

Cómo han evolucionado los sistemas de salud modernos¹

Los sistemas de salud, bajo diferentes formas, han existido en la medida en que las personas han intentado, de manera premeditada, proteger su salud. A lo largo del tiempo, las prácticas tradicionales se basaron en las curas de herbolaria —a menudo apoyadas en consuelo espiritual—, mediante el cuidado preventivo y curativo que ha existido durante miles de años. Prácticas que, a menudo, coexisten hoy en día con la medicina moderna. Muchas de ellas todavía constituyen un tratamiento opcional para algunos problemas de salud: se acude a ellas por falta de conocimiento o por desconfianza frente a las opciones modernas; o bien porque estas últimas fallan, o resultan demasiado caras para una parte de la población. La existencia de la medicina china tradicional puede remontarse a más de 3,000 años, y todavía juega un papel relevante en el sistema de salud chino. Igualmente antiguo es el sistema de la India; y así también sucede con las creencias y prácticas entre los indígenas africanos y los nativos de América. Sin embargo, hasta antes de la difusión masiva del conocimiento médico moderno, sólo se contaba con algunas curas para ciertas dolencias y con muy pocas prevencciones que fueran eficaces sobre las mismas.

Con raras excepciones, incluso en los países industrializados, los sistemas de salud organizados, en el sentido moderno, no pensaron en beneficiar a gran parte de la población hasta, apenas, el presente siglo. Aunque en gran cantidad de países los hospitales existen desde hace mucho más tiempo que los sistemas de salud, pocas personas que hayan vivido desde hace 100 años visitaron alguna vez en su vida uno ellos —y esto continúa vigente para millones de pobres en la actualidad—. Hasta bien entrado el siglo XIX, los hospitales dependieron mayoritariamente de las organizaciones caritativas. A menudo, eran más bien refugios para el huérfano, el lisiado, el desamparado o el demente. La única forma de evaluar sus prácticas consistía en comparar entre sí las instituciones similares. Su protección frente a los riesgos financieros, también, era muy endeble: sólo podían contar con la caridad pública y privada, además de esporádicas contribuciones económicas hechas por sus propios trabajadores.

1. Segunda parte del capítulo 1 de *The World Health Report 2000*. La primera parte se publicó en el número 6 de esta misma revista. Traducción al español de la 2ª parte por Jaime López Delgadillo, Profesor Investigador del Centro de Investigaciones Sociales del Departamento de Economía (CUEA-UdeG), con el apoyo de los estudiantes Ruth E. Robles Rábago y Roberto Carrillo Curiel, prestadores de servicio social.

Hacia el final del siglo XIX, la Revolución Industrial estaba transformando las vidas de las personas en el mundo. Al mismo tiempo, las sociedades empezaron a reconocer la fuerte carga que representaba la muerte, las enfermedades o la invalidez de los trabajadores (por ejemplo, las enfermedades infecciosas que mataron a muchos miles durante la construcción del Canal de Panamá), así como la gran incidencia de accidentes industriales a los que los trabajadores están constantemente expuestos. A partir de que se estableciera que los mosquitos transmitían la malaria y la fiebre amarilla, el control de los sitios donde se criaban los insectos se volvió parte de los esfuerzos de prevención, que también se tradujeron en beneficios para las comunidades circunvecinas. Además de los costos humanos, las enfermedades y muertes significaron grandes pérdidas en la productividad. Para disminuir tales pérdidas, los dueños de las empresas empezaron a brindar servicios médicos a sus obreros. Dada la importancia del agua limpia y la higiene para el adecuado funcionamiento de las empresas, se hicieron mejoras que repercutieron favorablemente en las condiciones básicas de vida de los obreros. La experiencia de diferentes guerras influyó en estos cambios de actitud: En la Guerra de Secesión de los Estados Unidos, hubo mayor mortandad, en ambos bandos, a causa de enfermedades, que a causa de las acciones bélicas contra el enemigo. Lo mismo ocurrió en la Guerra de Crimea y la de los Bóer.

Al mismo tiempo, la salud de los obreros se convirtió en un tema político en algunos países europeos, aunque por razones muy diferentes. Bismarck, Canciller de Alemania, juzgó oportuno que el gobierno tomara el control de los fondos para enfermedades de las uniones laborales; con ello esperaba obtener mayor respaldo, en un momento en que los movimientos de trabajadores socialistas estaban ganando fuerza, dado que incrementaría la seguridad de la economía de los trabajadores (17). Así, en 1883, Alemania promulgó una ley que requería las contribuciones del patrón para el fondo de salud, mismo que cubriría a trabajadores con salarios bajos y en determinadas ocupaciones; a los que se agregarían otras clases de obreros, en los años subsecuentes. Éste fue el primer ejemplo de un mandato gubernamental sobre el modelo de seguridad social. La popularidad que tuvo esta ley entre los obreros, llevó a la adopción de una legislación similar en Bélgica, en 1894, y en Noruega, en 1909. En Gran Bretaña, hasta antes de la promulgación de la ley respectiva, en 1911, el cuidado médico para los asalariados británicos fue pagado por los propios trabajadores, quienes negociaron con los sindicatos o con sociedades afines las que, a su vez, pagaron a los proveedores de dichos servicios. Sin embargo, únicamente tenía acceso a ellos el obrero, no su familia.

Al final del siglo XIX, Rusia había iniciado, con el apoyo de los fondos fiscales, la preparación de una red extensa de estaciones médicas provincianas y hospitales donde el tratamiento médico era gratuito. Después de la revolución bolchevique en 1917, se decretó que el cuidado médico gratuito debería continuar proporcionándose a la población entera, y el sistema resultante se mantuvo

durante casi ocho décadas. Éste fue el primer caso de un modelo de salud completamente centralizado y controlado.

La influencia del modelo alemán empezó a extenderse fuera de Europa después de la Primera Guerra Mundial. En 1922, Japón agregó los servicios de salud a los otros beneficios laborales (entre aquellos obreros que fueran elegibles). Tal servicio se instituyó bajo las normas de la tradición del paternalismo administrativo. En 1924, Chile estableció el servicio para todos los obreros, bajo el cobijo de un esquema protegido por el Ministerio Laboral. Para 1935, cerca de 90% de la población de Dinamarca fue amparada por el seguro de salud. El seguro social se introdujo en los Países Bajos durante la ocupación del país en la Segunda Guerra Mundial.

La Segunda Guerra Mundial dañó o prácticamente destruyó las infraestructuras de salud en muchos países y retrasó los planes de sistema de salud. Paradójicamente, también provocó la introducción de algunos otros. Durante la guerra, la Emergencia Nacional de Gran Bretaña se ocupó de las víctimas, la cual sirvió para la construcción de lo que se volvió, en 1948, el Servicio de Salud Nacional, quizás el modelo más influyente de un sistema de salud. El Beveridge Report de 1942 (18) había identificado el cuidado de salud como uno de los tres requisitos previos y básicos para un sistema de seguro social viable. El "Papel Blanco del Gobierno", de 1944, declaró que "Todos, independientemente de edad, sexo u ocupación tendrían la oportunidad de beneficiarse del mejor y mayor número de servicios médicos disponibles", a lo a que se agregaba que esos servicios deberían ser integrales y gratuitos, servir para promover la salud, así como proporcionar el tratamiento de cualquier enfermedad. En 1938, Nueva Zelandia se convirtió en el primer país que introdujo el servicio sanitario nacional. Posteriormente, en 1941, Costa Rica instaló la Fundación para las Seguridad de Salud Universal. En México, en 1943, se fundaron el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Ministerio de Salud. Un esquema para un servicio de salud nacional muy similar al modelo británico, se propuso en Sudáfrica, en 1944. Tal sistema incluiría el cuidado de salud gratuito y la existencia de una red de centros comunales y de servicios generales a cargo de practicantes, como parte de un sistema de referencia, pero no se llevó a cabo (19).

En el periodo inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial, Japón y la Unión Soviética también extendieron sus limitados sistemas nacionales a fin de cubrir a la mayoría o a toda la población, como hicieron Noruega, Suecia, Hungría y otros estados comunistas, en Europa, y Chile, en América. Cuando los antiguos territorios coloniales se independizaron, también intentaron adoptar los sistemas modernos, que incluían la participación estatal. India desarrolló un ambicioso plan de cinco años para un sistema de salud, basado en el Informe de Bhore de 1946 (20). Los factores que hicieron posible la construcción y expansión del sistema en este periodo, incluyendo el poder del Estado moderno, fueron los movimientos, durante la posguerra, hacia la conciliación, la estabilidad y recons-

trucción, y la solidaridad colectiva que provino del esfuerzo realizado durante la conflagración. Coadyugaron, también, la ciudadanía recientemente adquirida y la creencia en un Estado relativamente eficaz y benévolo que podría promover el desarrollo de cualquier clase social; lo anterior, en un ambiente social y político en que “el universalismo clásico” y el concepto de acceso libre a todos los tipos de cuidado de salud para todos, podrían considerarse como las premisas fundamentales.

Los sistemas de salud hoy en día están modelados según diferentes variantes, a partir de los planes básicos que surgieron —y que se han ido afinando— desde finales del siglo XIX. Uno de sus principales objetivos es llegar a todos o a la mayoría de los ciudadanos, a través de un patrón asignado y mediante el pago de los usuarios a los seguros o a las fundaciones médicas, si la atención es proporcionada a través de ambos servicios (públicos y privados). Los primeros sistemas de seguridad social evolucionaron a partir de pequeñas asociaciones, inicialmente voluntarias; más tarde, fueron versiones *ex nihilo* mediante la acción del poder público. Existe un segundo modelo, más reciente, que centraliza la planificación y el financiamiento, y cuyos ingresos dependen del cobro de impuestos y de la aportación gubernamental. Por lo general, los recursos son distribuidos a través de los presupuestos; a veces con base en proporciones fijas, relacionando el número de personas con la cantidad de trabajadores de la salud o de recursos disponibles. En un tercer modelo, la participación gubernamental es todavía más limitada, pero aún sustancial, al proveer cobertura solamente a ciertos grupos de la población, mientras que faculta a importantes aseguradoras privadas para la prestación de servicios de salud. Ejemplos relativamente puros, en los cuales uno u otro modelo proporcionan el volumen de recursos o provisiones, se encuentran principalmente en los países ricos. Los sistemas de salud en los países con ingresos medios, notablemente en América Latina, tienden a ser una mezcla de dos o incluso de los tres tipos (21). Se ha debatido mucho sobre cuál sistema de salud sea más bueno que los otros. En realidad, lo más importante de la estructura global de un sistema, es la medida en que facilita la actuación de sus funciones relevantes.

Tres generaciones de reformas al sistema de salud

Durante el siglo XX, ha habido tres generaciones, sobrepuestas, en materia de reformas al sistema de salud. Se han puesto en marcha no sólo por los fracasos percibidos en la obtención de la salud para la población, sino también gracias a la demanda de mayor eficacia, limpieza y sensibilidad frente a las expectativas de los beneficiarios de los sistemas. La primera generación vio la fundación de los sistemas de salud nacionales y la difusión, entre las naciones con ingreso medio, de los sistemas de seguros sociales —principalmente en la década de 1940, en los

países más ricos, y algo después en los países más pobres—. Al final de la década de 1960, muchos de los sistemas que habían sido fundados una o dos décadas antes, se encontraban bajo una gran presión. Los costos se incrementaban, sobre todo por la gran cantidad de hospitales construidos, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Los servicios de salud proporcionados por los sistemas universales (llamados así por la amplitud de su cobertura), tuvieron mayor demanda entre la población que se encontraba en mejor situación económica; los esfuerzos por alcanzar a los estratos más desprotegidos quedaron, a menudo, truncos. La mayoría de las personas siguió dependiendo de sus propios recursos para pagar por su salud, ya que en el servicio público sólo podía conseguir, por lo general, cuidados ineficaces o de mala calidad.

Estos problemas se agudizaban en los países más pobres. Las administraciones coloniales en África y Asia, y los gobiernos en América Latina habían establecido servicios de salud que, en su mayor parte, excluyeron a las poblaciones indígenas. Por ejemplo, cuando el modelo europeo de cuidados de salud se llevó a cabo en los países de África, bajo la administración británica, se enfocó, principalmente, a los administradores coloniales. A los nativos africanos se les relegó a servicios separados, de segunda clase. Las misiones caritativas y los programas de salud pública se utilizaron para tratar de proporcionar atención médica a la mayoría de la población, tal como sucedía en la mayor parte de Europa. De ahí que en estas colonias, y en los países pobres, el sistema de salud no fuera capaz de prestar los servicios más elementales a la población, particularmente a la ubicada en áreas rurales. Se habían construido clínicas y hospitales, pero éstos se encontraban, principalmente, en las áreas urbanas. En la gran mayoría de los países desarrollados, los grandes hospitales ubicados en las zonas urbanas recibían alrededor de las dos terceras partes del presupuesto gubernamental para el área de la salud, pese a que sus servicios alcanzaban únicamente a 10% o 20% de la población total. Además, estudios al respecto han revelado que los hospitales utilizaron más de la mitad de esos recursos para tratar afecciones que pudieron haber sido controladas mediante cuidado ambulatorio, tales como diarrea, malaria, tuberculosis e infecciones respiratorias agudas (22).

En tal situación, existía la necesidad urgente de realizar cambios radicales a fin de que los sistemas fueran más eficientes, justos y accesibles. De ahí que la segunda generación de reformas viera la promoción de cuidados de salud primarios, como un medio para lograr la cobertura universal efectiva. Este acercamiento fue fruto de la experiencia de proyectos sobre el control de enfermedades, desarrollados a lo largo de la década de 1940 en países como Sudáfrica, la República islámica de Irán y Yugoslavia. También se basó en los éxitos obtenidos por los programas experimentales llevados a cabo en China, Cuba, Guatemala, Indonesia, Níger, la República Unida de Tanzania, y el estado de Maharashtra en la India (23). Además de los anteriores, otros países, como Costa Rica y Sri Lanka, han obtenido muy buenos resultados en la materia, a un costo relativa-

mente bajo: en aproximadamente dos decenios, las expectativas de vida para su población han aumentado entre 15 y 20 años. En cada uno de estos países, existió un gran compromiso, por parte de los gobiernos, para proporcionar a toda la población el nivel básico de servicios de salud, alimentación y educación. Aunado a lo anterior, se procuró el suministro adecuado de agua potable así como mejorar los niveles generales de higiene. Tales elementos fueron de gran importancia, junto con el énfasis puesto en la salud pública mediante el cuidado clínico, la prevención (sobre todo, en lo referente al sistema de curación), la disponibilidad de medicamentos esenciales y las campañas de educación, dirigidas a toda la población, a cargo de trabajadores de la salud comunitaria. Al adoptar los cuidados de salud primarios como la estrategia para lograr la meta de "la Salud para Todos", en la Conferencia Internacional de Cuidados de Salud Primarios de la WHO² realizada en Alma-Ata, URSS (ahora Almaty, Kazakstan) en 1978. La WHO redobló los esfuerzos para brindar el cuidado de salud básico a toda la población mundial.

El término "primario" tuvo rápidamente muchas acepciones; algunas de ellas, de carácter técnico (refiriéndose al primer contacto con el sistema de salud, o el primer nivel de cuidados, o tratamientos simples que podrían entregar los proveedores relativamente inexpertos, o intervenciones que actúan sobre las causas de primeras enfermedades); y otras, de carácter político (según fuera la acción multisectorial o la participación de la comunidad). La multiplicidad de significados, y sus implicaciones a menudo contradictorias, hace difícil poder contar con un modelo de cuidados primarios. Todo ello acarrea dificultades para seguir los exitosos ejemplos de los países pioneros en mejorar sustancialmente la cobertura y calidad de los servicios de salud, a muy bajo costo. En muchos países, se han llevado a cabo grandes esfuerzos para capacitar en el área de la salud a miembros de las propias comunidades (lo que vuelve más eficaz el uso de los recursos disponibles); particularmente en las zonas rurales, donde la población carecía de acceso a los sistemas modernos para el cuidado de la salud. En la India, por ejemplo, tales trabajadores fueron entrenados y ubicados en más de 100,000 centros de salud; con tal medida se pretendía atender a cerca de las dos terceras partes de la población.

No obstante estos esfuerzos, se consideró que muchos de los programas habían sido parcialmente fallidos: Los fondos fueron insuficientes; las tareas de prevención y el acercamiento a las comunidades requerían de más tiempo; el entrenamiento y el equipo de los trabajadores no fueron suficientes para afrontar los problemas surgidos; la calidad de los servicios era tan escasa que, en lugar de proporcionar cuidados primarios, se ofrecían "cuidados primitivos", particularmente cuando éstos se limitaban a los servicios esenciales para la población más

2. Por sus siglas en inglés, Organización Mundial de la Salud/UNICEF

pobre. La experiencia ha demostrado que es muy difícil operar adecuadamente los sistemas de referencia, los cuales son necesarios para tener una actuación apropiada (24). A menudo, los servicios de salud se utilizaron deficientemente: pacientes cuyo cuidado pudo proporcionarse en servicios primarios, fueron enviados directamente a los hospitales. Es decir, los gobiernos siguieron invirtiendo en centros terciarios de base urbana.

En los países desarrollados, el cuidado primario se ha integrado mejor al sistema global. Quizás porque ha sido más asociado con el cuidado general y la práctica médica familiar, con la atención de servicios de enfermería y practicantes. Este es el punto principal de la agenda de reformas en muchos países desarrollados. La administración de la salud, por ejemplo, gira alrededor de fortalecer los cuidados primarios y de evitar los tratamientos innecesarios, sobre todo los relacionados con la hospitalización.

Se puede criticar este énfasis puesto en el cuidado primario de la salud —muy influido por la noción de calidad—, ya que significa prestar poca atención a la demanda específica de atención médica por parte de la población en general. Los sistemas fallan cuando estos dos conceptos no se conjugan; entonces, el suministro de servicios ofrecido probablemente no pueda satisfacer a ambos. La falta de participación del capital privado en los sistemas de salud pública, ha provocado una inadecuada atención de la demanda, tal como quedó asentado en la declaración de Alma-Ata.

La demanda de atención se encuentra condicionada por la pobreza. Esto puede resolverse si se ofrece atención a bajo costo, no sólo en términos de dinero sino también en lo referente al tiempo empleado y a los gastos no médicos. Existen, además, muchas otras razones para entender la diferencia entre la atención que las personas requieren y la que los sistemas les pueden brindar. No todo es cuestión de servicios médicos y medicinas. En general, la primera y segunda generación de reformas se han orientado hacia la oferta. No es sino hasta la tercera generación de reformas —actualmente en marcha— que se ha puesto énfasis en la demanda de servicios. Estas reformas, en muchos países, pretenden “que el dinero siga al paciente”, en lugar de dar presupuestos a los proveedores de salud, quienes a menudo se encuentran determinados por las necesidades supuestas y no por las reales.

Aunque en algunas ocasiones la organización básica y la calidad de los servicios primarios de atención médica no se desempeñen adecuadamente, la teoría que los sustenta permanece sujeta a un proceso continuo de depuración. Este desarrollo puede definirse provisionalmente como una convergencia gradual hacia lo que WHO llama el “el nuevo universalismo”: brindar a toda la población cuidados esenciales de alta calidad (definidos principalmente por el criterio de costo-efectividad), en lugar de pretender cubrir todos los posibles cuidados para la población entera, o nada más los servicios mínimos orientados a la población más pobre (ver Cuadro 1).

Cuadro 1
Cobertura de la población e intervenciones bajo esquemas
de cuidados primarios de salud

Intervenciones cubiertas		
Intervenciones incluidas	Sólo para pobres	Para todos
Básica o simple	Cuidado primitivo de salud	Concepto original
Esencial y de costo eficaz	Cuidado primario de salud selectivo	Nuevo universalismo
Cualquier atención médica	Nunca contemplada con seriedad	Universalismo clásico

Adaptada de: Frenk, J., Building on the Legacy. Primary health care and new directions in WHO politics", en *American Public Health Association*, Chicago, II, 8 de nov., 1999.

La idea de que las intervenciones en salud y nutrición pueden representar una diferencia sustancial en la salud de las poblaciones grandes (25), y que con ellas se brinda "buena salud a bajo costo" (26) al concentrar los esfuerzos selectivamente contra enfermedades que se consideran masivas —y que representan cargas evitables de enfermedad—, es la base de los paquetes de intervenciones (indistintamente llamados "básicos", "esenciales" o "prioritarios"), que se han desarrollado en varios países a partir de la información epidemiológica y las estimaciones de costo-efectividad de intervenciones (27, 28). Los fracasos comunes al diagnosticar y tratar, debidos al entrenamiento inadecuado y la excesiva dispersión entre los diferentes esfuerzos por controlar las enfermedades, han llevado al desarrollo de grupos de intervenciones y de un entrenamiento más completo, para apoyar los servicios médicos; particularmente, en el manejo integral de enfermedades de niños (29).

Esta evolución también implica un énfasis en las garantías y regulaciones financieras públicas o del público, pero no necesariamente en el otorgamiento de servicios públicos. Y esto implica una clara definición de prioridades entre las intervenciones, respetando siempre el principio ético de que esto puede ser necesario y eficaz para racionar los servicios, pero resulta inadmisibles excluir a grupos completos de la población. Sería más fácil establecer un conjunto de intervenciones que beneficiara a los pobres, si éstas cubrieran a la totalidad de la población, ya que así se incluiría forzosa y primordialmente a los más pobres. Los servicios gubernamentales de salud, aunque normalmente intentan alcanzar a los pobres, a menudo sirven más a los ricos. En 11 países donde se ha calculado la distribución de los beneficios del gasto público y las tasas de utilización, se ha encontrado que el quintil de los más pobres de la población nunca recibe ni siquiera una participación de 20%, y en siete de esos países el quintil más rico absorbe entre de 29% a 33% del beneficio total. Este sesgo en pro de los ricos se

debe principalmente al uso desproporcionado de servicios hospitalarios, quienes siempre registran, por lo menos, 26% del total de los beneficios globales. La distribución de cuidados primarios casi siempre es más benéfica para los pobres que el cuidado en hospitales, esto justifica el énfasis en los primeros como forma de llegar a los más pobres.

Aun así, muchas veces los pobres obtienen menos beneficios de los cuidados primarios que los ricos (30). Los pobres obtienen frecuentemente cuidado personal ambulatorio, que se registra como parte del sistema de salud y su gasto, y que, además, ofrece la mayor oportunidad de ganancias para los proveedores privados de salud (31). Tales servicios pueden ser mayores o menores que los ofrecidos por el sector público a los pobres.

Las ideas de responder más a la demanda, intentando asegurar el acceso a los pobres, y de poner mayor énfasis en el financiamiento, incluyendo los subsidios, en lugar de sólo en el aprovisionamiento dentro del sector público, dan fundamento a muchas de las reformas de la tercera generación actual. Estos esfuerzos son más difíciles de caracterizar que las reformas iniciales, porque éstas se erigen sobre una mayor variedad de razones e incluso con más experiencia en su aproximación. En parte, estas reformas reflejan los profundos cambios políticos y económicos que han estado sucediendo en el mundo. A fines de la década de 1980, la transformación de las economías comunistas, hacia una orientación de mercado, estaba en marcha en China, Europa central y la ex Unión Soviética. La intervención estatal en la economía se desacreditó en todo el mundo. Esto llevó a la desaparición o privatización masiva de las empresas estatales y a la promoción de mayor competencia interna y externa; además, a la reducción de las regulaciones y del control del gobierno, y, en general, a depositar mucha más confianza en los mecanismos del mercado. Ideológicamente, esto significó hacer un gran énfasis en la opción de la responsabilidad individual. Políticamente, significó la limitación de las promesas de bienestar social y de las expectativas de los gobiernos, particularmente vía los ingresos generales, para conformar mejor sus capacidades financieras y orgánicas reales.

Los sistemas de salud no han sido ajenos a estos grandes cambios. Una consecuencia ha sido el interés creciente en los mecanismos de seguros explícitos, lo que incluye a los seguros privados. Estas reformas se han puesto en marcha en varios países asiáticos. El sistema de seguros de salud universal ha sido introducido, a diferentes niveles, en la República de Corea, Malasia, Singapur y China (la provincia de Taiwan). Las reformas para consolidar, extender o iniciar la cobertura en seguros de mayores riesgos compartidos también se ha llevado a cabo en Argentina, Chile, Colombia y México. Una mezcla de seguro y el cuidado de salud efectivo ha reemplazado a gran parte del sistema público a lo largo de los antiguos países comunistas. En países desarrollados que ya contaban con los fondos esencialmente universales, los cambios menos drásticos, por lo general, se han abocado a financiar los cuidados de salud. Pero ha habido cambios sustan-

ciales en quién determina el uso de los recursos, y en la forma de agrupar y pagar con los fondos a los proveedores. Los practicantes y los médicos de cuidados primarios, así como los administradores del sistema de salud, a veces han sido hechos responsables

no sólo de sus pacientes sino también de las implicaciones de los recursos de cualquier tratamiento prescrito. En algunos países, este papel se ha formalizado a través de establecer 'presupuestos asignados' para los practicantes generales y médicos de cuidados primeros, por ejemplo, a través de fondos asignados a la práctica general en el Reino Unido, las Organizaciones de Mantenimiento de Salud en los Estados Unidos, y las Asociaciones de la Práctica Independiente en Nueva Zelanda (32).

En los Estados Unidos, ha habido un gran cambio de poder de los proveedores a los aseguradoras, que ahora controlan ampliamente la relación entre doctores y pacientes.

Enfocándose sobre la actuación

Este informe no analiza la variedad de esfuerzos y propuestas de la reforma actual en detalle, ni ofrece un modelo de cómo construir o reconstruir un sistema de salud. El mundo está experimentando actualmente muchas variantes, y no hay ninguna forma más clara que otra de proceder. Pero de aquí se desprenden algunas conclusiones claras sobre las organizaciones, reglas e incentivos que ayudan a un sistema de salud para mejorar el uso de sus recursos para lograr sus metas. Tal fue el tema del capítulo 3. Lo que pueda lograrse con los recursos actualmente disponibles —personas, edificios, equipo y conocimiento—, depende mucho de la inversión pasada y del entrenamiento para aprovechar lo creado por esos recursos. Además, los errores en inversión tienen costosas y duraderas consecuencias. Cómo crear mejores recursos y qué errores evitar, es el tema del capítulo 4. Las conclusiones sobre lo que es deseable en la financiación del sistema son tratadas en el capítulo 5. Finalmente, el sistema de salud, en conjunto, requiere de una estrecha vigilancia que permanezca dirigiendo sus metas y asegure que las tareas de financiamiento, inversión y otorgamiento de los servicios se lleven a cabo adecuadamente. En el capítulo 6, se plantearon algunas sugerencias que involucran una función más general. Estos asuntos se enfatizan, en parte, porque muchas de las reformas actualmente apuntan hacia cambiar tales aspectos, en lugar de simplemente extender la oferta o determinar cuáles intervenciones ofrecer. Todos los cambios, para ser justificados, necesitan mejorar la actuación del sistema.

¿Cómo, entonces, se realizará el potencial de los sistemas de salud? ¿Cómo pueden los sistemas actuar mejor, para que además de proteger la salud, respon-

dan a las expectativas de las personas y puedan protegerlos financieramente contra los costos de la enfermedad? El capítulo 2 ofrece un conjunto de instrumentos para evaluar la actuación del sistema de salud y entender los factores importantes en las cuatro áreas principales (tratadas en los capítulos subsecuentes): proporcionar los servicios, desarrollar los recursos —humano, material y conceptual— requeridos para el sistema de trabajo, movilizar y canalizar financiamiento, y asegurar que los individuos y organizaciones que componen el sistema actúen como buenos administradores de los recursos y de la confianza puestos bajo su resguardo.

Referencias

1. Miller, J., *The body in question*, New York, Random House, 1978, p. 14.
2. Kleinman, A., "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems", en *Social Science and Medicine*, 1978, No. 12, pp. 85-93
3. Claybrook, J., "Remarks at the Seventh Annual North Carolina Highway Safety Conference, 1980", en Bureau of Transportation Statistics, Transportation Research Board web site at <http://www4.nas.edu/trb/crp.nsf/>
4. US Department of Transportation. *Traffic safety facts 1988*. Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1998.
5. OECD. *International road traffic and accident database*, París, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1999.
6. Jamison, D.T., et al. *Disease control priorities in developing countries*, New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.
7. *World development report 1993. Investing in health*, New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993, Cuadro 5.3.
8. Akhavan D., et al., "Cost-effective malaria control in Brazil. Cost-effectiveness of a malaria control program in the Amazon Basin of Brazil, 1988-1996", en *Social Science and Medicine*, 1999.
9. Ruststein, D. D., et al., "Measuring the quality of medical care—a clinical method", en *New England Journal of Medicine*, 1976.
10. Charlton, J. R., y R. Velez, "Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention", en *British Medical Journal*, 1986, No. 292, pp. 295-301.
11. Velkova, A., Wolleswinkel, J.H. van den Bosch y J.P. Mackenbach, "The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention", en *International Journal of Epidemiology*, 1997, No. 26, pp. 75-84.

12. Cochrane, A. L., A.S. St Leger, F. Moore, "Health service 'input' and mortality 'output' in developed countries", en *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, No. 32, pp. 200-205.
13. Musgrove, P., *Public and private roles in health: theory and financing patterns*, Washington, DC, The World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. Mackenbach, J.P., "Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community", en *Health Policy*, 1991, No. 19, pp. 245-255.
15. Filmer, D., y L. Pritchett, "The impact of public spending on health: does money matter?", en *Social Science and Medicine*, 1999, No. 49, pp. 1309-1323.
16. Kohn, L., J. Corrigan, y M. Donaldson (eds.) *To err is human: building a safer health system*, Washington, DC, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1999.
17. Taylor, A.S.P., *Bismarck—The man and the statesman*. London, Penguin, 1995, p. 204.
18. *Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge*, London, HMSO, 1942.
19. Savage, M., y O. Shisana, "Health service provision in a future South Africa", en Spence, J. (ed.), *Change in South Africa*, London, The Royal Institute of International Affairs, 1994.
20. Government of India, *Health Survey and Development Committee Report*, vol. 1-4, New Delhi, Ministry of Health, 1946.
21. Londoño, J. L., y J. Frenk, "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America", en *Health Policy*, 1997, No. 41, pp. 1-36.
22. Barnum, H., y J. Kutzin, *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*, Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1993.
23. Newell, K. N., *Health by the people*, Geneva, World Health Organization, 1975.
24. Sanders, D., et al, "Zimbabwe's hospital referral system: does it work?", en *Health Policy and Planning*, 1998, No. 13, pp. 359-370.
25. Gwatkin, D.R., J. R. Wilcox, y J. D. Wray, "The policy implications of field experiments in primary health nutrition care", en *Social Science and Medicine*, 1980, No. 14, pp. 121-128.
26. Halstead, S. B., J. A. Walsh, y K. S. Warren (eds.), *Good health at low cost*, New York, Rockefeller Foundation, 1985.

27. Bobadilla, J. L., et al., "Design, content and financing of an essential national package of health services", en *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, No. 72, pp. 653-662.
28. Bobadilla, J. L., *Searching for essential health services in low-and middle-income countries*, Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1998.
29. Tullock, J., "Integrated approach to child health in developing countries", en *The Lancet*, 1999, No. 354 (Supl. II). pp. 16-20.
30. Gwatkin, D. R., *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches*, Washington, DC, The World Bank, No. 5, febrero, 1998.
31. Berman P., "The organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries", en *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, No. 78 (en prensa).
32. Wilton, P., y R. D. Smith, "Primary care reform: a three country comparison of 'budget holding'", en *Health Policy*, 1998, No. 44, pp. 149-166.