, y esas diferencias están enraizadas en la biología. Como lo expresó elocuentemente Jonathan Miller, "De todos los objetos en el mundo, el cuerpo humano tiene un status peculiar: no solamente es poseído por la persona que lo tiene, sino que también lo posee y constituye. Nuestro cuerpo es bastante diferente de todas las demás cosas que reclamamos como nuestros. Podemos perder dinero, libros y aún casas pero seguimos reconociéndonos a nosotros mismos, pero es difícil darle un sentido inteligente a la idea de una persona sin cuerpo. A pesar hablamos de nuestros cuerpos como premisas que nosotros vivimos, es una forma especial de tenencia: nuestro cuerpo es en donde nos podemos contactar"¹. La persona que busca el cuidado de salud es por supuesto el consumidor —como con todos los demás productos y servicios— y puede también ser un coproductor de su salud, siguiendo buenos hábitos de dieta, higiene y ejercicio, y complementando con medicación y otras recomendaciones médicas. Pero es también el objeto físico al cual todos los cuidados se dirigen.

La salud, entonces, es una característica de un bien inalienable, y en este respecto es algo parecido a otras formas de capital humano, como la educación, conocimiento profesional o habilidades atléticas. Pero, aún difiere de éstas en cuestiones cruciales. Es sujeto a largos e impredecibles riesgos, los cuales son, en la mayoría de los casos, independientes unos de otros. Y no pueden acumularse como el conocimiento o las habilidades. Estos hechos son suficientes para hacer de la salud bienes radicalmente improbable sobre otros bienes que la gente asegura contra pérdidas o daños, y, a su vez, se explica por qué los seguros de salud son más com-

¹ Miller J. *The body in question*.

jos que cualquier otra clase de seguro. Si un carro vale \$ 10,000 valdría \$ 15,000 después de reparario por un accidente, y una aseguradora solamente pagará \$10,000. La imposibilidad de remplazar el cuerpo, y la consecuente ausencia de un mercado de valor para él lo excluye de cualquier cosa, como el cielo, en el costo de la salud.

Dado que los pobres están condenados a vivir en sus cuerpos tal como lo hacen los ricos, necesitan protección contra todos los riesgos de salud. En contraste con otros bienes, como la vivienda, la necesidad de tal protección o no se manifiesta o se manifiesta solamente en proporción al ingreso. Esta básica y biológica diferencia entre salud y otros bienes se exageran aún más con las fallas del mercado, como el peligro moral y la información imperfecta y asimétrica que ocurre con otros bienes y servicios. Directa o indirectamente, esto explica muchas de las razones por las cuales el mercado funciona menos bien para la salud que para otras cosas, lo que representa un más activo y también más complicado papel del estado, y en general porque un buen desempeño no puede ser tomado con riesgo.

La integridad física y la dignidad de los individuos son reconocidas por la ley internacional, todavía ha habido instancias vergonzosas de perversión por parte del conocimiento y práctica médica, tales como la involuntaria o desinformada participación en experimentos, esterilización forzada, o violenta expropiación de órganos. Los sistemas de salud por tanto tienen una responsabilidad adicional para asegurar que las personas sean tratadas con respeto, de acuerdo con los derechos humanos.

Este reporte asienta el análisis del papel de los sistemas de salud y sugiere cómo hacerlos más eficientes y, lo más importante, más accesibles y

oportunos a los cientos de millones de gentes excluidos en el presente de sus beneficios. La negación del acceso al cuidado de salud básico es fundamentalmente ligado a la pobreza —el mayor infortunio del paisaje humano. Por todos los logros y buenas intenciones, los sistemas de salud han fallado globalmente para reducir la salud dividida entre ricos y pobres en los últimos 100 años. De hecho, la brecha se está ampliando hoy en día. Tales empeoramientos a menudo se acompañan de progresos económicos, así es que los de mayor progreso son los primeros beneficiados. Pero los medios existen para acelerar la participación de los pobres en esos beneficios, y a menudo con relativo bajo costo. Encontrar una nueva dirección de éxito para los sistemas de salud es por fin una poderosa arma en la lucha contra la pobreza, a lo que el Organismo Mundial de la Salud se ha dedicado. No solamente para los niños del nuevo siglo, los países requieren de sistemas que protejan a todos los ciudadanos contra los riesgos de salud y los riesgos financieros de enfermedades.

¿Qué es un Sistema de Salud?

En un mundo complejo actual, resulta difícil decir exactamente que es un sistema de salud, en qué consiste, y dónde principia y termina. Este reporte define un sistema de salud que incluye *todas las actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud.*

Los servicios formales de salud, incluyendo la atención médica personal y profesional, están claramente dentro de estos límites. Así, son acciones tradicionales de sancamiento, y todos los usos de medicación, sean prescritos o no por alguien. Por ello, se considera el cuidado de enfermedades en casa, que es algo que ronda entre el 70% y 90% de

todas las enfermedades que de forma global se manejan.² Tales actividades tradicionales de salud pública, como la promoción y prevención de salud, así como otras intervenciones indirectas, como caminos y mejoramientos de un ambiente seguro, son también parte del sistema. Detrás de bienes antes definidos están aquellas actividades cuyos propósitos primarios son algo más que salud —educación, por ejemplo— aún si estas actividades tienen un beneficio secundario bondadoso para la salud. Por ello, el sistema de educación general está fuera de los bienes del sistema, pero específicamente la educación relacionada con salud sí se incluye. Son pues acciones que intentan primordialmente mejorar indirectamente la salud al influenciar como funcionan los sistemas —por ejemplo, acciones para incrementar la inscripción de niñas en las escuelas o cambiar el currículum para hacer que los estudiantes sean mejores informadores de salud en el futuro y sean, también, consumidores de cuidados de salud.

Esta forma de definir un sistema no implica ningún grado particular de integración, ni que alguien esté a cargo de todas las actividades que lo componen. En este sentido, cada país tiene un sistema de salud, que puede estar fragmentado entre diferentes organizaciones o también sin un sistema que busque operarlo. La integración y la supervigilancia no determinan el sistema, pero pueden influenciarlo gratamente para establecer su desempeño.

Desgraciadamente, toda la información cercana disponible acerca de sistemas de salud se refiere solamente a la provisión e inversión en servicios de salud: esto es, el *sistema de salud*, incluye

prevención, curación e intervenciones paliativas que vayan dirigidas a los individuos o a la población. En la mayoría de los países, estos servicios registran el gran volumen de empleados, de gasto y actividades que serían incluidos en una amplia noción del sistema de salud, así podría parecer que poco se pierde en concentrar o en una definición apretada que se ajusta a los datos existentes. Estos datos han sido requeridos por grandes esfuerzos para recolectarlos —y este reporte ofrece mayores y diferentes clases de información y análisis, tal como estimaciones de la esperanza de vida ajustada por el tiempo vivido deseado, aseveraciones de qué tan bien los sistemas de salud tratan a los pacientes, registros nacionales de salud, y estimaciones de contribuciones de familias al financiamiento.

Sin embargo, los esfuerzos para cuantificar y evaluar estas actividades implicadas por la amplia definición son requeridos, en tanto se inicia un indicador de sus costos y efectividad relativos a la contribución del logro de metas del sistema. Para tomar un ejemplo, en los Estados Unidos entre 1966 y 1979 la introducción de una variedad de productos de seguridad en el diseño de automóviles (los parabrisas laminados, plegables dirigiendo columnas, el interior relleno, doblando y empujando cinturones, alumbrar los marcadores de lado, las restricciones titulares, escape en los sistemas resistentes de combustible, más fuerte parachoques, aumento de fortaleza en puertas de lado y frenos mejores) ayudaron a reducir las tasas de accidentes fatales por milla recorrida en vehículos en un 40%. Solamente tres de estas innovaciones agregaron más de \$ 10 dls. al precio de una carro y el total de las modificaciones contabilizaron solamente un 2% del incremento de precios en promedio de 1975 a

2 Kleinman A. *Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems.*

1979³. De 1975 a 1998, los cinturones de seguridad han aborrido una estimado de 112,000 vidas en los Estados Unidos, y el total de fatalidades de tráfico continúa reduciéndose. Las ganancias potenciales aún fueron mayores: en 1998 solamente 9000 personas murieron a causa de que no usaron sus cinturones.⁴

Los ahorros potenciales en otros países son muy grandes. Accidentes de tráfico en carreteras han crecido rápidamente en países pobres y está proyectado que pasarán del noveno al tercer lugar en el rango mundial de mortalidad para el año 2020. Aún en muchos países de medio ingreso, las tasas de mortalidad, per cápita o por milla vehículo, son mayores que en los Estados Unidos.⁵ SubSaharan Africa tiene la tasa más alta del mundo en fatalidades por vehículo. El costo de mejorar los vehículos puede ser alto, con relación al gasto en salud, y bajo en relación países de ingresos medios, así que el efecto de incluir tales actividades en la definición de sistema de salud puede ser afortunado. Caminos inseguros también contribuyen ampliamente a los accidentes automovilísticos en los países pobres, y el costo de mejorar los caminos podría ser mayor que el costo de hacer carros más seguros. Pero los cambios de comportamiento, tales como el uso de cinturones una vez instalados, y el respeto a los límites de velocidad, son casi sin costo y podrían salvar muchas vidas; éstos son probablemente que sean costos con efectividad mayor que los tratamientos de víctimas accidentadas.

Cuando la información que corresponde a la definición amplia de los sistemas de salud no es

posible, este reporte necesariamente usa los datos disponibles que se apegan al sistema de salud. Aún en esta más limitada definición, los sistemas de salud hoy representan uno de los sectores más grandes en la economía mundial. El gasto global en salud fue de cerca de \$ 2,985 billones (miles de millones) de dólares en 1997, o casi un 8% del PIB mundial, y la Organización Laboral Internacional estima que fueron cerca de 35 millones de trabajadores de la salud en el mundo hace una década, mientras que el empleo en servicios de salud ahora es probablemente mayor sustancialmente. Estos datos reflejan lo lejos que ha llegado esta relación básica privada —en la cual una persona enferma era revisada por los miembros de la familia o religiosos prácticos de la medicina, o en algunas ocasiones pagaban a un profesional para su tratamiento— se ha expandido sobre los últimos dos siglos en una red compleja de actividades que hoy conforman un sistema de salud.

Más que un simple crecimiento, la creación de modernos sistemas de salud ha involucrado una creciente diferenciación y especialización de habilidades y actividades. También ha involucrado un inmenso desplazamiento en la carga económica de salud-enfermedad. Hasta recientemente, la mayor parte de tal carga tomó la forma de productividad perdida, en la medida que la gente muere joven o se convierte y permanece demasiado enferma para trabajar a toda intensidad. El costo registrado de los cuidados de salud incluye sólo una pequeña parte de la pérdida económica, dado que tales cuidados fueron relativamente baratos y ampliamente inefectivos. Las pérdidas de productividad es todavía sustancial, especialmente en los países pobres, pero el éxito en la extensión de la vida y la reducción en las incapacidades ha significado que más y más de

3 Claybrock J. *Remark Remarks at the Seventh Annual North Carolina Highway Safety Conference.*

4 US. Department of Transportation. *Traffic safety facts 1998.*

5 OECD. *International road traffic and accident database.*

esa carga sea incorporada al sistema de salud. Esto incluye los costos de drogas —para controlar diabetes, hipertensión y problemas cardíacos, entre otros— lo que permite a la gente estar activa y productiva. Parte del crecimiento en recursos usados por el sistema de salud es una transferencia de otras formas de pago por los daños económicos debidos a enfermedades y muertes de jóvenes.

Los recursos dedicados al sistema de salud son desigualmente distribuidos, y no en la misma proporción a la distribución de los problemas de salud. Países con ingresos bajos y medios registran solamente un 18% del ingreso mundial y el 11% del gasto en salud (\$ 250 billones o 4% del PIB en esos países). Todavía 84% de la población mundial viven en estos países y sostienen 93% de la carga de enfermedades en el mundo. Estos países afrontan muchas dificultades para enfrentar las necesidades de salud de sus poblaciones, movilizándolo suficiente financiamiento en forma equitativa y razonable y asegurando los valores dada la escasez de recursos.

Hoy en la mayoría de los países desarrollados —y en muchos países de ingresos medios— los gobiernos han centralizado las políticas sociales y de salud. Su participación se justifica sobre las bases de equidad y eficiencia. Sin embargo, en países de bajos ingresos —donde los ingresos públicos totales para todos los usos son escasos (a menudo menos del 80% del PIB) y la capacidad institucional de los sectores públicos resulta débil— el financiamiento y la entrega de servicios de salud se localizan en forma indiscriminada en las manos del sector privado. En muchos de estos países, amplios segmentos de la pobreza todavía no tienen acceso a cuidados de salud básicos y efectivos.

¿Qué Hace el Sistema de Salud?

Para ricos y pobres indiscriminadamente, las necesidades de salud hoy son más diferentes que hace 100 o 50 años. Hay expectativas crecientes de acceso a los cuidados de salud en alguna forma, y las demandas crecientes de medidas que protejan las familias de las enfermedades y contra los costos financieros de salud. El círculo en que los sistemas de salud son requeridos funcionando, ha sido impulsado mas ampliamente por la conciencia creciente del impacto del desarrollo en la salud, como pudieran mencionarse la industrialización, el transporte, los daños ambientales, la globalización y el comercio. La gente también hoy se vuelve hacia los sistemas de salud por ayuda ante la amplia variedad de problemas tradicionales —no sólo por la reducción del dolor y tratamiento de incapacidades físicas y desordenes emocionales, sino para asesorarse en dietas, retraso en niños, y comportamiento sexual que acostumbraron averiguarlos desde otras perspectivas.

La gente típicamente vive en contacto directo con un sistema de salud como pacientes, atendidos por quienes lo atienden, solamente una o dos veces por año. Cada vez más sus contactos son como consumidores de medicamentos no prescritos, y recepción de información y asesoría en asuntos de salud. Ellos encuentran al sistema desde la perspectiva de contribuyentes que pagan por él, con la conciencia de que cada vez compran cuidados fuera de su alcance o pagas primas de seguros o contribuciones a la seguridad social, y sin reconocer que cada vez que pagan impuestos, luego son usados, en parte, para financiar la salud. Importa demasiado, por tanto, cómo el sistema trata las necesidades de salud de las personas y cómo obtiene ingresos de ellos, incluyendo cuánta protec-

ción les ofrece de riesgos financieros. Pero también importa cómo responde a sus expectativas. En particular, la gente tiene un derecho a esperar que el sistema de salud los trate con dignidad individual. En la medida de lo posible, sus necesidades deberían ser atendidas prontamente, sin largos retrasos en espera de diagnósticos o tratamientos — no solamente para mejorar los resultados de salud sino también por respeto al tiempo de las personas y para reducir su ansiedad. Los pacientes esperan seguido confidencialidad, y estar involucrados en alternativas acerca de su propia salud, incluyendo donde de quien recibe el cuidado. Ellos no debieran siempre ser espectadores pasivos al recibir servicios determinados por un solo médico.

En suma, los sistemas de salud tienen una responsabilidad no sólo para mejorar la salud de la gente, sino para protegerla contra el costo financiero que representan las enfermedades — y tratarlos con dignidad. Como se discutirá en el capítulo 2, los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales que son:

- mejorar la salud de la población a quien sirven;
- responder a las expectativas de la población;
- proveer protección financiera contra los costos de salud— enfermedad.

Dado que estos objetivos no siempre se alcanzan, la insatisfacción pública por la forma como se otorgan o se financian los servicios de salud se ha extendido, con múltiples errores, retrasos, rudezas, hostilidad e indiferencia por parte de los trabajadores de la salud, y la negación de cuidados o la exposición a riesgos financieros catastróficos por aseguradoras y gobiernos a gran escala.

En virtud de que una mejor salud es el más importante objetivo de un sistema de salud, y dado que el estatus de salud es peor en poblaciones po-

bres, uno podría asumir que para países de bajos ingresos, la mejoría de la salud es lo que más importa. Interesados por resultados diferentes al sistema de salud, por una participación proporcionada de la carga de pagos en salud, que nadie fuera expuesto a grandes riesgos financieros, y atendido en base a los deseos y expectativas como la gente desea ser tratada, sería entonces considerado un lujo, ganancias en importancia solamente atribuibles al ingreso que se incrementa y mejora la salud. Pero esta visión es errónea, por diferentes razones. La gente pobre, como se indicó antes, requiere de protección financiera tanto o más que los grupos de ingresos altos, dado que cualquier riesgo menor pudiera convertirse de consecuencias catastróficas para ellos. Y los pobres son como tan dignos de respeto en su trato como los ricos, aún si menos pueden haber hecho por ellos materialmente. Aún más, en la persecución de los objetivos de responsabilidad y protección financiera no es necesariamente tomar recursos sustanciales fuera de las actividades para mejorar la salud. Mucho del mejoramiento en cómo un sistema de salud actúa con respecto a estas responsabilidades pueden ser a menudo de bajo o nulo costo. Así los tres objetivos importan en cada país, independientemente de su riqueza o pobreza y cómo su sistema de salud se organiza. Mejores formas de afrontar estos objetivos, tratados en capítulos posteriores, son similarmente relevantes para todos los países y sistemas de salud, no obstante las implicaciones específicas de política que variará de acuerdo con el nivel de ingreso y las características culturales y de organización del sistema.

¿Por qué los sistemas de salud importan?

La contribución que los sistemas de salud hacen al mejoramiento, ha sido examinada mucho más de

cerca que cómo satisfacen los otros dos objetivos mencionados arriba, para lo cual hay poca información y análisis comparable. Este reporte por tanto desarrolla medidas correspondientes a los tres objetivos, para evaluar el desempeño de los sistemas. Aunque la contribución que los sistemas de salud hacen para mejorar la salud resulta difícil juzgar, dadas las diferentes clases de evidencia que parecen dar respuestas conflictivas. Al nivel de intervenciones contra enfermedades particulares o condiciones, hay ahora sustanciales y crecientes evidencias de grandes mejoramientos en salud que se pueden alcanzar a un razonable costo, para individuos y grandes poblaciones⁶. Tales datos son la base para estimar que un país pobre, en términos gruesos, una tercera parte de la carga de enfermedades en 1990 pudo haberse atendido a un costo total por persona de solamente \$ 12.00 dls.⁷

Aún sin progreso en la ciencia fundamental, los cambios en la forma de intervenciones disponible actualmente como están organizadas y dispuestas se puede revertir la amplitud de una epidemia y reducir dramáticamente el costo de salvar una vida. Por ejemplo, en la Amazona de Brasil, un gran énfasis en la detección y tratamiento de casos tempranos de malaria, junto con mayor enfoque de esfuerzos en el control de mosquitos, impidió la epidemia y eliminó el costo de salvar una vida a través de la prevención, de cerca de \$13,000 a una cantidad próxima a \$ 2,000 dls.⁸

Al nivel del progreso agregado en salud, como lo reportó "The world health report 1999",⁹ la gen-

eración y utilización de conocimiento —esto es, el progreso científico y técnico— explicó casi la mitad de la reducción en la mortalidad entre 1960 y 1990 en una muestra de 115 países de ingresos bajos y medios, mientras el crecimiento del ingreso explicó menos de un 20%, y el incremento en el nivel educativo de mujeres adultas menos de un 40%. Tales estimaciones suman el progreso del desarrollo y la aplicación de intervenciones de muchas formas contra un largo número de enfermedades. Prominentes programas, entre éstos, son contra la malaria y la inmunización, y el incrementado uso de antibióticos para el tratamiento de enfermedades respiratorias y otras infecciones. Desde que el sistema de salud desarrolla y aplica estas intervenciones, dos clases de evidencias una detallada y la otra agregada, indican claramente que los sistemas de salud no solamente pueden, sino realizan una amplia diferencia para la salud.

Tomando un enfoque más cerrado sobre las enfermedades para los cuales hay tratamientos efectivos, numerosos estudios iniciados en los años 70^{9,10} han encontrado consistentemente que las muertes previsibles, que son "muertes debido a causas por recepción de cuidados médicos" se han reducido a una tasa más rápida que otras clases de muertes. Similarmente, una comparación de diferencias en tasas de mortalidad entre la Europa Occidental y formalmente los países comunistas de Europa Oriental, se atribuye 24% de la diferencia en la esperanza de vida en hombres y 39% en mujeres a la disponibilidad de cuidados médicos modernos. Tales cuidados no se garantizan simplemente por la existencia de facilidades médicas.¹¹

Al mismo tiempo, otras evidencias parecen mostrar que los sistemas de salud hacen poca o ninguna diferencia. Esto emerge de otras compara-

6 Jamison DT. Et al. *Disease control priorities in developing countries*.

7 World Development Report 1993 — *Investing in health*

8 Akhavan D. Et al. *Cost-effective malaria control in Brazil*.

9 Rustein DD et al. *Measuring the quality of medical care: a clinical method*.

10 Charlton JR, Velez R. *Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention*.

ciones a través de los países en lugar de que sea a través del tiempo. A menudo esto muestra que mientras el ingreso per cápita está extremadamente relacionado con alguna medida de estatus de salud — como son otros factores tales como educación en mujeres, desigualdad del ingreso o características culturales — hay poca conexión independiente con los insumos tales como doctores o camas por hospital,¹² con gasto total en salud,¹³ con gasto solamente en condiciones de recepción de cuidado médico,¹⁴ o con gasto público en salud¹⁵. No sorprende encontrar que estas relaciones son débiles en países ricos, desde que muchas de las causas de muerte e incapacidad están ya controladas y hay muchas formas de gasto en recursos del sistema de salud, con débiles efectos en variación del estatus de salud. Pero el gasto en el sistema de salud seguido parece hacer poca diferencia aún en países pobres con alta mortalidad infantil, lo que debiera reducirse prioritariamente.

Aún más, los sistemas de salud se hacen costosos con los errores fatales tan frecuentes. En los Estados Unidos solamente, los errores médicos en hospitales causan por lo menos 44,000 defunciones por año innecesariamente, con otros 7,000 que ocurren como resultado de errores en la prescripción o uso de medicamentos, haciendo estos errores aún

mas fatales que los accidentes automovilísticos o por asesinatos, cáncer mamario o Sida.¹⁶ El costo económico de estos errores suman por lo menos 17 billones de dólares, de los cuales los costos de cuidados de salud son más de la mitad. Y aún cuando no haya errores, los pacientes continuamente adquieren nuevas infecciones en hospitales, y el uso masivo de antibióticos les promueve resistencias patógenas, así que parte de la salud enfermedad es causada por los diferentes tratamientos que se ofrecen.

Estas clases de conflictos de evidencias pueden reconciliarse de dos formas: primero, haciendo la anotación que mientras los sistemas de salud registran más progreso en salud a través del tiempo, ese progreso está lejos de ser uniforme entre todos los países al mismo tiempo, aún entre países con niveles similares de ingreso y gasto en salud; y segundo, al reconocer que los errores del sistema disminuyen pero no borran las bondades que realizan. No obstante, "hay una enorme brecha entre el potencial aparente del gasto público para mejorar el estatus de salud y el desempeño real,"¹⁷ y la misma es sin duda debido al uso de recursos en términos generales. Una medida de esta la brecha es que muchas defunciones de niños menores de 5 años pudieron evitarse por \$ 10.00 dls. o menos, como se estimó en estudios de costo efectividad particularmente al valorar las intervenciones, pero el promedio actual de gasto en países pobres por muerte prevenida, como se estimó de la total relación global entre gasto y mortalidad es de \$ 50,000 o más. La relación global entre mortalidad infantil e ingreso implica que en un país pobre de 2 millones de personas, el ingreso total se debiera incrementar, visto de forma agregada, en un 1 millón de dls. a fin de evitar una simple defunción. Esto re-

11 Velkova A, Wolleswinkel-van den Bosh JH, Mackenbach JR *The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention.*

12 Cochrane AL, St Leger AS, Moore F. *Health service "input" and mortality "output" in developing countries.*

13 Musgrove P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns.*

14 Mackenbach PJ *Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community.*

15 Filmer D, Pritchett L. *The impact of public spending on health: does money matter?*

16 Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. *To error is human: building a safer health system.*

17 Taylor ASP. *Bismarck - the man and the statesman*

presenta varios volúmenes de una magnitud mayor que el promedio de gasto en salud requerido para salvar una vida. Per cápita, estos números implican que el gasto en salud es de solamente \$ 0.025 dls. versus un incremento del ingreso a \$ 0.50 dls. Las diferencias en el ingreso pudieran explicar más la variación en salud entre los países, que las diferencias en el gasto en salud. Pero el incremento del ingreso no conduce a lo barato o fácil para mejorar la salud.

En lo que concierne al pasado distante, los historiadores debaten si la caída en las tasas de mortalidad en algunos países de Europa o América Latina en los siglos XIX o XX se debe más a factores como el mejoramiento de la dieta y otros progresos socioeconómicos, que a los cuidados personales de salud. Pero los sistemas de salud, definidos ampliamente, incluyen todas las acciones de base popular o las intervenciones en salud pública tales como la promoción de estilos de vida en salud, campañas de riego con insecticidas, campañas contra el consumo de tabaco y la protección de comidas y agua. Así, aún si los servicios personales contabilizados por la ganancia de una reducida salud hasta recientemente, el sistema de salud definido en este reporte inició a diferenciarse más ampliamente que un siglo atrás, principalmente por mejoras en higiene en sanidad urbana y personal. Estos cambios —removiendo excrementos y basura, protección de redes de agua, y el lavado de manos— se dio porque hubo un mayor entendimiento de cómo las enfermedades se dispersan, aún antes de que hubiera un conocimiento útil de qué las causaba. Algunas mejoras en prácticas de higiene personal son

milenarias, mientras que las medidas colectivas son generalmente recientes. El crecimiento del ingreso por sí solo no hubiera mejorado la salud bajo las condiciones de tiempo, y puede aún haber sido peor dada la inmundicia y la aglomeración urbana, condiciones similares que prevalecen en las ciudades de países pobres hoy todavía, pero el trato a la salud es más controlado.

Así los sistemas de salud son valorados e importantes, pero podrían afrontar mucho más con el reconocimiento disponible de cómo mejorar la salud. Las fallas que limitan el desempeño no son resultado primariamente de la carencia de conocimiento sino de no aplicar profundamente lo que se tiene como tal: esto es, por fallas sistemáticas más que por técnicas. Esto es real aún en la mayoría de los errores médicos, porque "el problema no es que sean malas personas; el problema es que el sistema requiere ser más seguro".¹⁸ Cómo medir el desempeño actual y cómo afrontar las mejoras potenciales en salud son los sujetos de este reporte. La investigación para expandir el conocimiento es crucial en el largo plazo, como el progreso sobre lo visto en los dos últimos siglos; en el corto plazo, mucho se podría afrontar con más amplias y mejores aplicaciones del conocimiento existente. Esto mejorará la salud más rápidamente que el continuo progreso socio económico con mayor equidad distributiva, no obstante su importancia. Las siguientes secciones discuten cómo los sistemas de salud modernos se incrementan, y cómo han sido repetidamente sujetos a reformas que han intentado hacerlos que trabajen mejor en alguna forma u otra.

¹⁸ *Social insurance and allied services.*

Referencias

- Miller J. The body in question. New York, Random House, 1978: 14.
- Kleinman A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science and Medicine, 1978, 12: 85-93.
- Claybrock J. Remark Remarks at the Seventh Annual North Carolina Highway Safety Conference., 1980. On Bureau of Transportation Statistics, Transportation Research Board web site at <http://www.4.nas.edu/trb/crp.nsf/>
- US. Department of Transportation. Traffic safety facts 1998. Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1998.
- OECD. International road traffic and accident database. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 1999.
- Jamison DT. Et al. Disease control priorities in developing countries. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.
- World Development Report 1993 – Investing in health. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993: Table 5.3
- Akhavan D. Et al. Cost-effective malaria control in Brazil. Cost-effectiveness of a malaria control program in the Amazon Basin of Brazil, 1998-1996. Social Science and Medicine, 1999, 49(10): 1385-99: Table 5.
- 9 Rutstein DD et al. Measuring the quality of medical care- a clinical method. New England Journal of Medicine, 1976, 294(11): 582-588.
- Charlton JR. Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. British Medical Journal, 1986, 292: 295-301.
- Velkova A, Wolleswinkel-van den Bosh JH, Mackenbach JP. The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. International Journal of Epidemiology, 1997, 26(1): 75-84..
- Cochrane AL, St Leger AS, Moore F. Health service "input" and mortality "output" in developing countries. Journal of Epidemiology and Community Health, 1978, 32(3): 200-205.
- Musgrove P. Public and private roles in health: theory and financing patterns. Washington, DC, The World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
- Mackenbach PJ. Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. Health Policy, 1991, 19: 245-155
- Filmer D, Pritchett L. The impact of public spending on health: does money matter? Social Science and Medicine, 1999, 49(10): 1309-1323.
- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To error is human: building a safer health system. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1999.
- Taylor ASP. Bismarck -the man and the statesman. London, Penguin, 1995: 204.
- Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. London, HMSO, 1942.

